



FACULTAD DE CIENCIAS SOCIO SANITARIAS  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PARA LA  
TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES.  
DESARROLLO DE UN MODELO PREDICTIVO**

**TESIS DOCTORAL**

Presentada por:

**Josefa Antonia Antón Ruiz**

Dirigida por:

**Dr. José Pedro Espada Sánchez**

Profesor Titular de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

**Dra. Tania B. Huedo-Medina**

Assistant Professor of Biostatistics

University of Connecticut

**ELCHE - 2013**



JOSE PEDRO ESPADA SÁNCHEZ, Profesor Titular de Universidad del Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche (Director), y TANIA B. HUEDO-MEDINA, Assistant Professor of Biostatistics at University of Connecticut (Co-directora),

CERTIFICAN

Que la presente Tesis Doctoral titulada **“Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/sida en adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo”** ha sido realizada por Dña. JOSEFA ANTONIA ANTÓN RUIZ bajo nuestra dirección y reúne las condiciones para ser defendida ante el Tribunal correspondiente para optar al grado de Doctor.

Elche, 30 de mayo de 2013

Fdo.: Dr. José Pedro Espada Sánchez  
Director

Fdo.: Dra. Tania B. Huedo-Medina  
Co-directora



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
Campus de Elche. Edif. Altamira  
Avda. de la Universidad, s/n - 03202 Elche - Alicante  
Telf.: 96 665 89 94 - Fax: 96 665 89 04  
c.electrónico: [psicologia.salud@umh.es](mailto:psicologia.salud@umh.es)

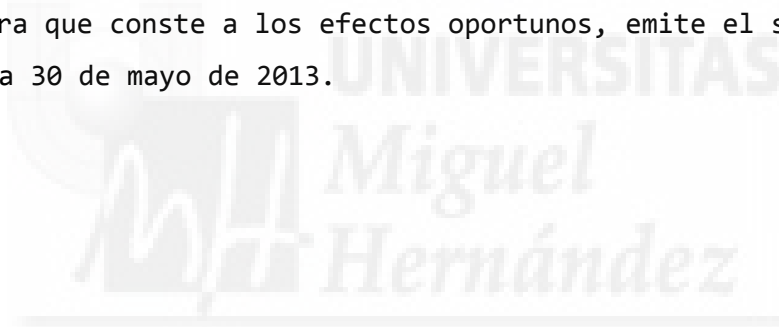


JUAN CARLOS MARZO CAMPOS, Profesor Titular de la Universidad y Director del Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche

INFORMA

Que da su conformidad a la lectura y defensa de la Tesis Doctoral presentada por Dña. JOSEFA ANTONIA ANTÓN RUIZ y titulada **“Análisis de factores de riesgo para la transmisión del VIH/sida en adolescentes. Desarrollo de un modelo predictivo”**, para la obtención del título de Doctor de la Universidad Miguel Hernández.

Y para que conste a los efectos oportunos, emite el siguiente informe en Elche, a 30 de mayo de 2013.



Fdo.: Juan Carlos Marzo Campos  
Director del Departamento de Psicología de la Salud

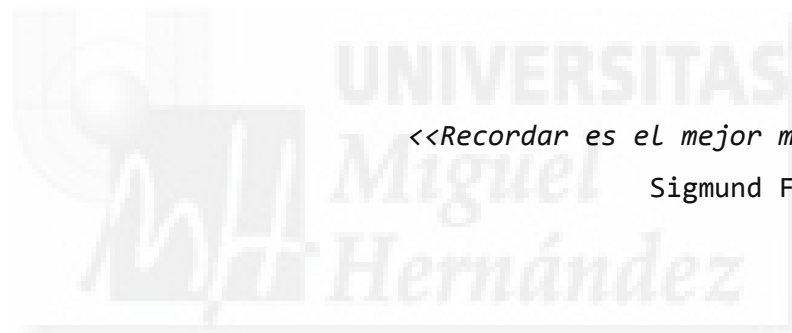


DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
Campus de Elche. Edif. Altamira  
Avda. de la Universidad, s/n - 03202 Elche - Alicante  
Telf.: 96 665 89 94 - Fax: 96 665 89 04  
c.electrónico: [psicologia.salud@umh.es](mailto:psicologia.salud@umh.es)



**A mi padre, Juan,**

Por las horas que yo te falté  
y las horas que tú me faltas cada día  
desde nuestro último segundo en 2005.



*<<Recordar es el mejor modo de olvidar>>*

Sigmund Freud (1856-1939)





## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a las instituciones y personas que han hecho posible la realización de esta tesis doctoral, porque ellas han allanado el camino hasta aquí.

En primer lugar, deseo agradecer al Instituto Alicantino de Cultura Juan Gil-Albert que, tras haberme concedido inicialmente la ayuda económica para la realización de mi tesina (DEA), ahora me hayan concedido también financiación para este trabajo que por fin ve la luz. Igualmente dar mi agradecimiento a la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE), la cual hizo posible mi beca de investigación predoctoral en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche tras la concesión del proyecto FIPSE-REF. 36586/06.

En segundo lugar, mi sentido agradecimiento a mis co-directores en este difícil pero gratificante camino que ha supuesto esta investigación. Gracias al Dr. José Pedro Espada Sánchez por su adoctrinamiento en este proceso de enseñanza-aprendizaje. Durante seis años he tenido la suerte de aprender de uno de los mejores docentes, investigadores y psicólogos clínicos tanto en el Centro de Psicología Aplicada (CPA) como en el Departamento de Psicología de la Salud de la Universidad Miguel Hernández de Elche. También valoro muchísimo la inestimable ayuda y orientación en el campo metodológico de la Dra. Tania B. Huedo-Medina. Deseo agradecerle muy especialmente haber contado con sus consejos y resolución de dudas cualquier día y a cualquier hora a pesar de los kilómetros que nos separan (España-EEUU).

Además, ha sido un privilegio contar con la colaboración del Dr. Ballester, el Dr. Méndez, el Dr. Secades y el Dr. Remor en la realización del proyecto FIPSE-REF. 36586/06.

Agradezco que la Universidad Miguel Hernández de Elche me haya brindado la oportunidad de trabajar tanto en el Centro de Psicología Aplicada como en el Departamento de Psicología de la Salud durante casi seis años bajo diferentes contratos de prácticas y becas de investigación. Esto me ha permitido trabajar con profesionales como el Dr. Carlos van-der Hofstadt y la Dra. Mireia Orgilés.

No olvido las venturas y desventuras vividas con mis becarias favoritas, hoy docentes e investigadoras universitarias, Marisol

Torregrosa y Olga Hernández. Cada minuto en esta profesión es mejor con ellas a mi lado. Agradecer la atención recibida de mis amigas Emma, M<sup>a</sup> Ángeles A., Esther, Lola, M<sup>a</sup> Ángeles T., Laura y Estefanía, quienes a pesar de la distancia y diferentes ocupaciones nunca dejaron de preguntarme por este duro proceso.

La última fase de mi tesis doctoral, ha coincidido con mi nuevo trabajo como PDI en la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Oportunidad laboral que me está permitiendo obtener una enorme experiencia profesional y contar con personas especiales que desde el primer día me ofrecieron toda su ayuda y comprensión. Elena, Elisa, Sira, Ana A., Marina... todas maravillosas docentes pero mejores seres humanos a quienes agradezco los momentos compartidos, por su compañía y porque saben arrancarme una sonrisa aún en el peor de los días. Tampoco agradeceré nunca suficientemente la comprensión de mi querida Comisión de Calidad del Título (CCT): Ana I., Ana C. y M<sup>a</sup> Ángeles. Ellas han sido mis “tres ángeles de la guarda” desde que llegué, ayudándome y animándome en los meses de mayor trabajo.

Destacar las palabras de ánimo y facilidades recibidas por el Equipo Directivo del Departamento de Educación de la UCAM (Juajo, María, Belén, Micaela y Ana G.), así como de la Vicedecana, M<sup>a</sup> del Mar Pintado. Ellos han hecho posible compatibilizar mis obligaciones en la universidad con la finalización de esta tesis doctoral. Agradecida quedo por su trato humano y cercano que me hace sentir comprendida y considerada como una más en este gran claustro docente.

Mencionar el apoyo incondicional y diario de mi madre (Finantonia) y de mi hermana (Marga) que siempre han creído en mí. No olvido la motivación, atención y ayudas recibidas de familiares como mis tías Marga y Ana M<sup>a</sup>, y mi familia política. Todos ellos han dedicado su tiempo a recordarme que “podría conseguirlo” cuando yo lo olvidaba. Gracias a Andrés Pina Ruiz, arquitecto responsable de la maquetación y diseño de los aspectos más formales y técnicos de la presentación de este trabajo.

Por último, pero no menos importante, dedico unas líneas especiales a mi pareja, porque sin su comprensión e infinita paciencia esta labor no hubiese sido nunca posible. Eres la persona que me permite crecer día a día. Gracias Vicente.

Este trabajo ha sido realizado con la financiación de la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España (FIPSE, REF. 36586/06) concedida en la VII Convocatoria de Ayudas a Proyectos de Investigación al Dr. José Pedro Espada Sánchez.

Además, ha sido financiado por el Instituto Alicantino de Cultura “Juan Gil-Albert”, mediante la beca “Ayudas a la Investigación”, en su modalidad “Ayudas para la realización de Tesis Doctorales”, concedida en su convocatoria de 2009 a la doctoranda, Dña. Josefa Antonia Antón Ruiz.

Parte de la información de este estudio ha sido parcialmente publicada en cinco congresos de ámbito nacional y uno internacional.





## ÍNDICE

<b>PRIMERA PARTE: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA</b> .....	17
<b>CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	19
1.1. Situación epidemiológica del VIH/sida en el mundo .....	21
1.2. Situación epidemiológica del VIH/sida en España .....	28
1.3. Afectación del VIH/sida en la población según sexo y edad ...	37
1.3.1. Distribución del sida según el género en la población española.....	38
1.3.2. Distribución del sida según la edad en la población española.....	40
1.4. Análisis de las vías de transmisión del VIH .....	42
1.4.1. Vías de transmisión del VIH .....	42
1.4.2. Evolución de la epidemia del VIH/sida en España a través de las principales vías de transmisión del virus ....	45
<b>CAPÍTULO 2: VIH/SIDA Y PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS EN PROMOCIÓN DE LA SALUD</b> .....	51
2.1. Modelo de creencias de salud.....	55
2.2. Modelo sociocognitivo.....	59
2.3. Modelo de educación para la salud: Precede/Procede .....	62
2.4. Modelo de Bayés.....	65
2.5. Teoría de la acción razonada Y Teoría de la acción planeada .	69
2.6. Modelo transteórico del cambio.....	76
2.7. Modelo de información, motivación y habilidades conductuales	80

CAPÍTULO 3: CONDUCTAS SEXUALES DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA EN POBLACIÓN ESPAÑOLA .....	87
3.1. Edad de iniciación en las relaciones sexuales y número de parejas sexuales .....	92
3.2. Orientación sexual .....	96
3.3. Tipos de prácticas sexuales .....	98
3.4. Métodos de protección anticonceptivos y profilácticos.....	100
3.5. Relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas .....	106
CAPÍTULO 4: FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA.	117
4.1. Evaluación de factores personales, sociales y demográficos de riesgo .....	119
4.1.1. Sexo y edad .....	119
4.1.2. Estructura familiar .....	125
4.1.3. Rendimiento académico .....	127
4.2. Evaluación de factores cognitivos de riesgo.....	130
4.2.1. Percepción normativa .....	130
4.2.2. Nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA.....	132
4.2.3. Actitudes hacia el VIH/sida y las prácticas sexuales de riesgo .....	138
4.2.4. Autoeficacia .....	143
4.3. Evaluación de factores clínicos .....	146
4.3.1. Ansiedad social .....	146
<b>SEGUNDA PARTE: ESTUDIO EXPERIMENTAL .....</b>	<b>157</b>
CAPÍTULO 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	159
5.1. Objetivos .....	161
5.1.1. Objetivo general .....	161
5.2.2. Objetivos específicos .....	161
5.2. Hipótesis .....	163

CAPÍTULO 6: MÉTODO.....	167
6.1. Participantes.....	169
6.2. Variables de estudio.....	169
6.3. Instrumentos .....	171
6.4. Procedimiento.....	177
6.5. Análisis estadísticos.....	178
CAPÍTULO 7: RESULTADOS.....	183
7.1. Características sociodemográficas.....	185
7.1.1. Sexo y edad.....	185
7.1.2. Procedencia geográfica y nivel de estudios .....	186
7.1.3. Estructura familiar.....	187
7.1.4. Rendimiento académico.....	188
7.2. Características del comportamiento sexual.....	190
7.2.1. Actividad sexual.....	190
7.2.2. Edad de iniciación sexual.....	192
7.2.3. Uso del preservativo en la primera relación sexual .	192
7.2.4. Orientación sexual.....	193
7.2.5. Número de parejas sexuales .....	194
7.2.6. Actividad sexual en los últimos 6 meses .....	195
7.2.7. Frecuencia de las relaciones sexuales .....	196
7.2.8. Tipo de prácticas sexuales .....	197
7.2.9. Uso de métodos de protección .....	198
7.2.9.1. Consistencia del uso del preservativo .....	200
7.2.10. Relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas	201
7.3. Factores de riesgo para la transmisión sexual del VIH/sida .	204
7.3.1. Descripción de los factores cognitivos de riesgo para la transmisión del VIH/sida.....	204
7.3.1.1. Norma social percibida .....	204
7.3.1.2. Nivel de conocimientos sobre VIH/sida .....	206
7.3.1.3. Actitudes hacia el VIH/sida .....	208

7.3.1.4. Autoeficacia .....	210
7.3.2. Descripción de los factores clínicos de riesgo para la transmisión del VIH/sida .....	212
7.3.2.1. Ansiedad social .....	212
7.3.3. Análisis del efecto de los factores de riesgo para la transmisión del VIH/sida sobre el comportamiento sexual de los adolescentes. ....	214
7.3.3.1. Ser sexualmente activo.....	215
7.3.3.2. Ser sexualmente activo los últimos 6 meses y tipo de práctica sexual .....	219
7.3.3.3. Uso del preservativo en la primera relación sexual .....	228
7.3.3.4. Uso consistente del preservativo.....	233
7.3.3.5. Relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas .....	238
7.3.3.6. Edad de inicio, frecuencia de las relaciones sexuales y número de parejas.....	243
7.4. Modelo predictivo .....	248
7.4.1. Ajuste del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (The Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB; Fisher y Fisher, 1992) para la adopción de conductas sexuales de riesgo en adolescentes españoles .....	248
CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....	257
8.1. Discusión .....	259
8.2. Conclusiones .....	277
8.3. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	281
REFERENCIAS .....	285
ANEXOS .....	327



**PRIMERA PARTE:**  
**FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**





# CAPÍTULO 1: EPIDEMIOLOGÍA





### 1.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN EL MUNDO

La epidemia del VIH/sida es desde su inicio en los años ochenta una de las mayores problemáticas vividas a nivel mundial de los siglos XX y XXI. Durante las últimas décadas el VIH/sida ha ido propagándose a lo largo de los cinco continentes, afectando en mayor o menor medida a todos los estratos sociales y culturales de países desarrollados y especialmente de países en vías de desarrollo.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH (“vigilancia centinela”) implantados a nivel mundial suponen un gran avance para el estudio y control sobre la epidemia. No obstante, dichos sistemas presentan evidentes desigualdades respecto a la cantidad, frecuencia y fiabilidad de las aportaciones de datos que se realizan desde los diferentes continentes (ONUSIDA, 2008).

Los informes anuales sobre la epidemia del VIH/sida en el mundo dejan entrever estas diferencias mencionadas, ya que se observa cómo los datos epidemiológicos de mayor calidad y representatividad son aquellos que proceden de países desarrollados, mientras que la implantación y desarrollo adecuado de los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH/sida en los países en vías de desarrollo es todavía un objetivo primordial a mejorar (ONUSIDA, 2008; 2010).

Por otra parte, es importante destacar que tras la aparición del tratamiento antirretroviral a partir de 1996, el sida se ha convertido en una enfermedad crónica para todos aquellos que tienen acceso a dicho tratamiento. De este modo, la vigilancia epidemiológica no puede basarse únicamente en los casos de sida o porcentaje de mortalidad por causa del virus. Para poder contar con información epidemiológica completa y precisa se debe atender también a los datos epidemiológicos referentes a las fases iniciales de adquisición del virus, recogiendo tanto información de prevalencia (personas que viven con el VIH) como de incidencia (nuevos casos de infección por VIH) (González-Celador, Sacristán-Delgado, Valero y Sáenz-González, 2004).

Dado el avance de la epidemia a nivel mundial y la necesidad de mantenerla no sólo vigilada sino reducirla, resulta imprescindible contar

con datos epidemiológicos completos así como datos referentes a las vías de transmisión del virus y su evolución.

A lo largo de los años la vigilancia epidemiológica del VIH se ha ido consolidando y mejorando a nivel mundial, especialmente en países en vías de desarrollo, como Asia y África Subsahariana, donde los esfuerzos por recoger datos precisos sobre la epidemia del VIH/sida son notables y día a día van aumentando. Objetivos de mejora que tampoco se han de subestimar en países desarrollados donde todavía en la actualidad existen regiones donde se desconocen datos epidemiológicos sobre la evolución de la transmisión del VIH y la evolución de la enfermedad del sida.

La organización ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) son dos de los principales organismos mundiales que se encargan de recopilar y publicar anualmente informes sobre la epidemia del VIH/sida, basándose en la vigilancia epidemiológica establecida en todos los continentes mediante estudios poblacionales.

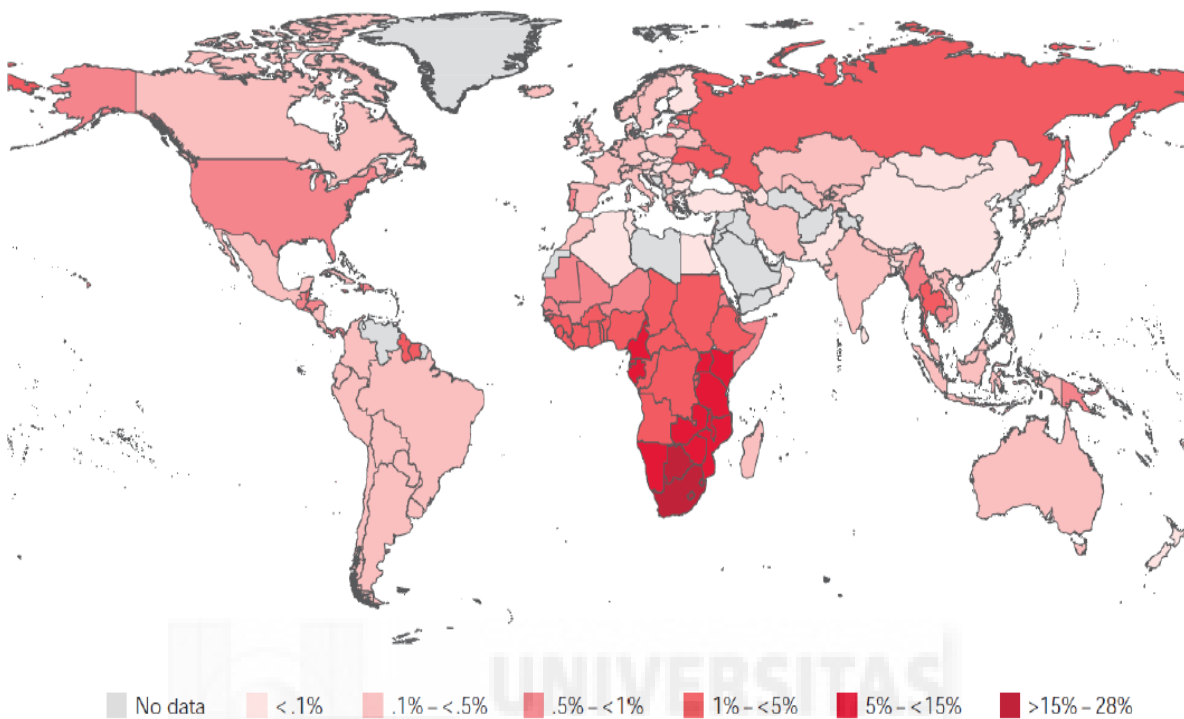
En 2009 la tasa de prevalencia mundial del VIH/sida en adultos se situó en 0.8%, igualando la tasa registrada en 2001. Además, se estimó 2.6 millones de nuevos diagnósticos por VIH y un total de 33.3 millones de personas viviendo con el VIH (ONUSIDA, 2010).

Un año más tarde, aproximadamente 34 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. En 2010 la tasa de nuevos casos diagnosticados por VIH se situó en 2.7 millones. Datos que se explican mediante el gran número de nuevos diagnósticos junto con una expansión significativa del tratamiento antirretroviral accesible (ONUSIDA, 2011).

Pero a pesar de ello, a nivel mundial estas mejoras apenas se aprecian porque en algunos países todavía la epidemia de VIH sigue creciendo y contrarresta estas tendencias favorables que se están produciendo en otros. En 2009, se registró 1.8 millones de niños y adultos fallecidos a causa del VIH/sida, manteniéndose esta tasa en 2010 (ONUSIDA, 2011).

Es por ello que aunque a escala mundial la epidemia de VIH se ha estabilizado, aún se observan tasas de nuevos casos de VIH y fallecimientos por sida inaceptables.

Figura 1. Visión global de La epidemia de VIH en el mundo. Año 2009.



Fuente: ONUSIDA, 2010.

Para una mejor comprensión de la prevalencia e incidencia del VIH/sida a nivel mundial y sus oscilaciones, es recomendable observar de forma detenida los datos epidemiológicos procedentes de las distintas regiones del mundo. La distribución geográfica del VIH/sida permite tener una visión global de cómo avanza y evoluciona la epidemia, y en qué grado afecta a los diferentes países en función de su población, cultura y nivel de desarrollo.

En la región de Europa del Este y Asia Central 1.4 millones de personas vivían en 2009 con el VIH, mientras que en 2001 se registraron 760,000 (EuroVIH, 2007).

En la región de América del Norte, Europa Occidental y Central se estima que 2.3 millones de personas vivían en 2009 con el VIH, habiéndose registrado 100,000 casos nuevos ese año en toda la región y 35,000 casos de fallecimiento a causa del sida. Estos datos reflejan un continuo incremento de la epidemia respecto a años anteriores (ONUSIDA, 2010).

Según ONUSIDA (2007) Estados Unidos registra una de las epidemias más grandes del mundo con una prevalencia de 1,2 millones en 2005, y en Canadá la epidemia sigue evolucionando.

Respecto a Europa Occidental, cabe destacar que el Reino Unido, junto con Francia, Italia y España, experimenta una gran epidemia del VIH. El número anual de nuevos diagnósticos se ha multiplicado en el Reino Unido. Dicho país presenta una de las tasas más altas de nuevos diagnósticos de VIH en Europa Occidental (149 por millón de habitantes en 2006), tasa sólo superada por Portugal (205 por millón de habitantes) (EuroVIH, 2007).

Respecto a la región de Oceanía se estima que 57,000 personas vivían con VIH en 2009, presentando una incidencia de 4,500 casos nuevos ese mismo año (ONUSIDA, 2010).

Por lo que respecta a la región de América Central y Sudamérica, en el último informe de ONUSIDA (2010) se afirma que la tendencia epidemiológica apenas ha variado en la última década. El total estimado de nuevos diagnósticos de VIH en 2009 ascendió a 92,000, mientras que el número de personas que vivían con el VIH fue de 1.4 millones, y aproximadamente 58.000 personas fallecieron a causa del VIH, presentando una tasa de prevalencia en adultos de 0.5%.

Según ONUSIDA (2010), unas 240,000 personas vivían en 2009 con el VIH en la región del Caribe. Unas 17,000 personas adquirieron el VIH y aproximadamente 12,000 fallecieron a causa del sida en 2009. Dicha prevalencia sigue siendo la más elevada del mundo, después de África Subsahariana. Las epidemias más graves en esta región afectan a la República Dominicana y Haití. Jamaica se ha estabilizado manteniendo una prevalencia del VIH en población adulta por debajo del 2% durante varios años.

En relación a la evolución de la epidemia del VIH en la región de Asia, 4.9 millones de personas vivían con el VIH en 2009 y 360,000 adquirieron el virus ese mismo año (ONUSIDA, 2010). Los niveles de infección por el VIH son más elevados en Asia sudoriental donde las tendencias de la epidemia son dispares.

Al igual que ocurre con otras regiones, se dispone de poca información epidemiológica sobre la región de Oriente Medio y África del Norte. Según ONUSIDA (2010), se estima que en 2009 vivían en esta región alrededor de 460,000 personas con el VIH y que, atendiendo a la tasa de incidencia del VIH, 75,000 personas contrajeron el virus en 2009.



Seguidamente, se encuentra la región de África Subsahariana que continua siendo la región del mundo más castigada por la epidemia del VIH. En base al último informe de ONUSIDA (2010), 1.8 millones de personas contrajo el VIH en 2009 en esta región africana, llegando a contabilizarse en un total de 22.5 millones el número de personas que vivían con el VIH ese mismo año. A pesar de que en África Subsahariana la tasa de prevalencia del VIH es muy elevada (5%), así como el porcentaje de fallecimientos a causa del sida (1.3 millones), cabe tener en cuenta que la epidemia de esta región parece estar estabilizándose ya que la tasa de nuevos diagnósticos no está aumentando alarmantemente (ONUSIDA, 2010).

La subregión de África Meridional es también una de las más castigadas por el VIH. En 2007 se produjeron en dicha subregión el 32% de las nuevas infecciones por VIH (ONUSIDA, 2008).

Por lo que respecta a la subregión de África Oriental, la prevalencia del VIH en adultos de la mayoría de los países es estable o bien presenta una ligera reducción, la cual se hace más evidente en Kenya donde los cambios en las conductas de riesgo de su población han sido notables (ONUSIDA, 2006).

En la subregión de África Occidental la epidemia del VIH se mantiene estable, excepto en regiones como Burkina Faso y Malí, donde se ha percibido un descenso en los registros de casos VIH. Respecto a la subregión de África Central, es importante señalar que en países como Camerún la epidemia del VIH es una de las más extensas (ONUSIDA, 2009).

Como ya se ha mencionado en líneas anteriores, en algunas regiones del mundo el número de nuevos casos diagnosticados persisten e incluso aumentan, mientras que en otras regiones han detenido su crecimiento e incluso se han reducido. De igual modo, la tasa de personas que viven actualmente con VIH y la tasa de personas que fallecen por causas relacionadas con el VIH son variables según las distintas regiones y su acceso al tratamiento antirretroviral. A continuación se presenta, en la Tabla 1, la descripción de esta distribución en las diferentes regiones del mundo según los datos del último informe de ONUSIDA (2011).

Tabla 1. Situación de La epidemia según regiones del mundo. Datos comparativos de 2010 y 2001 (m=millones).

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevos casos VIH	Muertes a causa del sida	Prevalencia (%) en jóvenes (15-24 años)	
					Varón	Mujer
ÁFRICA SUBSAHARIANA	2010	22.9 m	1.9 m	1.2 m	1.4	3.3
	2001	20.5 m	2.2 m	1.4 m	2.0	5.2
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	2010	470.000	59.000	35.000	0.1	0.2
	2001	320.000	43.000	22.000	0.1	0.1
ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	2010	4.0 m	270.000	250.000	0.1	0.1
	2001	3.8 m	380.000	230.000	0.2	0.2
ASIA ORIENTAL	2010	790.000	88.000	56.000	<0.1	<0.1
	2001	380.000	74.000	24.000	<0.1	<0.1
OCEANÍA	2010	54.000	3.300	1.600	0.1	0.2
	2001	41.000	4.000	1.800	0.1	0.2
AMÉRICA LATINA	2010	1.5 m	100.000	67.000	0.2	0.2
	2001	1.3 m	99.000	83.000	0.2	0.1
CARIBE	2010	200.000	12.000	9.000	0.2	0.5
	2001	210.000	19.000	18.000	0.4	0.8
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	2010	1.5 m	160.000	90.000	0.6	0.5
	2001	410.000	210.000	7.800	0.3	0.2
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2010	840.000	30.000	9.900	0.1	0.1
	2001	630.000	30.000	10.000	0.1	0.1
AMÉRICA DEL NORTE	2010	1.3 m	58.000	20.000	0.3	0.2
	2001	980.000	49.000	19.000	0.3	0.2
TOTAL	2010	34.0 m	2.7 m	1.8 m	0.3	0.6
	2001	28.6 m	3.1 m	1.9 m	0.4	0.8

Fuente: ONUSIDA, 2011.

Tal y como se ha podido observar a lo largo del presente análisis de los datos epidemiológicos obtenidos a nivel mundial, el sistema de vigilancia epidemiológica ha logrado grandes avances pero todavía es necesario trabajar para mejorar su adecuada implantación y funcionamiento en todas las regiones del mundo. Y no sólo en aquellas regiones más castigadas por la falta de recursos, donde la necesidad de ayuda es evidente, sino también en aquellos países ricos en recursos, donde resulta inexplicable la falta de aportación completa de datos epidemiológicos al sistema de vigilancia mundial del VIH (Bermúdez y Teva, 2003; ONUSIDA, 2008).

Obedeciendo a este todavía mejorable sistema de vigilancia epidemiológica, también es importante mencionar que en algunas de las estimaciones epidemiológicas referentes al incremento en las tasas de prevalencia del VIH, donde se han registrado aumentos en sus porcentajes a partir de la comparación por años, los datos no sean del todo fiables. En muchas regiones el sistema de registro de casos VIH puede haber sido implantado recientemente o bien funcionaba ya en el pasado pero de forma precaria, y esto puede haber influido notablemente en las estimaciones sobre el posible crecimiento de las tasas en ciertas regiones. De manera que, el simple hecho de encontrar, por ejemplo, una alta tasa de prevalencia de VIH en una región concreta, cuando años atrás dicha tasa era menor, quizás sólo se deba a que el registro de casos en el pasado no fue exacto o no se llevó a cabo y realmente existiese la misma tasa antes que en el momento presente. Puesto que este posible sesgo puede haber estado condicionando las estadísticas epidemiológicas comparativas, se considera de gran importancia tenerlo presente a la hora de realizar valoraciones sobre el crecimiento de las tasas de prevalencia e incidencia del VIH a partir de las posibles comparaciones según años o décadas. Sin embargo, dicha circunstancia no resta relevancia al registro de tasas de prevalencia e incidencia del VIH, y tasas de mortalidad a causa del sida en las diferentes regiones del mundo (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; ONUSIDA, 2008).

## 1.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN ESPAÑA

El registro de las tasas de nuevos casos diagnosticados por VIH constituye una de las mejores herramientas para aproximarnos de forma certera al conocimiento de la epidemia del VIH/sida en nuestro país.

En España se lleva a cabo el registro nacional de casos de sida cuyos resultados son plasmados en el informe "Vigilancia epidemiológica del sida en España. Este registro es publicado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida cada semestre y ofrece información sobre la evolución de esta enfermedad en España. Al interpretar los datos que se presentan en este informe, hay que tener en cuenta que la incidencia de sida es un indicador de la frecuencia y evolución de los estadios avanzados de la infección por VIH en la población. Este indicador es clave para evaluar la efectividad de los tratamientos, y las intervenciones que tienen mayor impacto en la evolución del sida tanto en el ámbito individual como comunitario. Sin embargo, no aporta información sobre la frecuencia de nuevas infecciones por VIH en la población ni de su evolución reciente, pudiéndose dar el hecho de que aumenten las nuevas infecciones mientras los casos de sida sigan otra tendencia. Al interpretar los datos ha de tenerse en cuenta también que las cifras correspondientes a los últimos años pueden sufrir pequeñas modificaciones en el futuro, conforme se complete la notificación (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

Al analizar la situación del VIH/sida en Europa para comprender en qué estado se encuentra la epidemia en nuestro país, cabe tener en cuenta que en Europa Oriental, Estonia es el país con mayor incremento en número de infecciones en la última década. Por otra parte, entre los países de Europa Occidental, España presentó en 2001 el porcentaje de prevalencia del VIH más elevado en población adulta con 130,000 casos de VIH/sida, seguida por Suiza y Portugal (Bermúdez y Teva, 2003; 2004; ONUSIDA, 2010). Dentro del ámbito de la Unión Europea, España ha sido el país con mayor tasa de incidencia y con mayor número de casos de sida diagnosticados en la década de los noventa, tras la notable expansión de la infección del VIH que tuvo lugar en el país durante la década de los ochenta a través de los usuarios de drogas intravenosas (Bermúdez, Sánchez y Buena-Casal, 1999). Es a finales de la década de los noventa cuando se comienza a registrar un descenso en la transmisión del VIH como resultado de las distintas intervenciones de carácter preventivo que son aplicadas en el

país. Así mismo, en 1997 tiene lugar el comienzo de la aplicación del tratamiento antirretroviral en España, cuya consecuencia más inmediata y esperada fue el descenso del número de casos de fallecimientos causados por el sida (Bermúdez y Teva, 2003).

Según el último registro nacional de casos de VIH/sida publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011), basado en las notificaciones recibidas de las 15 Comunidades Autónomas, en 2010 se diagnosticaron en España 2,907 casos nuevos de VIH. La edad media de diagnóstico es de 35 años, siendo algo mayores los hombres que las mujeres. Los hombres suponen el 82% de los nuevos diagnósticos, mayor proporción masculina apreciada en los registros de todas las Comunidades Autónomas. Estas cifras registradas son una muestra del descenso que se ha producido desde la década de los noventa cuando la epidemia se encontraba en pleno apogeo, suponiendo así una reducción del 81.1% respecto a los casos notificados en 1996. Desde el inicio de la epidemia en España hasta la fecha de dicho registro, se han notificado en nuestro país un total de 80,827 casos de sida.

Es importante señalar que a pesar del notable descenso en la tasa de incidencia de sida en España desde la implantación del tratamiento antirretroviral, nuestro país continúa siendo uno de los países con mayor incidencia de sida en Europa Occidental.

Si se observan los datos epidemiológicos por Comunidades Autónomas, cabe destacar que no se dispone de datos completos de todas y cada una de las diecinueve regiones españolas (diecisiete comunidades autónomas y dos ciudades autónomas: Ceuta y Melilla). No obstante, se procede a la exposición de los diferentes datos epidemiológicos registrados por el informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (2010) para comparar las tasas obtenidas en las dos últimas décadas:

- En la Comunidad Autónoma de Andalucía se registró en 2009 una tasa de sida del 20.9 por millón de habitantes. Dicha tasa es notablemente inferior al 133.4 por millón de habitantes registrado en el año 1996, momentos antes a la implantación del tratamiento antirretroviral, y también inferior al 114.3 por millón de habitantes notificado en 1993, en los inicios de la fuerte expansión de la epidemia en España.

- En Aragón también se observa una tendencia congruente con la evolución de las tasas epidemiológicas a nivel nacional desde el inicio de la epidemia en el país. De modo que, en 1993 se notificó una tasa de sida

de 90.5 por millón de habitantes, tasa que se vio notablemente incrementada en un 106.2 por millón de habitantes en 1996, y que a finales de la actual década ha descendido a un 21.3 por millón de habitantes.

- En cuanto al Principado de Asturias, se observa que en 1993 la tasa de sida registrada era de 89.9 por millón de habitantes, tasa que aumentó a 117.8 en 1996, y que años más tarde, en 2009, se fijó en 26.4 por millón de habitantes.

- En las Islas Baleares, se notificó una alta tasa de sida en 1993, registrando un 210.7 por millón de habitantes. Años más tarde, antes de la llegada del tratamiento antirretroviral, la tasa ya había ascendido a 247.6 por millón de habitantes. Una alarmante cifra que hasta 2009 sólo se ha reducido hasta un 45.8 por millón de habitantes.

- Respecto a las Islas Canarias, en 1993 se registró una tasa de 91.7 de sida por millón de habitantes, tasa que se vio notablemente incrementada en 116.0 en el año 1996, y que posteriormente en 2009 volvió a reducirse hasta el 23.6 por millón de habitantes.

- En Cantabria la tasa de sida registrada en 1993 fue de 104.1 por millón de habitantes. Tasa que fue aumentando hasta llegar al 119.1 un año antes de la fecha en que comenzó a implantarse la terapia antirretroviral en España y a partir del cual dicha tasa fue disminuyendo progresivamente hasta el 17.3 por millón de habitantes notificado en 2009.

- En Castilla-La Mancha el inicio de la epidemia dejaba constancia de una tasa de sida de 46.5 por millón de habitantes, y continuó propagándose hasta registrarse en 1996 una tasa de sida de 83.9 por millón de habitantes. A partir de esta fecha, la epidemia fue pasando a estar más controlada en el país viéndose las tasas de sida más reducidas como es el caso de esta comunidad donde en 2009 se notificó una tasa de 6.8 casos por millón de habitantes.

- Castilla y León es otra comunidad autónoma que como el resto comenzó registrando a principio de la década de los noventa tasas de sida por debajo de los 100 casos por millón de habitantes, concretamente en 1993 se notificaron 80.7 casos de sida, y posteriormente se fue evidenciando un notable incremento al tiempo que la epidemia alcanzaba su cénit a mitad de dicha década. Tras una tasa de 115.1 casos de sida por millón de habitantes registrada en 1996, la tasa de incidencia del sida fue disminuyendo año tras año hasta registrarse un 24.7 en 2009.

▪ Respecto a Cataluña, cabe destacar que es una de las comunidades españolas que ha presentado y presentan una mayor tasa de sida. Al comienzo de la década de los noventa cuando comenzó la expansión de la epidemia en nuestro país, Cataluña registraba en 1993 una tasa de sida de 191.7 casos por millón de habitantes, tasa que alcanzó un mayor valor en 1996 con un 218.7, situándose así a la cabeza de las comunidades con mayor tasa de sida a los largo de las dos últimas décadas, ya que en 2009 se notificó también una todavía considerable tasa de 21.8 casos por millón de habitantes.

▪ En la Comunidad Valenciana se registraron 111.9 casos de sida por millón de habitantes en 1993, tasa que se incrementó en 127.0 durante el año 1996 coincidiendo con el final de uno de los momentos de mayor apogeo de la epidemia a nivel nacional, para posteriormente comenzar a decrecer hasta alcanzar una tasa de 17.6 casos de sida por millón de habitantes en 2009.

▪ En Extremadura la epidemia comenzó registrándose con niveles algo más bajos que otras comunidades, como por ejemplo la tasa de 59.3 casos de sida por millón de habitantes registrada en 1993. No obstante, dicha tasa fue aumentando progresivamente hasta situarse entre las más altas en 1996 con un valor de 133.6. Después de toda una década, en 2009 se observa que de nuevo se ha producido un cambio brusco en cuanto a la tasa autonómica de sida, habiendo disminuido hasta un 4.6 de casos por millón de habitantes.

▪ En cuanto a Galicia, la tasa de casos de sida por millón de habitantes registrada en 1993 fue de 85.1, la cual se vio incrementada hasta llegar a 132.6 en 1996, año en el que la epidemia experimentó su mayor apogeo en la comunidad gallega. En 2009 se notificaron 24.5 casos de sida por millón de habitantes, reflejando así la reducción progresiva de casos de sida experimentada en el país a partir de la implantación del tratamiento antirretroviral a finales de la década de los noventa.

▪ La Comunidad de Madrid es la comunidad española que más casos de sida registró al principio de la década de los noventa, en concreto en 1993 se notificó una tasa de 270.9 casos por millón de habitantes. Dicha tasa continuó creciendo hasta alcanzar su máximo valor en 1994 con 355.7 casos de sida por millón de habitantes, para posteriormente comenzar su lento pero progresivo descenso. En 1996 la tasa de casos era todavía de 315.1 por millón de habitantes. En 2009, tras una década entera la tasa de casos

de sida en la comunidad madrileña sigue siendo una de las más altas y persistentes en el país, con un valor registrado de 33.7 por millón de habitantes.

- En la Región de Murcia se notificó en 1993 una tasa de 85.7 casos de sida por millón de habitantes, alcanzando su mayor valor en 1996 con una tasa igual a 125.9 de casos. A partir de esta fecha, las tasas comenzaron a disminuir progresivamente, siguiendo la tendencia general en el país, hasta registrarse en 2009 una tasa de 18.7 de casos por millón de habitantes, que actualmente en comparación con otras comunidades todavía sigue siendo elevada.

- Respecto a Navarra, cuando la epidemia comenzó a extenderse notablemente por todo el país, registró en 1993 una tasa de sida por millón de habitantes de 153.9. Tasa que alcanzó su mayor pico en esta comunidad en el año 1994 con un valor de 171.9 por millón de habitantes, notificándose dos años más tarde una tasa de 140.1 que ya comenzaba a evidenciar la reducción de casos de sida a finales de la década de los noventa. En 2009 se tuvo constancia en la comunidad navarra de 14.6 casos por millón de habitantes.

- El País Vasco ha registrado en la anterior década y actualmente altas tasas de casos de sida, como es el caso de Las Islas Baleares, Cataluña o Madrid anteriormente comentados. En 1993 se notificó una tasa de 197.7 casos por millón de habitantes, pero la tasa más alta fue registrada en 1994 con un valor de 249.5, para más tarde en 1996 comenzar el descenso con una tasa de 209.9 por millón de habitantes. En la actual década todavía presenta una alta tasa situada en 22.0 en el 2009.

- La Rioja notificó en 1993 una tasa de 91.2 casos por millón de habitantes, siendo en 1994 cuando dicha tasa llegó a 190.0 por millón de habitantes, y posteriormente en 1996 comenzó a descender registrando un valor de 170.8. A lo largo de la presente década la tasa de casos de sida continuó descendiendo hasta registrarse en 2009 una tasa de 25.3 casos por millón de habitantes.

- Ceuta, al igual que anteriores comunidades españolas como Baleares, Cataluña, Madrid o País Vasco, ha presentado desde el inicio de la epidemia de sida en España altas tasas de casos. En 1993 se contabilizó una tasa de 116.1 casos de sida por millón de habitantes, alcanzando su mayor valor registrado en 1996 con una tasa de 413.3 casos por millón de habitantes. Esta cifra registrada en 1996 ha supuesto la mayor tasa



notificada en todo el país a lo largo de la evolución del sida desde 1993. A partir del año en que se implantó la terapia antirretroviral en España, 1996, dicha tasa comenzó a experimentar un progresivo descenso de igual forma que en otras comunidades, y en 2008 se estimó una tasa de 42.3 casos de sida, suponiendo esto un notable descenso si se tiene en cuenta el altísimo valor con el que se partía desde 1996 en Ceuta en comparación con el resto de comunidades españolas.

▪ Por lo que respecta a Melilla, en 1993 se notificaron 67.6 casos por millón de habitantes. La mayor tasa registrada a lo largo de la epidemia de sida en dicha ciudad autónoma se obtuvo en 1995 con un valor de 163.6. En 1996 dicha tasa era igual a 128.9 casos de sida por millón de habitantes y comenzó a decrecer paulatinamente hasta la última tasa registrada disponible en 2009 con un valor de 57.1, tasa que todavía no dista mucho de la registrada al comienzo de la epidemia a principios de la década de los noventa.



Tabla 2. Tasas de prevalencia de sida por millón de habitantes según Comunidad Autónoma y año de diagnóstico.

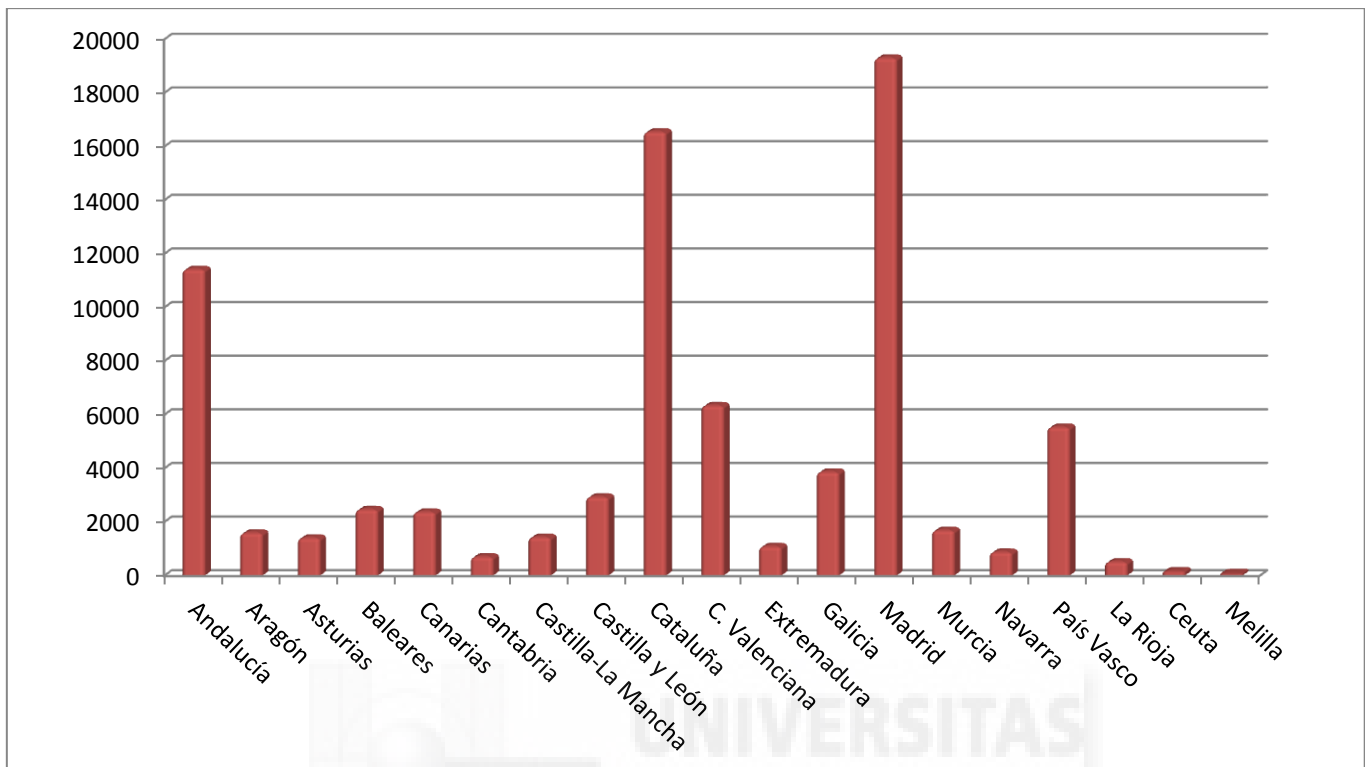
CCAA / AÑO	1993	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2009
Andalucía	114.3	163.2	133.4	80.0	57.9	47.5	39.5	34.3	20.9
Aragón	90.5	135.5	106.2	53.5	56.8	42.1	35.7	29.5	21.3
Asturias	89.9	131.6	117.8	54.2	58.3	55.6	32.1	22.7	26.4
Baleares	210.7	257.4	247.6	156.0	131.5	100.0	88.9	63.5	45.8
Canarias	91.7	116.7	116.0	72.5	66.2	50.5	39.3	34.3	23.6
Cantabria	104.1	138.1	119.1	51.0	37.6	27.9	20.1	18.0	17.3
Castilla-La Mancha	46.5	71.1	83.9	39.0	24.2	27.0	26.7	15.9	6.8
Castilla y León	80.7	103.6	115.1	50.0	63.8	42.3	30.0	30.4	24.7
Cataluña	191.7	256.4	218.7	110.6	84.3	65.7	50.8	38.5	21.8
Comunidad Valenciana	111.9	152.6	127.0	81.4	51.2	45.7	38.9	27.6	17.6
Extremadura	59.3	95.9	133.6	67.9	30.2	34.0	26.2	20.5	4.6
Galicia	85.1	119.0	132.6	54.6	55.0	41.9	43.9	36.1	24.5
Madrid	270.9	355.7	315.1	177.8	124.5	92.2	82.8	64.6	33.7
Murcia	85.7	114.4	125.9	71.9	64.7	53.5	45.3	37.4	18.7
Navarra	153.9	171.9	140.1	79.5	43.7	57.1	38.1	27.1	14.6
País Vasco	197.7	249.5	209.9	120.2	96.9	61.9	59.6	60.3	22.0
La Rioja	91.2	190.0	170.8	109.5	81.6	46.5	58.5	43.3	25.3
Ceuta	116.1	201.7	413.3	127.2	98.2	97.8	55.8	42.0	.
Melilla	67.6	149.5	128.9	94.1	61.1	60.2	44.9	44.9	57.1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (2010).

Si se observa con detenimiento la evolución de las tasas de sida registradas durante las dos últimas décadas en España, es importante resaltar la manera en que nuevamente se refleja la tendencia observada del curso de la epidemia en nuestro país a lo largo de las diferentes Comunidades Autónomas. La epidemia experimentó una acentuada expansión en la primera mitad de la década de los noventa, alcanzando sus tasas más altas a mitad de dicha década, momentos antes de la implantación del tratamiento antirretroviral y proliferación de las intervenciones preventivas del VIH. A partir del año 1996 comienza a experimentarse un notable descenso de las tasas registradas a nivel nacional para continuar un progresivo decrecimiento hasta el presente. No obstante, las actuales tasas, aunque evidencian una notable mejoría, también manifiestan la necesidad de continuar trabajando en la lucha contra el VIH/sida a nivel nacional (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 1999; Bermúdez y Teva, 2004).

Además de la evolución cronológica de la epidemia en España, y para completar la información epidemiológica del VIH/sida en España, se encuentran los últimos datos aportados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011) sobre los casos de sida acumulados desde 1981. Dichos datos demuestran que las Comunidades Autónomas con mayor número de casos de sida registrados son Madrid (19,317), Cataluña (16,563) y Andalucía (11,437). Les siguen, con tasas también considerablemente altas, la Comunidad Valenciana (6,353) y el País Vasco (5,550). Estas comunidades españolas presentan altas tasas de sida con valores notablemente diferenciados de aquellas comunidades donde las tasas notificadas y acumuladas desde 1981 son menores, como es el caso de Navarra (892), Cantabria (715), La Rioja (528), Ceuta (176) y Melilla (89).

Figura 2. Casos de sida en España. Datos acumulados desde 1981 hasta junio de 2011.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

A pesar de que el tratamiento antirretroviral aplicado a los pacientes diagnosticados está convirtiendo al VIH/sida en una enfermedad crónica con positivos índices de supervivencia, no deja de tratarse de una epidemia grave que todavía no tiene curación. Actualmente la vigilancia epidemiológica del número de muertes a causa del sida constituye un óptimo indicador para evaluar la efectividad de la terapia antirretroviral así como las acciones preventivas desarrolladas.

Entre 1981 y 2006 se registraron en España un total de 49.619 fallecimientos a causa del VIH/sida. El número de defunciones alcanzó su máximo valor en 1995 con 5,857 muertes, y a partir de este año los fallecimientos a causa del sida comenzaron a disminuir notablemente hasta 1998 con un descenso del 68%, y dicha disminución prosiguió años después aunque con un ritmo más lento (28.7%) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

### 1.3. AFECTACIÓN DEL VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD

La epidemia del VIH/sida tiene diferente curso y consecuencias en cada grupo poblacional, como es el caso de las mujeres, los adolescentes y niños. Dentro del campo de la epidemiología y prevención del VIH, es importante tener en cuenta los diferentes sectores poblacionales vulnerables al VIH y/o afectados de cara a la adecuada comprensión de la evolución de la epidemia a través de los datos epidemiológicos y el diseño e implantación de estrategias preventivas del VIH.

La población femenina es sin duda uno de los sectores más vulnerables ante el VIH/sida. Los datos barajados hasta el momento muestran que la transmisión del VIH de hombre a mujer es más probable que de mujer a hombre. Además de esta vulnerabilidad biológica, la vulnerabilidad de la mujer se encuentra también incrementada por diversos factores socio-culturales y políticos de desigualdad a nivel mundial que la sitúan en una delicada situación de riesgo frente al VIH/sida (ONUSIDA, 2009).

La infancia es otro de los sectores poblacionales en riesgo, las tasas de casos VIH/sida de carácter pediátrico continúan creciendo especialmente en los países en vías de desarrollo (ONUSIDA, 2010).

Por su parte, la adolescencia es el período en el que se inicia generalmente la actividad sexual. Es una etapa en la que el comportamiento sexual se ve sujeto a infinidad de condicionantes procedentes del entorno del adolescente, circunstancia que puede favorecer una disminución del control de la situación y una mayor desprotección frente al VIH, otras infecciones de transmisión sexual y a los embarazos no deseados (Theron, Roodin y Gorman, 1998). Se trata de condicionantes o influencias como el consumo de drogas, la falta de planificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas, la baja disponibilidad de preservativos, etc. Todos estos factores constituyen un riesgo añadido a la propia actividad sexual de los jóvenes, colocándoles en una posición de mayor vulnerabilidad ante la infección por VIH (Abma, Martínez, Mosher y Dawson, 2004; Chumlea, 1982; Espada, Quiles y Méndez, 2003; McCabe y Cummins, 1998; Planes et al., 2004).

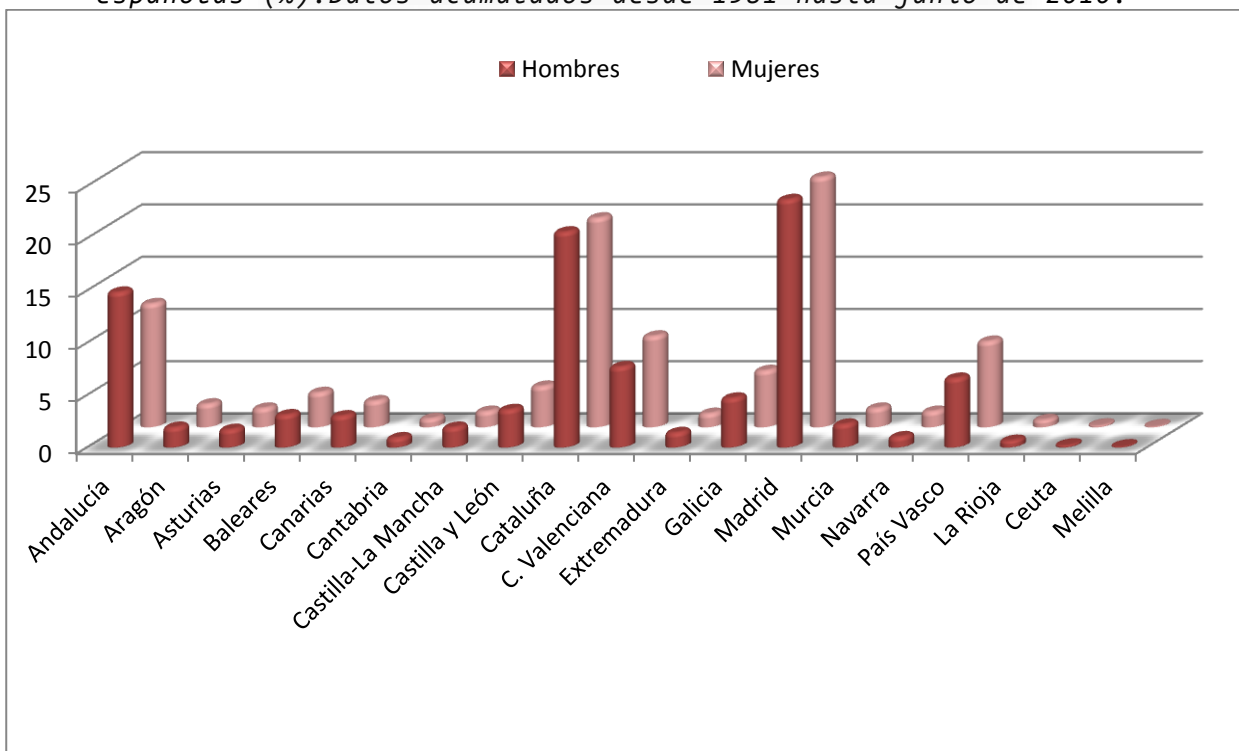
### 1.3.1. Distribución del sida según el género en la población española

En relación a la distribución del sida en función del género en las distintas comunidades autónomas españolas, según el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2010), la mayoría de personas diagnosticadas de sida en 2009 en España son hombres (n = 803; 77.4%), mientras que la tasa de mujeres es menor (n = 234; 22.6%). Diferencias entre porcentajes que presentan una todavía incipiente tendencia a la equiparación entre sexos si se compara con los datos aportados por Bermúdez y Teva (2004), donde se observaba un 80.20% de hombres y un 19.74% de mujeres.

En 2009 se registró un total de 1,275 casos de VIH/sida diagnosticados en dicho período, se notificaron 988 casos de VIH diagnosticados en hombres y 287 casos de VIH diagnosticados en mujeres (ver Figura 3).

Madrid es la comunidad con mayor número de hombres con sida en el país (n = 15,051), seguida de Cataluña (n = 13,077) y Andalucía (n = 9,424). De igual modo, éstas son las comunidades con mayor número de mujeres diagnosticadas de sida (n = 3,815; n = 3,190; n = 1,886 respectivamente).

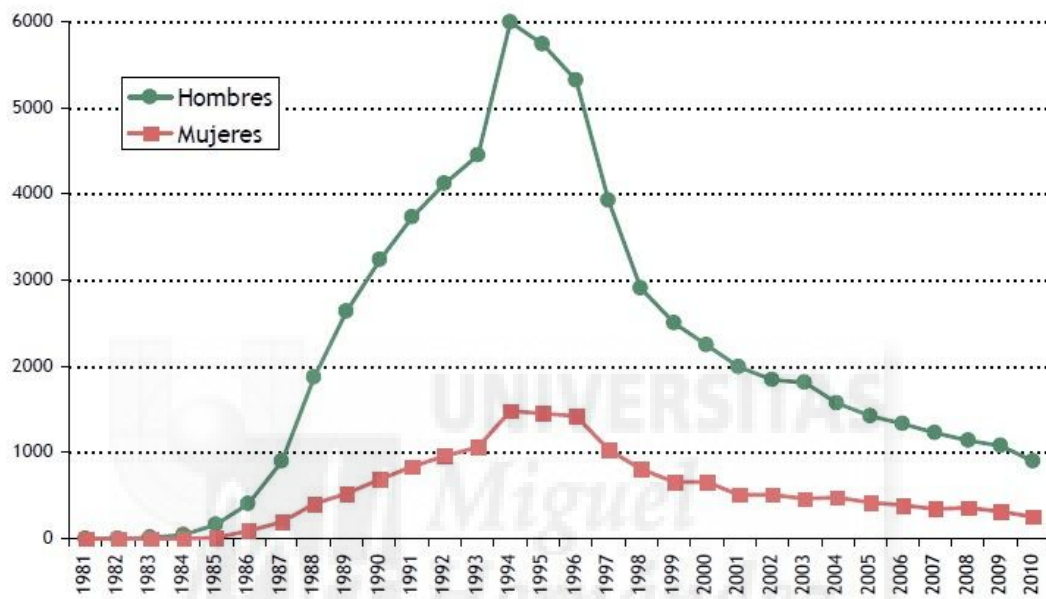
Figura 3. Distribución del sida por género en las comunidades autónomas españolas (%). Datos acumulados desde 1981 hasta junio de 2010.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010).

Atendiendo a las tasas de incidencia del sida en España, la tendencia en su evolución durante las dos últimas décadas ha sido similar entre los adultos de ambos sexos. No obstante, existen grandes diferencias en cuanto al valor de dichas tasas, puesto que en población masculina es notablemente mayor que en población femenina.

Figura 4. Incidencia del sida en España según sexo y año de diagnóstico. Período: 1981-junio de 2011.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

### 1.3.2. Distribución del sida según la edad en la población española

En cuanto a la distribución del sida según la edad, en España existen registrados 1,018 casos de sida de origen pediátrico, de los cuales el 40.5% son niños con menos de un año de edad. Por otra parte, existen 78.243 casos de sida en adultos, sector poblacional donde los mayores porcentajes de sida se observan en los grupos de edades comprendidas entre los 30 y 34 años (27.8%) y entre los 25 y 29 años (20.9%) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010). Porcentajes que conducen a la reflexión de que dichos adultos afectados contrajeron el virus durante su etapa adolescente.

Tabla 3. Distribución del sida en España según edad. Datos acumulados desde 1981 hasta junio de 2010.

EDAD	CASOS DE SIDA (N)
< 1	412
1-2	242
3-4	140
5-9	158
10-12	66
<b>Total pediátricos</b>	<b>1018</b>
13-14	49
15-19	457
20-24	4695
25-29	16344
30-34	21754
35-39	15533
40-44	8554
45-49	4569
50-54	2451
55-59	1573
60 y más	2264
<b>Total adultos</b>	<b>78243</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010.



En cuanto los índices de mortalidad a causa del sida en España, también se encuentran datos reveladores sobre las diferencias existentes en los distintos grupos de edad. Según el último informe publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) sobre la mortalidad a causa del sida, el grupo de edad comprendido entre los 40-44 años constituyó en el año 2006 el sector poblacional español más afectado por la mortalidad a causa del sida con una tasa de 11.44 por millón de habitantes y 394 defunciones notificadas. Seguidamente destacan los grupos de edad entre 45-49 años y 35-39 años, con sendas tasas de mortalidad por millón de habitantes iguales a 9.09 y 7.16.

La población adolescente ha desempeñado y sigue haciéndolo un papel esencial en la transmisión del VIH/sida. Los jóvenes son considerados el sector poblacional sexualmente más activo y al mismo tiempo el que más expuesto está al uso de drogas. Y tal y como se observa en los distintos informes epidemiológicos a nivel mundial y estatal, la vía de transmisión parenteral del VIH alcanzó tasas notables en la década de los noventa, y aunque actualmente el número de casos de VIH por vía parenteral ha disminuido, siguen siendo relevantes. De igual modo, la vía de transmisión sexual del VIH es actualmente una de las principales causas del incremento de nuevos casos de VIH (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010; ONUSIDA, 2010). Por otra parte, el porcentaje de embarazos no deseados propicia también en gran medida la transmisión vertical del sida por parte de adolescentes y jóvenes que no practican sexo seguro (Bermúdez y Teva, 2004; Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002; Planes et al., 2004). Todos estos datos ponen de manifiesto que la etapa del desarrollo humano de la adolescencia es una de las más vulnerables frente a la amenaza del VIH/sida, siendo importante actuar a nivel preventivo con este sector poblacional.

## 1.4. ANÁLISIS DE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN DEL VIH

### 1.4.1. Vías de transmisión del VIH

El sida o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es una grave enfermedad causada por un microorganismo, el virus del VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana. Se trata de una enfermedad infecciosa de carácter transmisible y no contagiosa, que se puede transmitir de una fuente a otra por medio de un agente transmisor como es el VIH, y no se transmite de forma rápida ni por contacto directo como es el caso las enfermedades contagiosas como son, por ejemplo, la gripe, la tuberculosis o el ántrax (Aguado y Zarco, 2006; Blanco, Mallolas, Pérez-Cuevas y Gatell, 2002).

El VIH se encuentra presente en todos los fluidos corporales. No obstante, en el caso de secreciones corporales como el sudor, la saliva o la orina, las concentraciones del virus son demasiado bajas como para constituir un riesgo de transmisión. Por tanto, los fluidos corporales con carácter transmisible son únicamente la sangre, el semen y los fluidos vaginales (Bueno y Madrigal, 2008; Casabona, Romaguera, Almeda, Pérez y Cahn, 2002; Espada y Quiles, 2002; Segura, Hernández y Álvarez-Dardet, 1998).

#### ▪ Vía de transmisión sexual

Consiste en el intercambio de semen y fluidos vaginales, así como de sangre, que puede tener lugar durante la realización del coito sexual sin preservativo. Obviamente durante las relaciones sexuales son penetración se entra en contacto con semen y fluidos vaginales, y también pueden producirse, durante la penetración, pequeñas lesiones o heridas que propicien el contacto con la sangre. Estas circunstancias de intercambio de fluidos sin adopción de medidas de protección son las que propician que las personas se expongan al contacto con el VIH.

Esta vía es la responsable de altas tasas de infecciones por VIH en la sociedad. Desde los comienzos de la epidemia del VIH/sida se observó que la transmisión del VIH estaba ligada a las relaciones sexuales. De hecho, dentro de la población masculina, el colectivo homosexual fue uno de los primeros afectados por el VIH. Por esta razón se asociaron las relaciones homosexuales con un alto riesgo a contraer el VIH. Así mismo, el alto

número de parejas en el colectivo homosexual ha sido otro factor decisivo a la hora de establecer hipótesis que relacionaran su actividad sexual con el riesgo a adquirir el VIH.

No obstante, independientemente de la tendencia sexual de la persona o el número de parejas sexuales que se tengan, lo definitivamente decisivo es el tipo de relaciones sexuales que se mantengan y las medidas de protección adoptadas durante las mismas.

Las tres únicas formas de evitar la transmisión del virus del sida son la abstinencia sexual, la práctica de relaciones sexuales donde se excluya la penetración, y la práctica de sexo seguro mediante el uso del preservativo como método de barrera para evitar el contacto con los fluidos y la sangre. Aunque no todas las prácticas sexuales implican el mismo riesgo de exposición al VIH, estos tres comportamientos descritos son las únicas vías que garantizan totalmente la protección frente al virus del sida (Centers for Disease Control and Prevention, 1999).

La actual tendencia epidemiológica del VIH/sida ha denotado la necesidad de diferenciar entre vía de transmisión heterosexual y homosexual (ONUSIDA, 2010), puesto que aunque como ya se ha comentado en líneas anteriores, en los inicios de la epidemia la vía de transmisión homosexual fue una de las más destacadas junto a la vía parenteral, en la presente década se ha venido advirtiendo del creciente porcentaje de transmisión por vía heterosexual que se está produciendo. Tanto a nivel mundial como nacional, las tasas de casos de sida contraídos a partir de las relaciones heterosexuales sin protección están incrementándose de forma progresiva. Situación que hace cada vez más necesarias intervenciones enfocadas a la prevención en el colectivo heterosexual.

#### ▪ **Vía de transmisión parenteral**

Consiste en la exposición al VIH por parte de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) que con frecuencia comparten entre ellos el equipo de inyección o incluso hacen uso de jeringuillas desechadas por anteriores usuarios. Esta circunstancia implica el contacto con fluido sanguíneo de otros usuarios portadores del VIH y por tanto presenta un alto riesgo de transmisión del virus.

Según las estadísticas a nivel mundial, la transmisión del VIH por vía parenteral ha sido desde el comienzo de la epidemia, y especialmente en las décadas de los ochenta y noventa, una de las principales vías de

transmisión del VIH/sida, incluso superando notablemente a la vía de transmisión sexual (ONUSIDA, 2010).

El único medio de prevención para evitar la transmisión del VIH entre los UDVP, es la evitación del uso compartido de material de inyección. La garantía para no exponerse al riesgo de infección es el uso de jeringuillas y agujas que no hayan sido empleadas previamente por otros.

Sin embargo, desde la proliferación de medidas de prevención sobre los UDVP el crecimiento de las tasas de infección por VIH entre dichos usuarios comienza a estabilizarse a nivel mundial, disminuyendo su notable protagonismo sobre otras vías de transmisión también destacadas en la presente década como es el caso de la vía de transmisión sexual. Dichas intervenciones preventivas son esenciales en las comunidades de usuarios de drogas inyectables que tienden al uso compartido de material de inyección como norma compartida e implícita entre ellos, y que además en el momento de mayor urgencia de consumo no siempre disponen de material de inyección nuevo y esterilizado (Centers for Disease Control and Prevention, 1999; Vega y Lacoste, 1995).

#### ▪ Vía de transmisión vertical

La transmisión del VIH de madre a hijo es otra de las principales vías destacadas a nivel mundial. La probabilidad de que una madre seropositiva tenga un hijo seropositivo es muy alta, y es la causa de buena parte de los casos de sida pediátricos registrados. La transmisión vertical no tiene lugar exclusivamente en el momento del alumbramiento, sino que puede darse durante la gestación mediante transmisión placentaria, en el parto o durante la lactancia (De Cock et al., 2000; John et al., 2001).

Durante la gestación la madre transmite al feto sus anticuerpos que garantizan la defensa del bebé durante la primera etapa de su vida. No obstante, durante dicha gestación puede o bien transmitirle sólo sus propios anticuerpos que acabará eliminando posteriormente o también transmitirle el virus del sida. Esta segunda opción no siempre suele tener lugar, hecho que junto con los avances médicos que permiten tener un alto control del virus en la madre durante la gestación, están permitiendo que el porcentaje de niños seropositivos sea cada vez menor (30-40%) (Kourtis, Bulterys, Nesheim y Lee, 2001).

Junto con los avances médicos que trabajan sobre la reducción de la infección por VIH durante la gestación y el parto en madres seropositivas,

añadido a las medidas adoptadas por las madres seropositivas para evitar la lactancia materna de sus hijos, han asegurado un adecuado control de la transmisión vertical del VIH/sida (OMS, 1992; 2011).

▪ **Otras vías de transmisión**

Además de las anteriormente comentadas, existen también otras vías responsables de algunos tampoco subestimables porcentajes de infección como es el caso de las transfusiones sanguíneas y hemoderivados.

A causa de esta vía de transmisión la comunidad de hemofílicos ha sido otra de las afectadas por el VIH de forma considerable y especialmente durante los primeros años de la expansión de la epidemia. Dada su patología, los hemofílicos reciben frecuentes transfusiones de sangre, circunstancia que les expone al contacto directo con el VIH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

Según el último informe del Ministerio de Sanidad y Consumo (2010), en España existen actualmente 1210 personas con la enfermedad de sida contraída mediante la vía de transfusión y hemoderivados. Conjunto de casos de sida que constituyen el 1.5% del total de casos de sida acumulados desde 1981 en el país.

Actualmente los controles analíticos para la detección de anticuerpos del sida en las donaciones, implantados desde 1985, ofrecen completas garantías para evitar la exposición al virus del sida (Espada y Quiles, 2002).

**1.4.2. Evolución de la epidemia del VIH/sida en España a través de las principales vías de transmisión del virus**

En base al último informe epidemiológico publicado por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2011), del total de los 79,363 casos de sida registrados en España desde 1981 hasta junio de 2010, un 14.2% corresponde a personas infectadas mediante la vía homosexual/bisexual. Un porcentaje mayor de 60.9% representa a los casos registrados a partir de la vía parenteral de transmisión (UDVP). Seguidamente se observa que existe un 1.0% y un 0.5% de casos transmitidos a través de hemoderivados y transfusiones sanguíneas respectivamente. Además se encuentra un 1.2% de casos de sida transmitidos por vía vertical, un 17.2% referido al

porcentaje de casos de sida adquiridos a través de relaciones heterosexuales desprotegidas, y finalmente un 4.9% de casos de sida cuya vía de transmisión no es conocida.

A mediados de la década de los noventa cuando las tasas de prevalencia e incidencia del sida alcanzan sus valores máximos, mostrando así la evolución de la epidemia en España en su mayor apogeo, se observa que las tasas de casos de sida cuyas vías de transmisión notificadas han sido la vía de hemoderivados y transfusiones junto con la vía vertical, han experimentado reducciones positivas hasta llegar a registrar mínimos valores en la actualidad. No obstante, también cabe tener en cuenta que las tasas de casos de sida debido a estas vías de transmisión nunca fueron notablemente elevadas en comparación con las vías de transmisión sexual y parenteral. Estas últimas alcanzaron valores altamente considerables durante la década de los noventa, de manera que en aquellos años de gran expansión del sida, la principal vía de transmisión era la vía parenteral entre usuarios de drogas inyectables (UDVP), seguidamente predominaba la vía de transmisión homosexual/bisexual, y en tercer lugar la vía heterosexual (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).

Al comienzo de la década de los noventa, se estimaron 2,745 casos de sida en UDVP, 586 casos de sida en población homosexual/bisexual, y 322 casos en población heterosexual. Tal y como se observa la vía de transmisión parenteral protagonizó desde el comienzo de la epidemia el registro epidemiológico de casos de sida en España (Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2011).

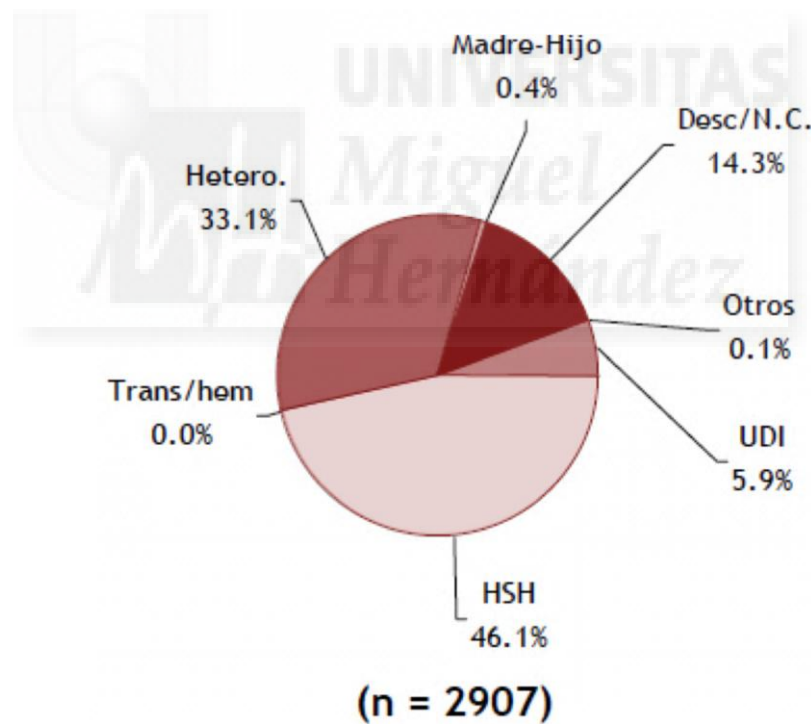
Años más tarde, en 1996, poco antes de la implantación de los tratamientos antirretrovirales y del apogeo de intervenciones preventivas a nivel nacional, se cuantificaron 4,394 casos de sida en UDVP. Sin embargo, ese mismo año se estimaron 791 casos de sida debidos a la transmisión homosexual/bisexual, y una elevada tasa de 1,177 casos de sida a causa de relaciones heterosexuales sin protección. Estos datos reflejan la tendencia al alza que comienza a experimentar la vía de transmisión heterosexual sobre la epidemia del VIH/sida, de modo que incluso pasa a superar el número de infecciones derivadas de las relaciones homosexuales, situándose únicamente por detrás de la vía parenteral.

Durante la presente década, se hace patente la progresiva reducción del número de casos de sida en la población española, con un todavía predominante dominio en 2008 de la tasa de casos de sida debidos al uso de

drogas inyectables (247 casos), seguido ahora con mucha menor distancia del número de casos debido a relaciones heterosexuales sin protección (186 casos) y un todavía más inferior número de casos debido a relaciones homosexuales sin protección (122 casos) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2010).

Las estadísticas epidemiológicas reflejan cómo elevadas tasas entre UDVP y población homosexual registradas en la pasada década han ido remitiendo de forma considerable hasta el día de hoy, mientras que la tasa de casos de sida en población heterosexual, la cual nunca alcanzó valores tan altos como entre los UDVP o las personas homosexuales, experimenta un reducción poco destacable (Bermúdez y Teva, 2004).

Figura 5. Nuevos diagnósticos de VIH/sida en España según vías de transmisión y sexo. Junio de 2011.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

Tabla 4. Distribución del sida en España según vía de transmisión y año de diagnóstico. Período: 1981-2011 (actualización a 30 de junio de 2011).

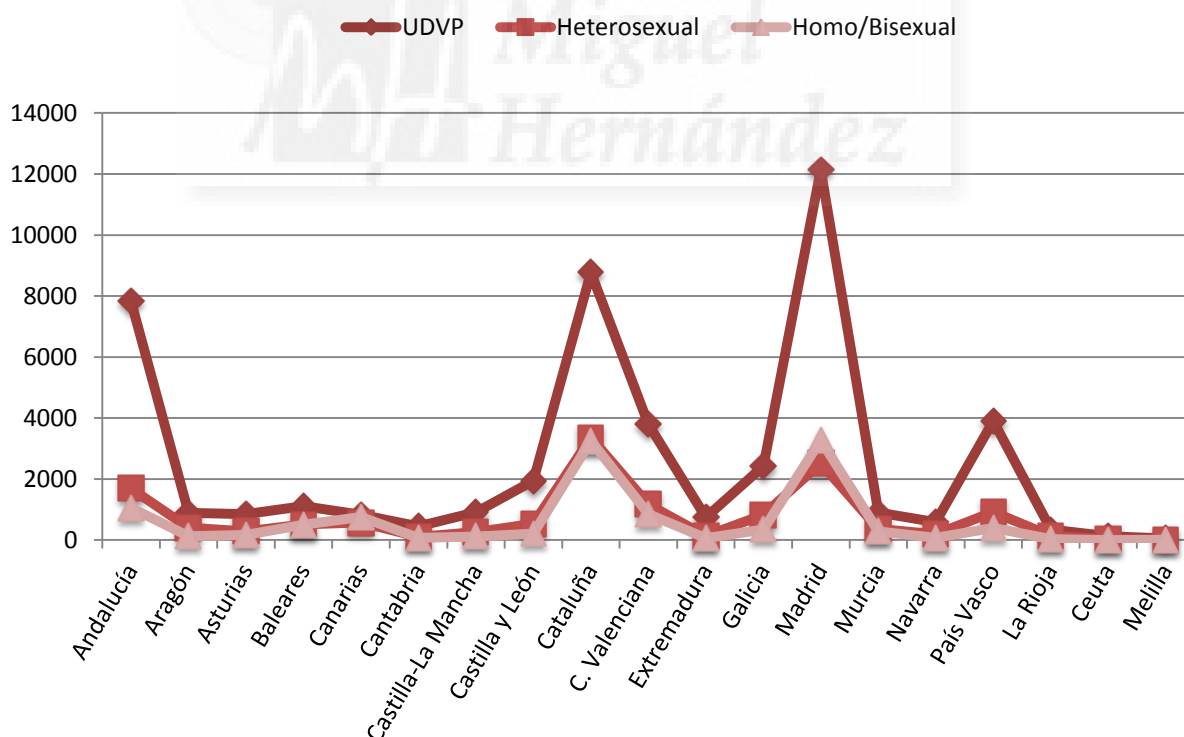
Año	UDVP	Homo/ Bisexual	Hetero- sexual	Vertical	Transfusión	Hemoderivados
1981	0	1	0	0	0	0
1982	1	1	0	0	0	2
1983	4	4	0	0	2	4
1984	22	12	0	1	1	12
1985	108	37	4	6	1	19
1986	315	88	16	23	8	43
1987	715	211	47	34	20	47
1988	1581	340	101	88	32	77
1989	2175	526	193	88	31	84
1990	2744	585	323	69	41	67
1991	3061	710	423	86	44	78
1992	3330	795	559	83	43	58
1993	3593	819	698	86	30	53
1994	5087	924	1037	84	23	69
1995	4745	958	1094	84	23	59
1996	4405	793	1177	55	17	52
1997	3171	542	934	41	18	24
1998	2233	451	802	23	6	10
1999	1828	386	670	17	10	8
2000	1600	373	657	13	4	8
2001	1321	329	609	12	13	12
2002	1191	324	633	9	2	6
2003	1136	353	619	10	4	7
2004	961	336	593	6	2	5
2005	839	282	572	7	4	2
2006	731	298	524	7	1	3
2007	640	293	473	9	2	6
2008	520	310	516	8	6	1
2009	445	310	486	6	2	4
2010	328	307	385	3	2	1
2011	116	106	128	0	0	2

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).



El análisis de la epidemia en España en base a las vías de transmisión principales por las diferentes Comunidades Autónomas, indica que las comunidades españolas con mayores tasas de casos de sida adquiridos a través de relaciones homosexuales sin protección desde 1981 a 2011 son Madrid (n = 3,276), Cataluña (n = 3,250), Andalucía (n = 1,059) y Comunidad Valenciana (n = 849). Por otra parte, las comunidades con mayores porcentajes de personas diagnosticadas que contrajeron el VIH mediante las relaciones heterosexuales sin protección son Cataluña (n = 3,355), Madrid (n = 2,521), Andalucía (n = 1,694) y Comunidad Valenciana (n = 1,169). En cuanto a la transmisión del VIH por vía parenteral, Madrid (n = 12,146), Cataluña (n = 8,775), Andalucía (n = 7,835) y País Vasco (n = 3,899) son las comunidades autónomas que presentan mayores porcentajes de casos de sida (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

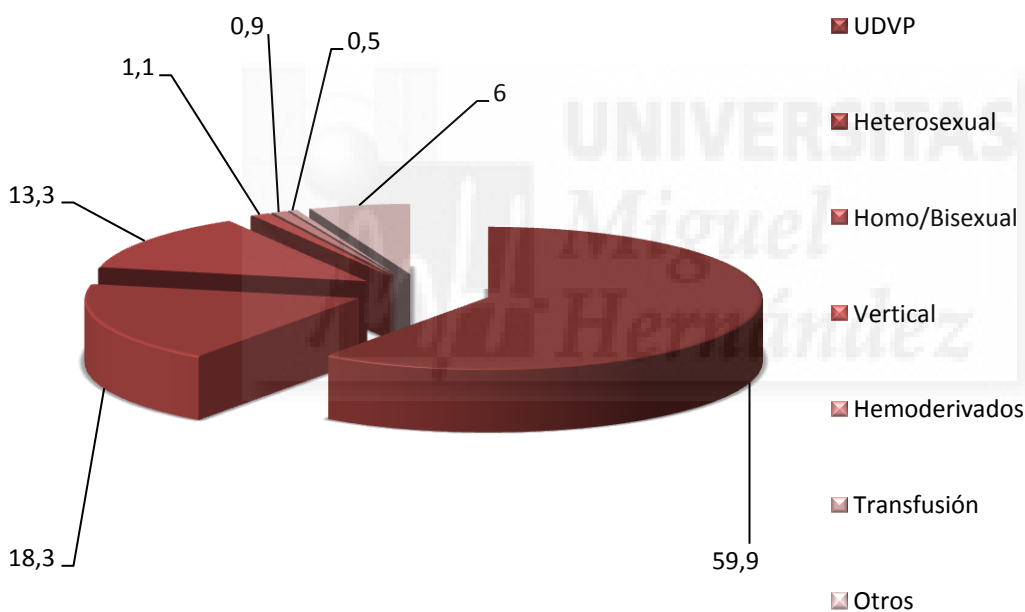
Figura 6. Distribución de casos de sida según principales vías de transmisión en España. Período: 1981-2011.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

En la Comunidad Valenciana la distribución de los casos de VIH/sida en función de las vías de transmisión registradas sigue la misma tendencia que en el resto del país. De modo que, del total de los 6353 casos de sida notificados hasta junio de 2011, se observa en primer lugar la vía parenteral con 3,792 casos notificados, y en segundo lugar la vía heterosexual con un total de 1,169 casos seguida de la vía de transmisión homosexual con 849 casos cuantificados (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Figura 7. Distribución del sida según vías de transmisión en La Comunidad Valenciana (%). Datos acumulados de 1981 a junio de 2011.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011).

**CAPÍTULO 2: VIH/SIDA Y PRINCIPALES  
MODELOS TEÓRICOS EN PROMOCIÓN DE  
LA SALUD**





Actualmente la epidemia del sida cumple más de dos décadas de historia. A lo largo de estos años se han alcanzado importantes logros en la lucha contra esta grave enfermedad. Hoy todavía no existe una vacuna contra el sida, pero se ha conseguido prolongar y mejorar de forma notoria la calidad de vida de las personas diagnosticadas de VIH/sida mediante el tratamiento antirretroviral (OMS, 2011; ONUSIDA, 2011).

Además, recientemente las investigaciones sobre el desarrollo y aplicación del Tratamiento Profiláctico de Pre-Exposición (Pre-Exposure Prophylaxis-PREP) están arrojando resultados positivos, constituyendo una nueva herramienta para la prevención del VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2012). Este método consiste en administrar un compuesto diario de antirretrovirales a personas que todavía no se han infectado de VIH para prevenir la adquisición del mismo. Administrar un tratamiento preventivo antes de la exposición al virus no es un método realmente novedoso puesto que ya se hace por ejemplo para prevenir la malaria. Pero la administración de un tratamiento antes de la exposición al VIH (PREP) no se había empezado a evaluar hasta ahora. Viread introducido en 2001 junto a Truvada introducido en 2004, cuyo principal compuesto es el Tenofovir, han resultado efectivos tras los estudios realizados en mujeres africanas no seropositivas y con alto riesgo de contraer el VIH (García-Lerma et al., 2008; Peterson, Taylor, Roddy, Belai, Phillips, et al., 2007).

En 2012 la administración norteamericana ha aprobado la aplicación del método PREP en población adulta sexualmente activa en riesgo de contraer el VIH (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

No obstante, aún contando la sociedad con la terapia antirretroviral y el actual método PREP, la prevención de las conductas sexuales de riesgo sigue siendo el arma fundamental para luchar contra la epidemia, siendo la modificación de la conducta una herramienta imprescindible hasta el momento (Bayés, 1994; Fernández-Ríos y Buéla-Casal, 1997). El VIH es una consecuencia de la conducta, y por tanto no se trata de quién se es, sino de qué se hace o cómo se actúa. Es la conducta la que determinará el grado en que una persona se expondrá al riesgo (Fishbein, 2000).

Las ciencias del comportamiento abordan la creación y el desarrollo de intervenciones preventivas basadas en la teoría para reducir el riesgo a contraer el VIH y promocionar la conducta saludable. En los últimos años la teoría e investigación en ciencias conductuales han adquirido un mayor

protagonismo y un mayor reconocimiento en cuanto a su eficacia y gran utilidad para trabajar por la protección de la sanidad pública, y concretamente para trabajar en la reducción del riesgo a contraer el VIH (DiClemente y Peterson, 1994; Fishbein, 1996).

Obviamente no todas las intervenciones son igualmente efectivas, pero sin duda el desarrollo de teorías e investigaciones en ciencias sociales puede proporcionar líneas de desarrollo óptimas para diseñar programas de intervención efectivos. A través de los diferentes modelos teóricos se persigue dar una explicación exacta de los factores que están interviniendo para que se lleve a cabo una conducta de riesgo o una conducta de protección frente al VIH (Espada y Quiles, 2002; Fernández-Ríos, 1994).

Las intervenciones de promoción de la salud están diseñadas para estimular a las personas a que mantengan comportamientos saludables, o para que adopten otras conductas saludables de los que carecen. De cualquier forma, una cosa es saber que un determinado comportamiento está afectando de forma negativa a la salud, y otra conocer la forma de cambiarlo por otro menos perjudicial (Bayés, 1995). Es en este punto donde las teorías y modelos son de gran utilidad, permiten entender y predecir las conductas de salud, y los procesos de cambio que pueden darse en dichas conductas (Glanz, Rimer y Lewis, 2002; Painter, Borba, Hynes, Mays y Glanz, 2008; Rothman, 2004).

Una teoría es un conjunto interrelacionado de conceptos, definiciones y proposiciones que presentan una visión sistemática de hechos o situaciones por medio de la especificación de las relaciones entre variables para poder explicar y predecir hechos o situaciones. Las teorías nos proporcionan estructuras conceptuales para analizar variables clave, y así explicar y predecir hechos y situaciones (e.g., Centers for Disease Control and Prevention, 2007; DiClemente, Crosby y Kegler, 2002; Rueda et al., 2008).

Diversos autores de la Psicología Social y la Psicología de la Salud han elaborado diversas teorías y modelos para explicar comportamientos e intentar predecirlos. Aunque muchas de esas teorías comparten términos comunes, su significado no es necesariamente idéntico. Son diferentes constructos que deben entenderse dentro del contexto que plantea cada modelo teórico. Los modelos teóricos pueden resultar de gran utilidad para la elaboración de adecuadas intervenciones preventivas. En ellas ayudan a

detectar las variables intermedias que deberán ser evaluadas. Dichas variables mediadoras ayudan a clarificar por qué los programas aplicados sirven o no para conseguir los objetivos establecidos de cambiar conductas individuales y colectivas (DiClemente y Peterson, 1994; Espada y Quiles, 2002; Kirby, Laris y Rolleri, 2007).

## 2.1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El Modelo de Creencias de Salud o *Health Belief Model* (Rosenstock, 1974) surgió en EEUU en los años cincuenta como respuesta al interrogante sobre la negativa de los pacientes a someterse a chequeos para la detección de posibles patologías y así indagar sobre las respuestas individuales a los síntomas y diagnósticos y al tratamiento de la enfermedad, y las razones por las que las personas no participaban en programas de prevención o en programas dirigidos a detectar la enfermedad (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994). Posteriormente el modelo fue aplicado a otros muchos ámbitos de la prevención y promoción de la salud como el tabaquismo y otras conductas adictivas (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher y Becker, 1980; Steers, Elliott, Nemiro, Ditman y Oskamp, 1996).

Fue uno de los primeros modelos desarrollados de forma específica para explicar las conductas relacionadas con la salud. En él se presta atención especialmente al papel de la percepción individual sobre la vulnerabilidad hacia una enfermedad que amenaza la salud y sobre las acciones que se pueden llevar a cabo para prevenir y hacer frente a dicha amenaza.

Desde el paradigma cognitivo se defiende que los procesos cognitivos constituyen la base del comportamiento, de manera que la conducta de un individuo está en función del valor subjetivo que éste le atribuye a un determinado logro y la probabilidad o expectativa de que una acción específica le conduzca a la obtención del resultado que él espera. Por tanto, el sujeto es concebido como un ser racional que define sus acciones desde la valoración subjetiva de sus expectativas. El sujeto razona sobre los beneficios y costes de su conducta y en base a ello toma sus decisiones (Giménez, 2008; Rosenstock et al., 1994).

Por tanto, la probabilidad de que una persona tome medidas preventivas cuando su salud se ve amenazada dependerá de determinantes relacionados con sus creencias. Es por ello que este modelo se basa en la creencia de que el comportamiento relacionado con la salud, en concreto la adopción de conductas de protección, está condicionado por los siguientes factores:

- Percepción subjetiva del riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad, aún cuando indicios objetivos contradicen dicha probabilidad real, la percepción subjetiva influirá notablemente en la intención de adoptar conductas consecuentes. Es decir, si la persona se considera o no susceptible de padecer un problema de salud.
- Gravedad percibida sobre la enfermedad. El nivel de gravedad y seriedad que el sujeto atribuye a la enfermedad, incluyendo consecuencias físicas como el dolor o la muerte, así como consecuencias sociales y económicas.
- Beneficios o consecuencias positivas que el sujeto prevé recibir mediante la puesta en práctica de las conductas de protección.
- Barreras percibidas o costes derivados de la realización de las conductas saludables, tanto a nivel psicológico, social y económico.
- Señales de atención o avisos que le recuerdan al sujeto la necesidad de realizar conductas preventivas.
- Grado de auto-eficacia. Percepción del propio sujeto sobre sus habilidades y capacidades para realizar la conducta deseada.
- Grado de importancia que despierta la salud para el sujeto. Interés que actuará como variable facilitadora o inhibidora de la acción.

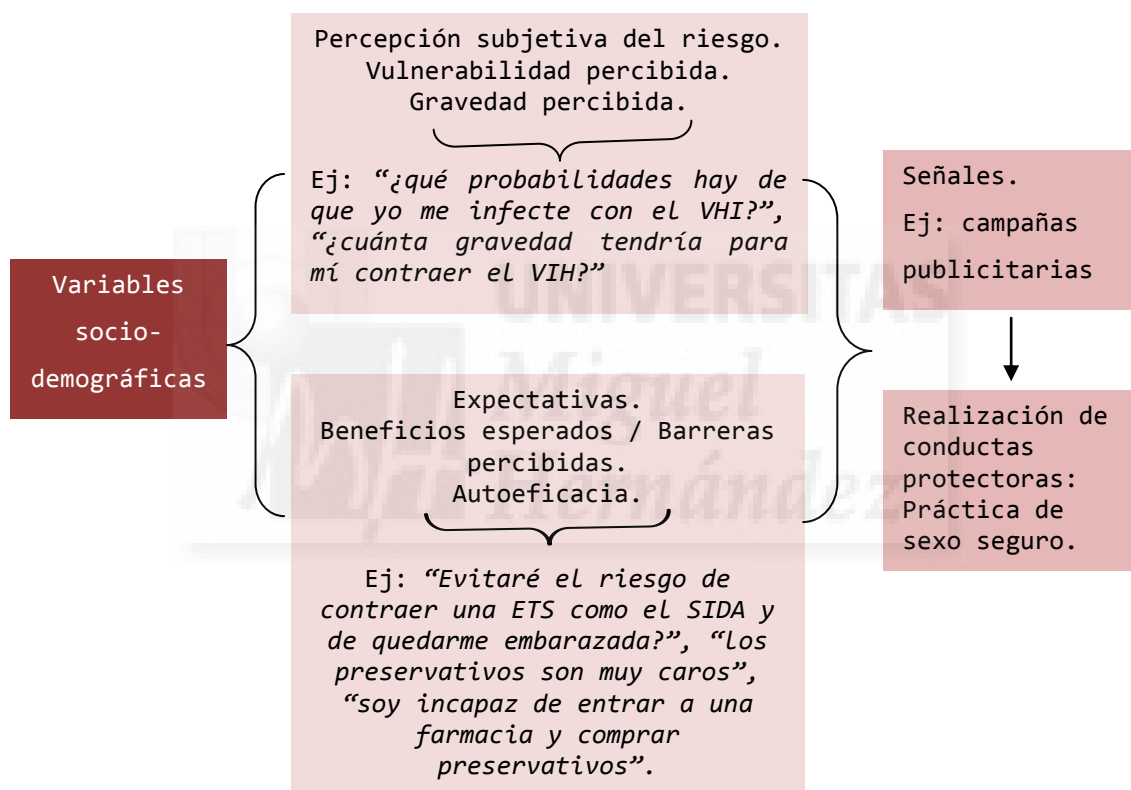
Este modelo se emplea fundamentalmente para la modificación de estilos de vida que exigen cambios a largo plazo, y según sus principios la persona tiene que sentirse amenazada por su patrón actual de conducta y debe creer que el cambio de dicho patrón conductual tendrá un resultado deseable y lo hará a un coste aceptable. Además, se requiere un alto grado de confianza en uno/a mismo/a y su capacidad para superar las barreras que



dificultan la realización de la conducta saludable y para mantenerla (Rosentock, 1974; Rosentock, Strecher y Becker, 1994; Rueda et al., 2008).

Según Páez, Ubillos, Pizarro y León (1994), para que un sujeto lleve a cabo conductas de prevención frente al VIH/sida, debe percibir el sida como una grave enfermedad, estar realmente en riesgo de contraer el virus o ser susceptible de adquirirlo, conocer los mecanismos de prevención, estar motivado para ponerlos en práctica, y contar con los recursos necesarios para realizar finalmente las conductas preventivas.

Figura 8. Modelo de Creencias de Salud en La prevención del VIH.



Fuente: Espada y Quiles (2002).

Respecto a estos determinantes necesarios para que tenga lugar una conducta preventiva, es importante analizar algunos de ellos. En cuanto a la gravedad percibida del sida, los estudios parecen indicar que, pese a los avances en el tratamiento antirretroviral que alargan la vida de los pacientes y mejoran su calidad de vida, en general la población percibe el sida como una enfermedad grave equiparable a otras como el cáncer (Espada y Quiles, 2002). Por otra parte, en relación a la estimación del riesgo, las personas en general tienden a infravalorar la probabilidad de ser

afectados por hechos negativos en su vida, de ahí que con frecuencia se subestime la vulnerabilidad ante el VIH/sida (Espada y Quiles, 2002; Páez et al., 1994).

Pese a que el Modelo de Creencias de la Salud ha confirmado mediante estudios empíricos su eficacia respecto a comportamiento de salud ante el sida, presenta ciertas limitaciones o aspectos criticables como el hecho de suponer que todo comportamiento es razonado en base a las creencias del sujeto, negando así los comportamientos poco o nada coherentes con las propias creencias que a menudo exhibe cualquier persona. Aspecto especialmente importante si se tiene en cuenta que en la adolescencia predominan la impulsividad e improvisación de los actos poco o nada razonados. Además, se excluyen factores ambientales del entorno y sociales como es la presión de los iguales. Tampoco tiene en cuenta variables afectivas ni emocionales en el concepto “persona”, anulando así mismo posibles diferencias interindividuales. Otra crítica destacada es que el modelo no ofrece una clara explicación o demostración que explique a través de qué mecanismo las creencias acaban convirtiéndose en conductas (Páez et al., 1994; Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).

Respecto al sistema de costes y beneficios, se observa cómo la conducta preventiva (e.g., “usar preservativos en las relaciones sexuales”) ofrece beneficios sólo a largo plazo (e.g., “protección frente ETS y embarazos no deseados”), mientras que el coste de realizar la conducta es inmediato y seguro (e.g., “usar preservativo supone en el acto un desembolso de dinero”). En cuanto a la conducta de riesgo (e.g., no usar preservativo en las relaciones sexuales”) presenta consecuencias positivas reforzantes de manera inmediata (e.g., “no pasar la vergüenza de tener que comprar preservativos”), y en cambio el coste o consecuencias negativas son a largo plazo y sólo probable (e.g., “posibilidad de contraer el VIH”) (Espada y Quiles, 2002).

Sin embargo, el presente modelo ha sido uno de los más empleados a la hora de intervenir sobre conductas relacionadas con la salud a nivel individual. Dicho modelo ofrece ciertas pautas para el diseño de intervenciones preventivas en las que se debe promover la autoeficacia, trabajar sobre la percepción del riesgo y de la gravedad de la enfermedad, y al mismo tiempo minimizar la percepción sobre el coste de las conductas preventivas al tiempo que se incrementen los beneficios (Giménez, 2008).

## 2.2. MODELO SOCIOCOGNITIVO

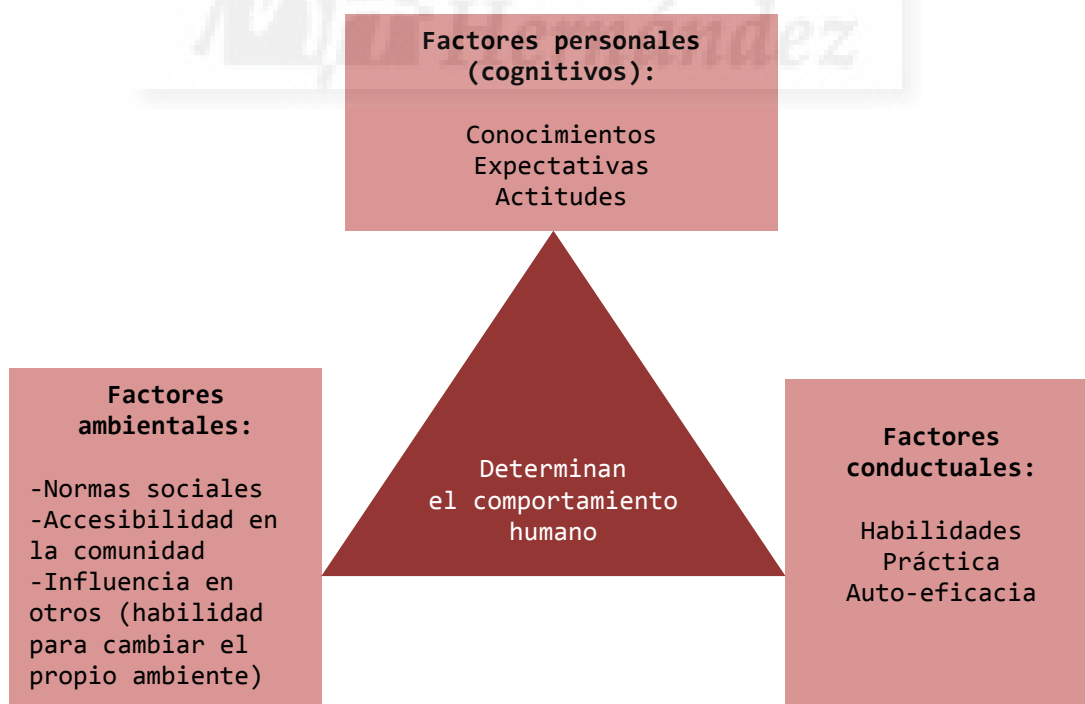
La teoría del aprendizaje social de Bandura (1986), es una teoría interpersonal que aborda tanto los determinantes de la conducta como el proceso de modificación de la misma.

Desde este marco teórico se ha intentado explicar la adquisición y mantenimiento de las conductas, aquellas que son consideradas útiles y adaptativas, y las que resultan desadaptativas y pueden generar malestar.

Basada fundamentalmente en las propuestas de Bandura, afirma que la conducta humana viene explicada por un modelo triádico, dinámico y recíproco en el que la conducta, los factores personales (variables cognitivas, biológicas y afectivas) y las influencias del ambiente o entorno social interaccionan entre sí simultáneamente (Bandura, 1987).

Los principales determinantes de la conducta descritos en este modelo son las expectativas de resultado, la auto-eficacia, la capacidad intelectual, la conducta percibida de los otros y el entorno.

Figura 9. Determinantes de La conducta humana según La teoría del aprendizaje social.



Fuente: Bandura (1997).

Esta teoría atribuye al entorno socio-cultural de la persona un papel decisivo en su proceso de socialización desde el momento en que nace. Es a través de la experiencia directa o por observación el modo en que las personas aprenden y van construyendo nuevos patrones conductuales.

El aprendizaje por observación y/o imitación posee un papel fundamental en cuanto a la adquisición de nuevas conductas. En una primera fase tiene lugar la representación mental con la actuación de las imágenes memorizadas como mediadoras, y una segunda de reproducción.

Es por todo ello que el papel desempeñado por las variables ambientales es decisivo en este proceso de aprendizaje vicario, en el cual mediante la observación se obtienen modelos del entorno a los que poder imitar, y así asimilar y procesar las conductas.

Los principios defendidos por el modelo sociocognitivo han sido adaptados a la práctica en el campo de la prevención primaria dada su consideración de la interacción de las variables personales y ambientales en la formación de las conductas, reconociendo así la influencia cultural, socio-económica e histórica en las conductas de salud de las personas.

De esta forma, el aprendizaje también es definido por factores personales como las habilidades personales, la motivación, las experiencias vividas o el contexto cultural. También se enfatiza el papel de las expectativas de resultado y del valor de refuerzo para instituir cambios de conducta. No obstante, un elemento clave de este modelo son las creencias de autoeficacia definidas como la capacidad de la persona para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir unos logros determinados (Bandura, 1977). Otros autores también han propuesto la integración del constructo de autoeficacia como una estructura teórica en la promoción de los comportamientos de salud que llevan a la prevención de la transmisión del VIH (Brooks-Gunn, Boyer y Hein, 1988; Coates, Stall, Catania y Kegeles, 1988; Flora y Thoresen, 1988).

Según Lewis (2002), el concepto de autoeficacia es de gran relevancia en esta teoría. La autoeficacia predeciría la iniciación de comportamientos relacionados con la salud, aún en condiciones adversas; la continuación de la conducta buscada, incluso en condiciones de fracaso; y el mantenimiento de comportamientos complejos relacionados con la salud, incluso en condiciones de estrés.

Según Bartholomew, Parcel, Kok y Gottlieb (2006), la autoeficacia es la valoración de la capacidad de la persona para llevar a cabo cierto nivel

de desempeño (e.g., “estoy seguro de que puedo usar el preservativo de forma consistente”). Por otra parte, definen las expectativas de resultado como la valoración de la consecuencia deseada que un comportamiento producirá (e.g., “cuando uso preservativo de forma consistente prevengo el VIH”). Las expectativas de resultado también son definidas como el valor que las personas asignan a un resultado. De este modo, las expectativas de resultado son comparables a las creencias conductuales definidas en la Teoría de la Acción Planeada.

Bandura (1986) es muy explícito a la hora de hablar sobre la relación entre las expectativas de resultado y la auto-eficacia, de forma que afirma que el tipo de resultados que la gente anticipa dependen en gran medida de sus valoraciones sobre el grado en que son capaces de actuar en una situación dada. De modo que, si por ejemplo un joven no está seguro de que podrá usar el preservativo, no tendrá expectativas de prevenir las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Albert Bandura (1994) aplicó la teoría del aprendizaje social al campo de la prevención del VIH explicando el proceso de adquisición de las conductas saludables y la forma de incrementar en la población las conductas protectoras frente al VIH.

Una adecuada intervención preventiva debería actuar sobre los tres componentes que explican el comportamiento humano (variables personales, conducta y ambiente) dando cabida a los siguientes componentes de actuación:

- Facilitación de información con el objetivo de alertar a la población aumentando su conocimiento sobre el VIH/sida y los riesgos que conlleva no practicar sexo seguro.
- Desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol que permitan convertir el conocimiento adquirido en conductas preventivas concretas.
- Potenciación de la autoeficacia para que el sujeto pueda practicar y corregir sus habilidades adquiridas y entrenadas en situaciones de alto riesgo a través de la práctica guiada y la retroalimentación.
- Fomento del apoyo social como forma de afianzar y reafirmar los cambios conductuales que el sujeto va realizando hacia un comportamiento preventivo frente al VIH/sida mediante el refuerzo social.

En definitiva, la mayoría de conductas humanas son aprendidas mediante la observación de modelos (aprendizaje vicario). De modo que observando a otros, la persona puede construir reglas de comportamiento, y en futuras situaciones esa información codificada le servirá como guía de actuación.

### **2.3. MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PRECEDE/PROCEDE**

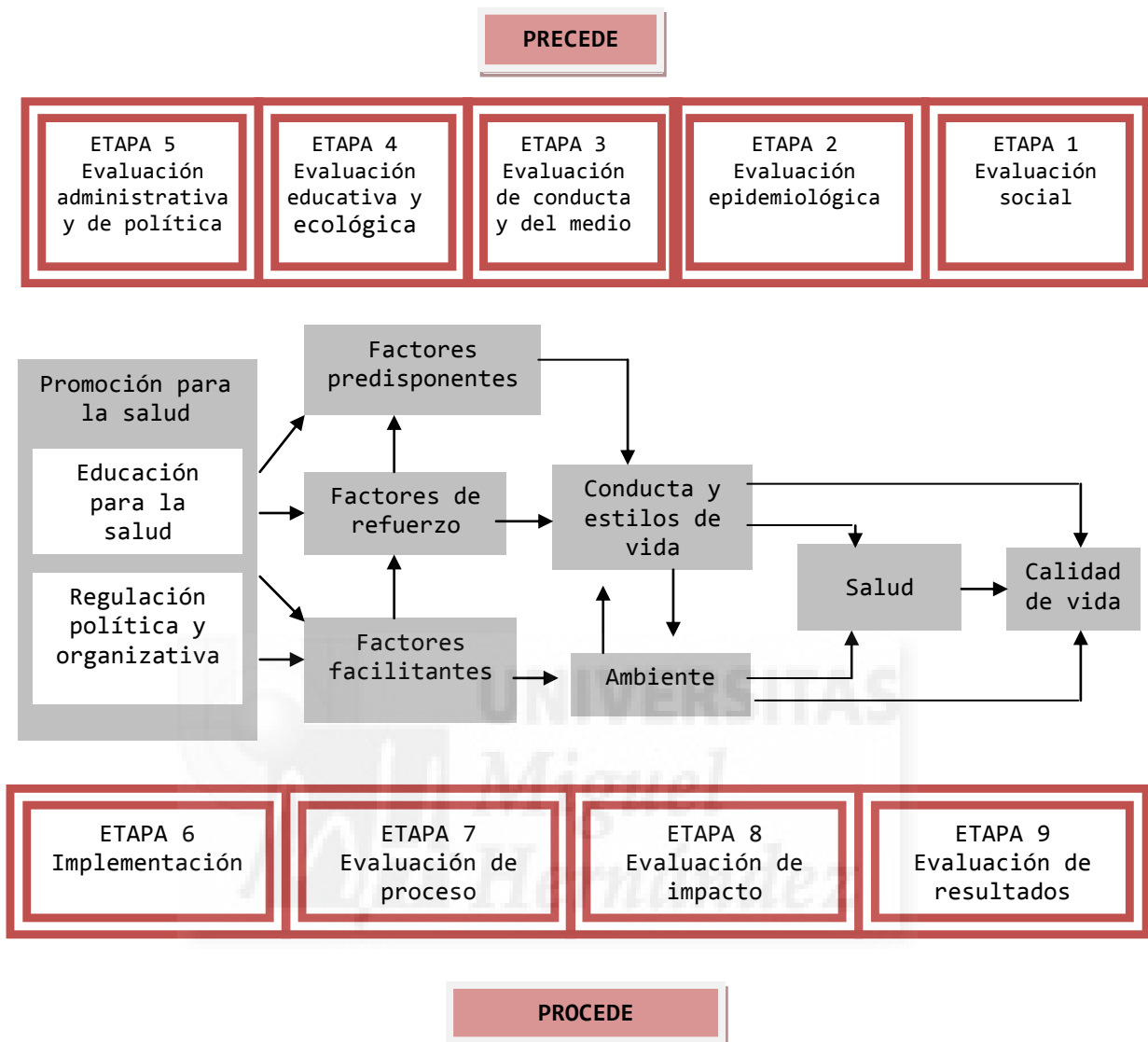
A diferencia de otros modelos, el modelo PRECEDE (Green y Simons-Morton, 1988) no tiene como objetivo explicar la relación entre variables y una determinada conducta relacionada con la salud.

Se trata de un modelo de planificación de actividades para la promoción de la salud basado en la premisa de que el diagnóstico educacional debe preceder al plan de intervención, de igual modo que el diagnóstico médico precede a la determinación del tratamiento.

El acrónimo PRECEDE responde a las iniciales de *Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Environmental Diagnosis and Evaluación*. Por su parte, el acrónimo PROCEED responde a *Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational/Environmental Development*, y fue añadido a posteriori reconociendo así la importancia de los factores ambientales y sociales como determinantes de la salud y del comportamiento relacionado con ésta.

La educación es en este modelo un pilar fundamental para la promoción de la salud y asume la influencia bidireccional entre el entorno y las personas. Se apoya en modelos relativos a las creencias, actitudes y valores en torno a la salud con el objetivo de explicar los factores que influyen en la realización de las conductas (Green y Simons-Morton, 1998).

Figura 10. Modelo de planificación PRECEDE-PROCEDE.



Fuente: Green (1999).

Tal y como describieron Bimbela y Gómez (1994), el modelo PRECEDE es una herramienta muy útil para el análisis e intervención en VIH/sida ya que permite identificar factores que actúan como antecedentes comportamentales de los problemas de salud. De este modo, tras valorar su importancia y modificabilidad se puede intervenir eficazmente sobre ellos.

En este modelo se proponen dos etapas básicas, en primer lugar la determinación de las necesidades educacionales (PRECEDE), y en segundo lugar, el desarrollo de los componentes del programa (PROCEDE) (Green, Kreuter, Deeds y Partridge, 1980).

Según el modelo original, la primera etapa, PRECEDE (Predisposición, Refuerzo y Causas que hacen posible el Diagnóstico y Evaluación Educativa), se centra en la evaluación de las necesidades generales, en función de la identificación de las necesidades específicas y de las conductas de salud relacionadas de la población objetivo (Green y Simons-Morton, 1988).

En dicha etapa, las fases 1 y 2 se interrelacionan entre sí, centrándose en el diagnóstico social y epidemiológico. Puesto que los problemas sociales de una comunidad son una buena medida de la calidad de vida, la fase 1 se centra en reconocer sus necesidades y problemas, mientras que la fase 2 persigue determinar las metas de salud y dificultades que se relacionan a los hallazgos de la fase 1. No sólo se lleva a cabo un análisis de la relación entre las conductas y el problema de salud, sino que se realiza una jerarquización de importancia y factibilidad de cambio.

En la fase 3 se buscan las causas ambientales o comportamientos que podrían estar relacionados con los problemas de salud hallados en la fase 2, teniendo presente la jerarquización de importancia y factibilidad de cambio.

La fase 4 consiste en clasificar en tres categorías (factores facilitadores, predisponentes y de refuerzo) los comportamientos y factores ambientales observados en la fase 3. Es decir, factores que estimulan o inhiben los cambios de comportamientos, barreras que impiden el cambio o las habilidades y conocimientos necesarios para cambiar, y recompensas o mensajes que recibe la gente y sus efectos en cuanto a estimular o inhibir la ejecución de una conducta a largo plazo.

Por su parte la fase 5 comprende una búsqueda de recursos que se puedan utilizar para emprender un programa: establecimiento de redes para la acción; selección de instrumentos para el cambio del contexto; selección del contenido de los mensajes, métodos de comunicación y entornos donde hacerlo; análisis de los recursos y organización necesarios y disponibles; y planificación propiamente dicha del programa o actividad.

A continuación tiene lugar la segunda etapa, PROCEDE (Política, Regulación y Recursos Organizacionales para el Desarrollo Educativo y del Medio). De este modo, en la fase 6 o fase de implementación, es donde se procede a la ejecución propiamente dicha del programa. No obstante, se continúan analizando aspectos organizativos, incluyendo procesos



participativos y de colaboración, se evalúan las dificultades imprevistas y efectos secundarios, al tiempo que se monitorizan las actividades y el efecto a corto plazo del dicho programa o actividad que se está implementando.

Finalmente, de las fase 7 a la 9, el programa se repasa evaluando su funcionamiento, impacto y resultados. Es decir, se lleva a cabo una fase de evaluación de la efectividad, la eficiencia y la validez de las actividades realizadas.

## **2.4. MODELO DE BAYÉS**

Ramón Bayés (1989) aborda la problemática del VIH/sida desde una perspectiva psicológica y multidisciplinar para analizar los comportamientos de riesgo en las relaciones sexuales.

En su modelo teórico, Bayés trabaja la prevención desde una perspectiva biopsicosocial, de modo que no sólo se basa en factores psicológicos, sino que también destaca la existencia de variables del entorno que puedan facilitar los comportamientos preventivos.

Respecto a las conductas sexuales de riesgo que exponen al individuo al VIH, es importante tener en cuenta que conllevan una serie de consecuencias positivas, a corto plazo y gratificantes (placer sexual, bajo coste económico al no usar preservativos, etc). Dichas consecuencias tienen un efecto inmediato y explican la razón por la que son tan fácilmente adquiridas dichas conductas de riesgo y por qué se mantienen en el tiempo. Además, las consecuencias negativas que conllevaría la realización sexuales de riesgo, como es el no usar el preservativo, tendrían lugar a largo plazo (el individuo tardaría meses en ser diagnosticado de VIH) y además no son seguras, ya que existe la probabilidad de que dichas consecuencias negativas no ocurran (puede ser que el individuo no contraiga el VIH). En contraposición, las conductas preventivas o de protección generan consecuencias negativas a corto plazo (demora del placer, coste económico, situaciones embarazosas, etc.), mientras que las consecuencias positivas de protegerse frente al VIH, es decir, usar el preservativo, tienen lugar a largo plazo (evitación de la enfermedad).

Tabla 5. Análisis de las consecuencias en la adopción de conductas sexuales de riesgo vs. conductas de protección.

	Consecuencias a corto plazo		Consecuencias a largo plazo	
	Seguras (100% probabilidad de ocurrencia)	No seguras (menor probabilidad de ocurrencia)	Seguras (100% probabilidad de ocurrencia)	No seguras (menor probabilidad de ocurrencia)
Conducta sexual de riesgo (no uso del preservativo)	Placer sexual sin demoras	Contagio de alguna ETS de rápida manifestación sintomática (excluido el VIH)	¿?	Embarazo no deseado
	Evitación de situaciones vergonzosas (comprar preservativos, proponer su uso a la pareja, etc.)			Infección por VIH.
	Ahorro de coste económico			Contagio de ETS.
Conducta preventiva (uso preservativo)	Demora del placer sexual	¿?	Evitación de embarazos no deseados.	¿?
	Afrontamiento de situaciones vergonzosas (comprar preservativos, proponer su uso a la pareja, etc.)		Protección frente al VIH.	
	Coste económico		Protección frente a ETS.	

Fuente: adaptado de Bayés (1989).

El modelo presenta tres etapas en la adopción de conductas de riesgo o prevención (Bayés, 1989):

- La primera etapa (PASADO), presenta todos los elementos del bagaje adquirido por el individuo como fruto de su evolución personal hasta el presente, como los factores de mayor influencia y entre los que destacan:

1. Reactividad emocional: surge a partir del aprendizaje previo de la persona y es asociada por aprendizaje y procesos de condicionamiento a determinadas personas, estímulos o eventos.
2. Estilos interactivos: pautas de reacción que la persona presenta generalmente y que están determinados por factores de personalidad.
3. Competencias funcionales: capacidades y destrezas de la persona para el afrontamiento de las situaciones.
4. Información específica: conocimientos que tiene la persona acerca de la situación problemática a la que se enfrenta.

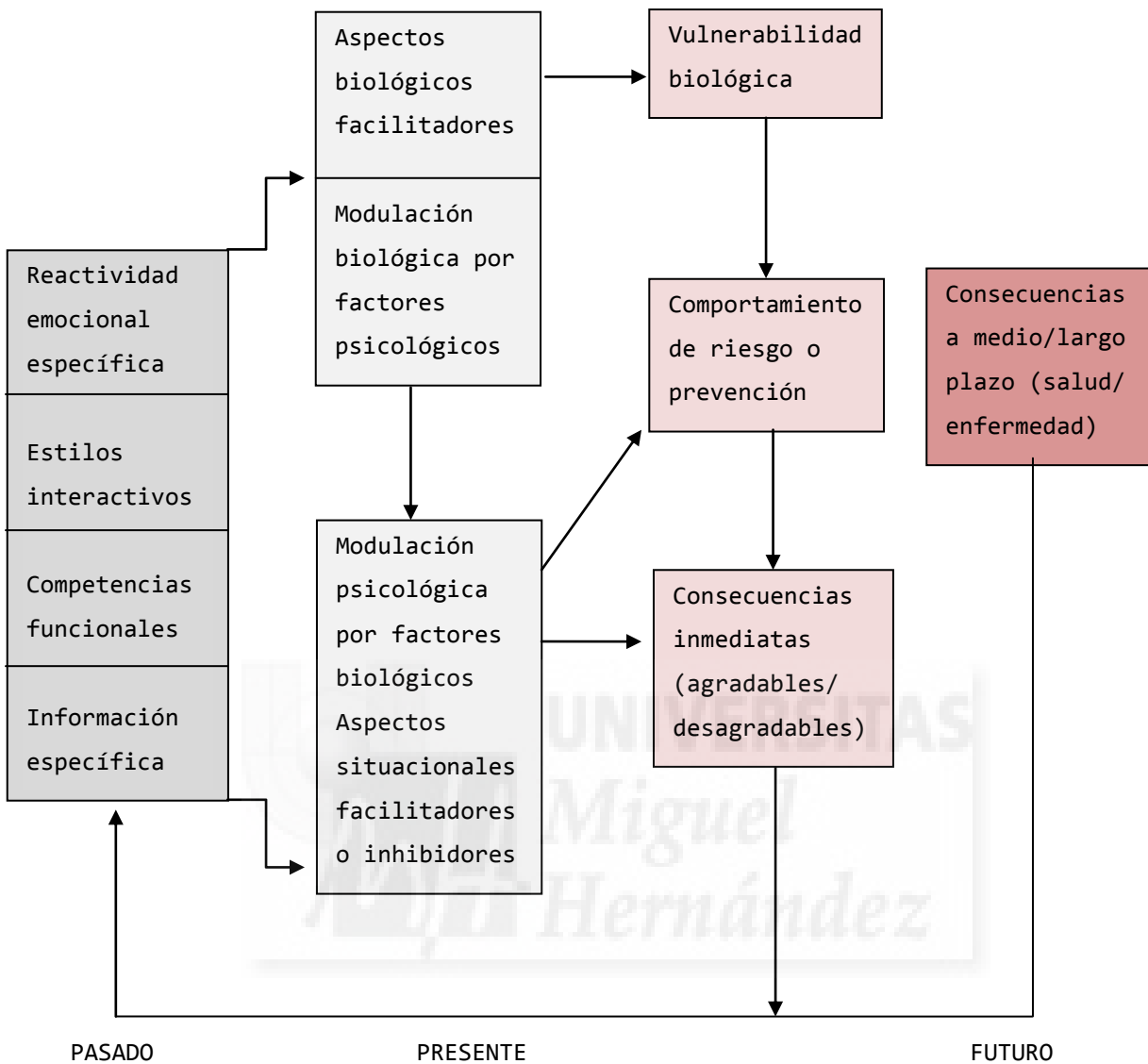
- La segunda etapa (PRESENTE) se refiere al momento en que tiene lugar la conducta en cuestión y se compone de las siguientes variables:

1. Modulación biológica: factores psicológicos que influyen en el estado del organismo.
2. Modulación psicológica: factores del organismo que facilitan o dificultan determinadas habilidades (posible enfermedad, fatiga, etc.).
3. Aspectos biológicos: factores del organismo que pueden influir en la realización de la conducta (nivel de activación, etc.).
4. Aspectos situacionales: factores del contexto que facilitan u obstaculizan el desempeño de la conducta.

La interrelación de estas variables determina la puesta en marcha de la conducta de riesgo o protectora, teniendo especial importancia la aparición sucesiva de consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo comentadas en líneas anteriores.

- La tercera etapa (FUTURO) consta de aquellas consecuencias a medio y largo plazo que tendrán lugar a partir de la realización de la conducta de riesgo o preventiva en cuestión.

Figura 11. Modelo de Bayés (1995).



Fuente: adaptado de Giménez (2008).

El modelo de Bayés mejora la comprensión de las conductas sexuales de riesgo distinguiendo aquellas variables que las facilitan y mantienen en el tiempo. Se deja constancia de la necesidad de una intervención elaborada a distintos niveles de actuación, donde no sólo de trabaje la transmisión de información, sino que también se tenga en cuenta la capacidad y motivación de la persona para asimilar dicha información y ponerla en práctica. Así mismo, se defiende la necesidad de procurar un contexto o entorno favorable con condiciones mínimas necesarias para que la persona pueda poner en práctica las conductas preventivas.

## 2.5. TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA Y TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) o Theory of Planned Behavior (TPB) de Ajzen (1991) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada (TAR; Fishbein y Azjen, 1975) o Theory of Reasoned Action (TRA). Ambas se basan principalmente en los determinantes de la conducta, y aunque no proporcionan métodos específicos para la modificación de la conducta, sí contribuyen a la mejora de la comprensión de los factores específicos que deben ser modificados. Es por ello que la Teoría de la Acción Planeada (TAP), ha sido aplicada exitosamente sobre diversas conductas de salud (Montaño y Kasprzyk, 2002).

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) tiene sus orígenes en la Psicología Social tradicional y fue desarrollada inicialmente para explicar la conducta humana en general. Posteriormente se aplicó a un amplio repertorio de conductas relacionadas con la salud. La teoría sugiere que el comportamiento de una persona está en función de su intención para realizar el acto en cuestión. Se asume que las intenciones están en función de dos factores principales (Ajzen y Fishbein, 1980): las actitudes de la persona para realizar un comportamiento determinado y la percepción subjetiva sobre lo que otras personas importantes piensan que se debería hacer (norma percibida o norma injuntiva) con respecto a un comportamiento determinado (Rivis y Sheeran, 2003). Las actitudes y creencias compartidas por los miembros de una comunidad influyen en las intenciones y en la conducta. Aportaciones como el de Fishbein y Middlestadt (1989) o el de Gillmore et al. (2002) muestran la importancia de esta teoría para un amplio rango de conductas relacionadas con el VIH/sida, incluyendo la reducción de conductas de alto riesgo y de consumo de drogas y el mantenimiento de conductas sexuales de bajo riesgo. En el contexto actual, esta teoría defiende que al aumentar la motivación para realizar comportamientos preventivos frente al VIH (e.g., uso del preservativo) la persona se influenciaría de actitudes hacia la realización de comportamientos preventivos de la infección por VIH o, percepción de apoyo normativo social para esos comportamientos (e.g., confianza de la gente en el uso de preservativos para prevenir la infección por VIH) o ambos (Fisher y Fisher, 1992).

La teoría pretende explicar sólo las conductas que están bajo el control directo de las personas, es decir, las conductas voluntarias (Kalichman, 1998). Páez et al. (1994) aplican la teoría de la acción razonada al caso del VIH/sida y concluyen que existen conductas alternativas de prevención que están muy extendidas y son completamente irreales, como salir con personas no afectadas por el VIH/sida o negar la posibilidad de entrar en contacto con personas afectadas por dos motivos principales: uno, se cree que el aspecto físico prototípico de las personas portadoras del VIH/sida es una señal externa evidente para evitar el contacto, y dos, se cree que si se conoce a las personas de forma paulatina y mediante amigos, no son personas que están en riesgo. Cuando se pretende cambiar o reforzar una conducta dada en una población determinada de forma efectiva, la Teoría de la Acción Razonada sugiere que se debe determinar en primer lugar si la conducta en cuestión está bajo control actitudinal o normativo en esa población, y también se deben identificar las creencias importantes subyacentes a la actitud o norma subjetiva (Fishbein y Middlestadt, 1989). También Albarracín, Kumkale y Johnson (2004) llegaron a conclusiones idénticas en su estudio de metanálisis sobre una muestra de 30,270 sujetos, donde concluyeron que la norma social tenía mayor influencia sobre los participantes jóvenes y sobre los que tenían fácil acceso a redes de apoyo social para informarse sobre los riesgos.

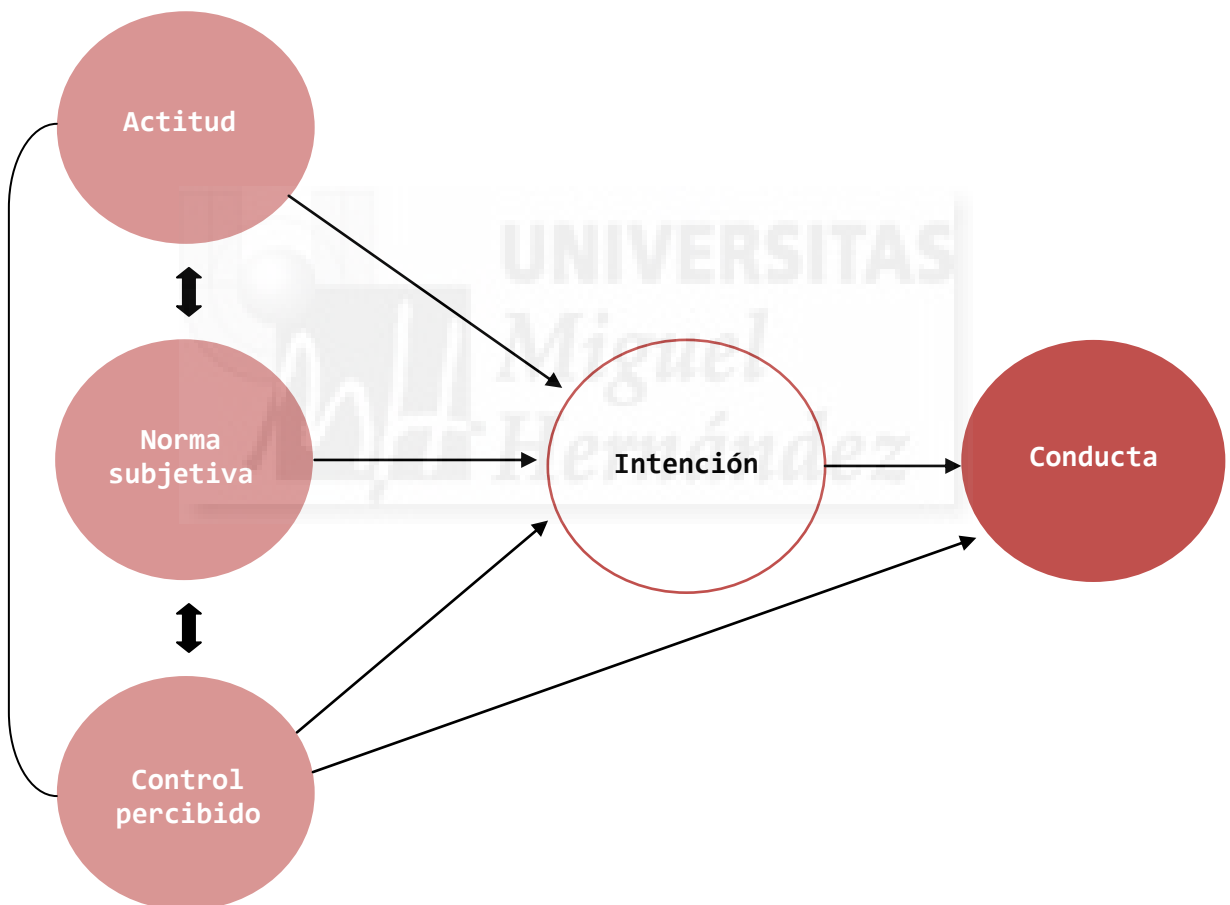
Ambas teorías han sido utilizadas para predecir conductas saludables y/o explicar conductas de riesgo como es el caso del uso del preservativo. Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) evaluaron la capacidad de predecir el uso del preservativo según ambas teorías. Sobre la Teoría de la Acción Razonada concluyeron que el uso del preservativo correlacionaba con las intenciones; que las intenciones se basaban en las actitudes; y la norma subjetiva y las actitudes estaban asociadas a las creencias conductuales; y que las normas estaban asociadas a las creencias normativas. Mientras que sobre la Teoría de la Acción Planeada concluyeron que el control de la conducta percibido se relaciona con la intención de usar preservativo y con el uso del mismo, pero, en contra de lo que postula esta teoría, no tiene una influencia importante en el uso del preservativo.

Aunque la Teoría de la Acción Razonada (TAR) ofrece una excelente explicación de la conducta voluntaria, razonada, no espontánea; Ajzen (1991) incluyó la variable “control percibido” respondiendo a la necesidad

de predecir aquellas intenciones y conductas que no son razonadas, es decir, que son impulsivas y/o espontáneas.

La Teoría de la Acción Planeada (TAP) postula que la intención es el principal determinante de la conducta y está condicionada por tres constructos independientes: la actitud, la norma subjetiva y la percepción de control. Éste último factor es considerado por algunos autores como el equivalente a la autoeficacia del modelo de Bandura (Montaño y Kasprzyk, 2002).

Figura 12. Teoría de La Acción Planeada.



Fuente: Ajzen (1991).

La actitud se define como la disposición a responder favorable o desfavorablemente ante un objeto, conducta, persona, institución o evento. Según Ajzen (1988), es la evaluación personal positiva o negativa de desempeñar un comportamiento particular de interés.

La norma percibida es la creencia basada en si las personas importantes o grupos sociales de referencia para el sujeto, aprueban o no el desempeño de cierta conducta. Las creencias sobre los referentes sociales del sujeto son denominadas creencias normativas (e.g., mi pareja piensa que el uso del preservativo es necesario e importante).

La percepción de control (Ajzen, 1988) o auto-eficacia (Bandura, 1986), es definida como la percepción subjetiva que la persona tiene sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta, considerando también las variables del entorno. Es éste el aspecto último mediante el cual Ajzen diferencia la percepción de control del constructo de auto-eficacia defendido por Bandura en el modelo socio-cognitivo.

Estos tres determinantes de la intención, están a su vez determinados por otros factores que contribuyen a la comprensión de la conducta. La actitud hacia una conducta viene determinada por las creencias que la persona posea sobre las características de dicha conducta, así como las consecuencias y el coste de su realización, y por la evaluación que haga de dichas creencias. Esta evaluación final de las creencias de la conducta constituye el componente afectivo de la actitud, el cual determina la motivación y la fuerza de la intención de conducta. Aunque una óptima evaluación de las creencias sobre la conducta, conllevará a una alta motivación y compromiso hacia la misma, no conducirá por sí sola a la realización de la conducta de forma aislada (Ajzen, 1991).

En cuanto a la norma subjetiva, cabe tener en cuenta que viene dada por las creencias sobre aquello de lo que son partícipes los referentes sociales o grupo de iguales así como la percepción que la persona tiene sobre si dichos referentes desean o no que él actúe en consecuencia. El proceso de formación de dichas creencias dependerá en cierta medida de cada individuo y el objeto de actitud que estemos tratando. De esta forma, las creencias sobre lo que piensan los otros influirán en la intención de realizar o no una conducta en función del grado de motivación que tenga la persona para agradar y complacer a los demás (Fishbein y Ajzen, 1975).

La percepción de control se basa en la percepción que la persona tiene sobre su capacidad (conocimientos y habilidades) para llevar a cabo

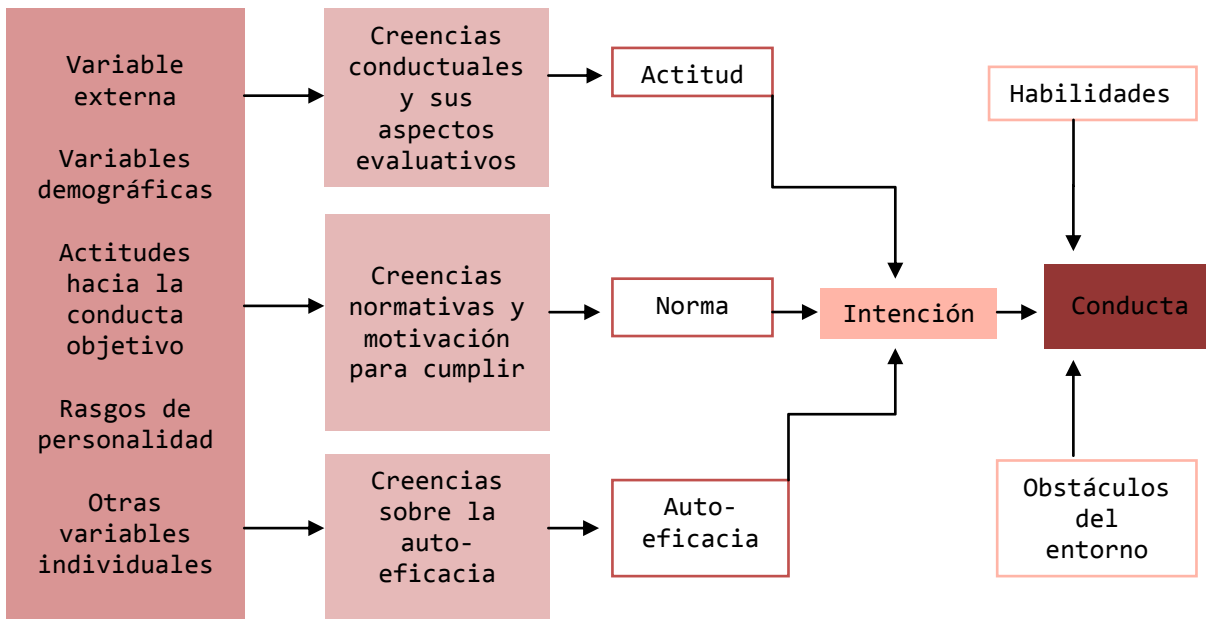


una conducta y sobre la posible interferencia de variables externas que pueda facilitar u obstaculizar la acción. La formación de dicha percepción de control puede verse condicionada por la experiencia personal previa, el aprendizaje por observación de otros referentes sociales significativos para la persona o la información procedente de otros medios (Ajzen, 1988).

Según Fishbein (2000), la definición de una conducta dada como puede ser “usar el preservativo”, incluye los elementos de “acción” (usarlo), “objetivo” (preservativo), “contexto” (sexo anal con pareja estable) y “el período de tiempo” (siempre). De este modo se puede observar cómo el cambio en cualquiera de estos elementos específicos de la conducta general descrita (“usar preservativo durante el sexo anal con mi pareja estable siempre”) influye sustancialmente en la conducta, cambiándola por completo. De tal forma que, no será lo mismo “uso preservativo durante el sexo anal con mi pareja estable” que “uso preservativo durante el sexo anal con mis parejas ocasionales”. Por tanto, las intervenciones efectivas son aquellas que se centran en conductas específicas y no en comportamiento generales.

Fishbein elaboró un modelo teórico donde se integran distintas teorías de la modificación de conducta y predicción de la misma de otros conocidos autores como Azjen, Bandura, Rosenstock y Becker, y especialmente relacionado con los postulados de la TAP. En él se expone que cualquier conducta tiene mayor probabilidad de darse si se tiene una fuerte intención de realizarla, si se poseen la capacidad y habilidades necesarias para llevarla a la práctica, y si no existen obstáculos en el entorno que dificulten la puesta en marcha de dicha conducta (Fishbein, 2000).

Figura 13. Modelo integrativo de Fishbein.



Fuente: Fishbein (2000).

En base a este principio teórico cabe tener en cuenta que las intervenciones a aplicar variarán sus objetivos, contenidos y metodología en función de si el sujeto posee o no intenciones formadas sobre la realización de la conducta, de si el sujeto posee habilidades desarrolladas y competencias necesarias para llevarla a cabo, y de si en el entorno existen o no obstáculos para la realización de dicha conducta. Respecto a las intenciones formadas, es importante destacar que si el sujeto no posee dichas intenciones, el presente modelo sugiere trabajar sobre los tres determinantes primarios de la intención: la actitud hacia la realización de la conducta en cuestión (si el sujeto se muestra favorable o no a la realización de la misma), la norma percibida respecto a la conducta a realizar (percepción sobre los que los demás opinan que uno mismo debe hacer, y percepción sobre los que uno cree que hacen los demás), y la auto-eficacia en relación a la conducta en cuestión (la creencia de uno mismo sobre a si puede realizar la conducta incluso bajo las circunstancias que puedan estar mediando) (Espada y Quiles, 2002).

Partiendo de estas consideraciones, antes de desarrollar cualquier intervención para modificar la conducta es necesario determinar el grado en el que la intención está condicionada por las actitudes, la norma

percibida y la auto-eficacia en la población con la que se pretende trabajar (Giménez, 2008).

Así se puede ver reflejado en el estudio de Cha, Doswell, Kim, Charron-Prochownik y Patrick (2007) donde evaluaron la TAP para intentar explicar la intención de mantener relaciones prematrimoniales en una muestra de estudiantes coreanos. Finalmente concluyeron que la actitud favorable al sexo prematrimonial, la autoeficacia para la abstinencia y las normas del grupo de iguales eran predictores significativos de la intención de mantener relaciones sexuales antes del matrimonio.

Asimismo el presente modelo también contempla la relevancia de las variables personales y demográficas de cada sujeto a la hora de trabajar en la modificación de sus conductas. Cada persona está sujeta a variables culturales y personales que mediarán de forma evidente en la realización de sus conductas (Fishbein, 2000).

Concluyendo, la elaboración de cualquier intervención preventiva frente al riesgo de exponerse al VIH debe orientarse al estudio de las conductas de riesgo adoptadas por los jóvenes y en el fomento de otras conductas saludables como es el uso del preservativo. Para ello habrá que intervenir sobre las conductas específicas que conforman la conducta general “mantener sexo seguro”, mediante el trabajo sobre las intenciones del sujeto, sus habilidades y competencias para llevar a cabo dichos comportamientos, y sobre las posibles barreras que éste encuentre en su entorno para llevar a cabo las conductas en cuestión.

Estos marcos teóricos aportan una perspectiva integradora de los procesos cognitivos individuales y sociales como elementos activos en la modificación de la conducta. Desde la TAP se ensalza la relevancia de considerar las diferencias individuales y socio-culturales de cada individuo de cara a la creación e implementación de programas, proponiendo como principal estrategia de intervención la modificación de las creencias del individuo.

## 2.6. MODELO TRANSTEÓRICO DEL CAMBIO

El modelo transteórico del cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) ha sido aplicado en diversas áreas de intervención clínica como el consumo de drogas, tabaquismo, práctica de ejercicio físico o conductas sexuales seguras (McWhirter, Florenzano y Soublette, 2002; Prochaska et al., 1994). Este modelo emplea las etapas de cambio para integrar procesos y principios descritos en distintas teorías, de ahí su carácter “transteórico”.

Según Prochaska (2002) uno de sus principales valedores, intenta integrar de forma sistemática aportaciones de diferentes teorías de la psicoterapia.

El modelo se basa en la asunción de que el cambio de la conducta es una serie de procesos y que las personas están a diferentes niveles de motivación o disponibilidad para cambiar la conducta. Por eso, los métodos a emplear para lograr un determinado cambio de conducta no pueden ser genéricos o universales.

Se distinguen cinco etapas o niveles en el modelo transteórico del cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) :

- Etapa de precontemplación: donde no existe interés ni intención alguna de modificar la conducta en un futuro cercano (seis meses aproximadamente). Incluso puede ocurrir que la persona no sea consciente ni visualice la existencia del problema o conducta no saludable. E.g., la persona que nunca emplea preservativo en sus relaciones sexuales y no tiene ninguna intención de hacerlo en un futuro próximo se encontraría en esta etapa.
- Etapa de contemplación: la persona es consciente de que existe un problema o conducta no deseable, por tanto piensa en cambiar la conducta en algún momento, aunque todavía no se compromete a actuar. En esta etapa juegan un papel decisivo la balanza de coste-beneficio a corto y largo plazo sobre la conducta a modificar y la conducta saludable a realizar. Por ejemplo, en esta etapa se encontrarían aquellas personas que no

utilizan el preservativo de forma regular, pero consideran la necesidad de hacerlo en un futuro próximo.

- Etapa de preparación: se tiene tomada la decisión de modificar la conducta y se genera un proceso de mentalización para hacerlo aunque se carece todavía de la confianza necesaria para comenzar dicho proceso de cambio. E.g., pareja que no usa siempre el preservativo en sus relaciones sexuales y pretende comenzar a utilizarlo de forma permanente el próximo mes.
- Etapa de acción: se realizan modificaciones en el estilo de vida y conducta, aunque todavía falta consolidar el cambio para que se mantenga en el tiempo. E.g., la pareja usa siempre el preservativo en sus relaciones sexuales, y lo lleva haciendo desde hace menos de seis meses.
- Etapa de mantenimiento: se mantiene la conducta a lo largo del tiempo. Se trata de un proceso dinámico donde todavía se pueden producir cambios. E.g., la pareja emplea el preservativo siempre de forma sistemática desde hace más de seis meses.

Según este modelo cualquier persona se mueve entre las distintas etapas hasta llegar a modificar su conducta, por ello es clave identificar el nivel en el que se encuentra un individuo o grupo con el que se pretende trabajar en prevención. La evolución del sujeto a través de las etapas de cambio no es lineal, sino que habrá sujetos que retornen a etapas iniciales (Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994). Los autores contemplan las recaídas como una parte más del proceso de cambio y no como un fracaso.

Por otra parte, el modelo transteórico del cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) afirma que la dirección no es siempre en el mismo sentido, de modo que una persona puede incluso retornar a una etapa previa por la que ya había pasado. En él se propone una serie de procesos mediante los cuales el individuo evoluciona a lo largo de las diferentes etapas del cambio.

Tabla 6. Etapas de cambio y procesos cognitivos y conductuales.

Etapas	Procesos	Determinantes
Precontemplación	Aumentar concienciación	Conciencia
	Ayudas dramatizadas	Actitudes
	Reevaluación del ambiente	Severidad/ vulnerabilidad
Contemplación	Autoevaluación	
Preparación	Autoliberación	
Acción	Gestión del refuerzo	Autocontrol (autoeficacia)
	Relaciones que ayuden	Normas subjetivas
	Contracondicionamiento	Influencia social
	Control de estímulos	
Mantenimiento	Liberación social	

Fuente: Prochaska (2002).

Según Prochaska (2002), los procesos implicados en este modelo presentan las siguientes características:

El proceso de aumentar la conciencia pretende aumentar la comprensión sobre las causas, consecuencias y remedios para una determinada conducta problemática.

Las intervenciones centradas en este aspecto hacen uso de estrategias como el feedback, confrontación, biblioterapia y campañas publicitarias. Las ayudas dramatizadas son técnicas que pueden mover emocionalmente a las personas. Por ejemplo, el psicodrama, el juego de roles, los testimonios personales, etc.

Por su parte, la autoevaluación combina tanto evaluaciones cognitivas como afectivas de la autoimagen con y sin un hábito saludable específico. La clarificación de valores y los modelos de conducta saludable son técnicas que ayudan a la persona a evaluarse.

La reevaluación del ambiente incluye tanto evaluación cognitiva como afectiva en cuanto a cómo la presencia o ausencia de una conducta afecta al medio social que en que la persona se desenvuelve. Puede incluirse aquí técnicas de trabajo como el entrenamiento de la empatía, concienciación de que se puede servir como modelo de conducta a otras personas, documentales e intervenciones familiares.

La autoliberación incluye la creencia en que se es capaz de cambiar y el compromiso de que se va a actuar. Los buenos propósitos de inicio del año, los testimonios públicos, etc. pueden reforzar la decisión de modificar la conducta.

Las relaciones que ayudan combinan cariño, confianza y aceptación con apoyo para la conducta saludable. Es por ello que se trabaja la alianza terapéutica, los sistemas de redes sociales de la persona y relaciones familiares como fuente de apoyo social.

El contracondicionamiento requiere aprendizaje de conductas saludables que pueden sustituir a la conducta problemática. Así pues, destacan técnicas como la relajación, la autoafirmación, la desensibilización o el uso de sustitutivos.

La gestión de situaciones proporciona orientaciones para tomar acciones en una dirección concreta. Para que tenga lugar dicho cambio de dirección hacia una conducta saludable, el uso de premios y reforzados suelen desempeñar un papel importante.

El control de estímulos consiste en evitar estímulos para la conducta no deseable y añadir estímulos para la conducta saludable.

La liberación social requiere el aumento de oportunidades y alternativas sociales. Se trata de trabajar sobre la defensa de los derechos, los procedimientos de empoderamiento y las políticas adecuadas que pueden proporcionar oportunidades crecientes para la promoción de la salud especialmente en personas desfavorecidas.

Desde este enfoque teórico se concibe el cambio como un proceso gradual y no como una acción puntual, razón por la que desde este marco se critica otros modelos de salud donde se pretende que la persona cambie de una conducta no saludable (e.g., no uso del preservativo”) a otra conducta saludable (e.g., “uso del preservativo”) si pasar por una serie de etapas hacia ese cambio.

Además de los procesos de cambio expuestos, intervienen otros dos componentes: el balance decisional y la autoeficacia. Se entiende por

balance decisional la valoración que la persona hace de las ventajas frente a las desventajas de adoptar la conducta saludable (e.g., usar el preservativo). Este aspecto es compartido con el Modelo de Creencias de Salud donde también se enfatiza el papel de la evaluación de los costes y beneficios. Desde la presente teoría, el sujeto que se encuentra en las primeras etapas del cambio de precontemplación o contemplación valoran más los costes o desventajas de las conducta saludable a adoptar (e.g., valoran más los contras del usar el preservativo) (Cabrera, 2000).

Por su parte, el constructo de autoeficacia propuesto por Bandura (1982), es definido como la convicción de que uno es capaz de ejecutar exitosamente la conducta requerida para producir los resultados deseados. Dicha autoeficacia percibida ha demostrado influir sobre las decisiones del individuo para cambiar su conducta y en el mantenimiento a largo plazo de la misma.

Esta correspondencia entre etapas y procesos de cambio ha sido objeto de diversos estudios que han pretendido establecer con alguna precisión cuáles son los procesos propuestos por este modelo que deben privilegiarse para favorecer el cambio, en función de la etapa en la que se ubique a los sujetos, especialmente para la conducta de fumar (DiClemente et al., 1991; Herzog, Abrams, Emmons, Linnan y Shadel, 1999; Perz, DiClemente y Carbonari, 1996; Segan, Borland y Greenwood, 2004), y para otras conductas no saludables (Armitage, Sheeran, Conner y Arden, 2004).

## **2.7. MODELO DE INFORMACIÓN, MOTIVACIÓN Y HABILIDADES CONDUCTUALES**

El Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB) fue desarrollado por Fisher y Fisher en 1992. Se caracteriza porque conceptualiza los determinantes psicológicos del comportamiento preventivo frente al VIH/sida y proporciona un marco teórico para entender y promocionar la prevención en diferentes poblaciones (Fisher y Fisher, 1992).

Si se evalúan las ventajas ofrecidas por este modelo frente al número relevante de marcos teóricos anteriores aplicados a la modificación de conductas de salud, y algunos de ellos orientados a la prevención del VIH,



como los expuestos a lo largo de este capítulo, cabe destacar que hasta el momento muchas de las intervenciones preventivas llevadas a cabo en este campo han sido basadas más bien en suposiciones no conceptualizadas y por tanto han fracasado a la hora de beneficiarse de la literatura teórico-científica que está disponible para guiar este tipo de intervenciones (Fisher y Fisher, 1992; 2000).

Además, el presente modelo trata de solventar el hecho de que muchas intervenciones preventivas centran sus esfuerzos en la modificación de patrones generales de comportamiento (e.g., promover la práctica de “sexo seguro”), en lugar de trabajar las opiniones y habilidades individuales orientados a la práctica de conductas específicas de prevención. Son varias las publicaciones científicas que recomiendan centrar las intervenciones en la modificación de conductas específicas y no generales (Fishbein y Ajzen, 1975; Fisher y Fisher, 2000).

Por otra parte, este modelo pretende mejorar el trato que generalmente se le da al componente de información sobre prevención del VIH en las intervenciones, dicha información suele ser poco relevante a la hora de prevenir conductas de riesgo específicas, difícil de comprender y a veces incluso se tiende a infundir el miedo a través de ésta. Así mismo, se persigue potenciar el fomento de la motivación para modificar las conductas de riesgo en los individuos y proporcionarles al mismo tiempo un entrenamiento conductual que les permita adquirir las conductas preventivas adecuadas.

El IMB ha sido empleado en diferentes campos de actuación como base para la comprensión y promoción del comportamiento contraceptivo de los adolescentes, reducción de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), reducción del riesgo frente al VIH, la promoción de la salud reproductiva y la adherencia al tratamiento del VIH/sida (Fisher y Fisher, 2000).

Los autores del modelo se han centrado en el campo de las habilidades de información, motivación y habilidades conductuales que tradicionalmente y empíricamente han sido asociadas con la prevención del VIH pero que a menudo se han trabajado de forma aislada (Fisher y Fisher, 2000).

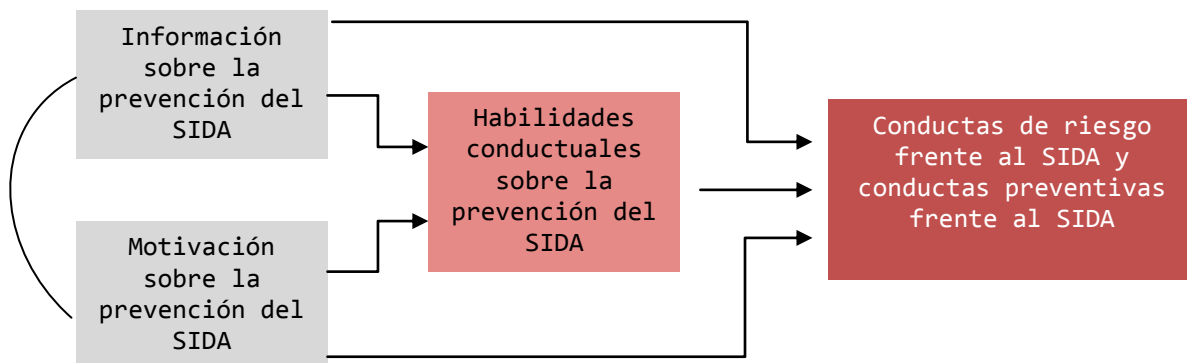
El modelo IMB defiende que la información sobre la prevención del sida, la motivación sobre la prevención del sida, y las habilidades conductuales sobre prevención del sida, constituyen los determinantes fundamentales del comportamiento preventivo del sida:

- La **información** relacionada directamente con la práctica de conductas preventivas frente al VIH, es un pre-requisito esencial para la conducta preventiva.
- La **motivación** para poner en práctica conductas preventivas, basada en actitudes hacia los actos preventivos, normas sociales referentes a la prevención, y la percepción de vulnerabilidad a ser infectado por el VIH, es el segundo determinante básico del comportamiento preventivo según este modelo.
- Las **habilidades conductuales** para poner en práctica las conductas preventivas, incluyendo tanto las habilidades objetivas que posee el individuo respecto a la conducta preventiva, como la percepción de auto-eficacia para realizar dichas conductas, constituyen el tercer determinante de la conducta preventiva.

Según el modelo IMB, en la medida en que el sujeto sea informado, motivado y entrenado en habilidades conductuales, se espera que se involucre notablemente en comportamientos preventivos frente al VIH/sida.

En este modelo se contempla el hecho de que tanto el componente de la información como el de la motivación trabajen a través del componente de habilidades conductuales para influir finalmente sobre el comportamiento preventivo frente al VIH/sida (Fisher, Williams, Fisher y Malloy, 1999).

*Figura 14. El modelo de la información-motivación-habilidades conductuales de las conductas de riesgo y conductas preventivas frente al sida.*



Fuente: Fisher y Fisher (1992).

El modelo IMB defiende que los componentes de “información” y “motivación” son constructos independientes entre sí, de modo que sujetos adecuadamente informados no tienen porqué estar motivados para poner en práctica conductas preventivas frente al VIH/sida. De igual manera que, sujetos altamente motivados no tienen porqué estar adecuadamente informados para practicar la prevención. Las hipótesis establecidas por el modelo IMB han sido confirmadas en posteriores estudios con diferentes muestras poblacionales (Fisher, Fisher, Williams y Malloy, 1994).

En base a este modelo teórico, la especificación del contenido de las habilidades de información, motivación y habilidades conductuales más relevante para la práctica de un comportamiento preventivo concreto por parte de la población, y la identificación de los constructos del modelo IMB que más influencia ejerza sobre la práctica del comportamiento preventivo de la población, son cruciales para el adecuado diseño de intervenciones preventivas de carácter empírico eficaces y basadas en la teoría (Fisher y Fisher, 2002).

Tras los reconocimientos y apoyo a la eficacia confirmada del modelo IMB para la prevención del VIH/sida es importante también destacar que con el tiempo dicho modelo ha sido exitosamente extrapolado a otros campos de aplicación en promoción de la salud, como por ejemplo la “auto-evaluación del pecho” para la prevención del cáncer de mama (Bo-Young y Heui-Sug, 2011; Fisher y Fisher, 2000; Misovich, Martínez, Fisher, Bryan y Catapano, 2003); en seguridad vial de motocicletas (Murray, 2000); y en adherencia al tratamiento antirretroviral (Fisher, Fisher y Hamman, 2003). En concreto, en el campo de la prevención del VIH/sida, se han elaborado variaciones del modelo IMB incluyendo otro tipo de variables como la emoción, logrando así un buen ajuste del mismo (e.g., Ferrer, Fisher, Buck y Amico, 2011).

CUADRO RESUMEN 1. Resumen de Los modelos teóricos aplicados a La prevención del VIH/sida.

MODELO	AUTOR	BASE TEÓRICA	VARIABLES/ DETERMINANTES	POSTULADO	APORTACIÓN
Modelo de Creencias de la salud	Rosenstoc, Strecher y Becker, 1980.	Cognitivo-conductual	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Susceptibilidad percibida</li> <li>-Gravedad percibida</li> <li>-Beneficios/Barreras</li> <li>-Señales de atención</li> <li>-Autoeficacia</li> <li>-Grado importancia de la salud</li> </ul>	Los procesos cognitivos constituyen la base del comportamiento La conducta está determinada por las creencias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Óptimos resultados en la modificación de conductas a nivel individual</li> <li>-Ofrece líneas de acción a los programas preventivos.</li> </ul>
Teoría del Aprendizaje social	Bandura, 1982.	Socio-cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores personales (conocimientos, expectativas y actitudes)</li> <li>-Factores ambientales (norma social, influencia de otros...)</li> <li>-Factores conductuales (habilidades, práctica y autoeficacia)</li> </ul>	La conducta humana resulta de la interacción recíproca entre el entorno, variables personales y variables conductuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perspectiva dinámica y recíproca del desarrollo de las conductas.</li> <li>-Tiene en cuenta la influencia del entorno.</li> <li>-La autoeficacia tiene un alto valor predictivo en la adopción de conductas saludables.</li> </ul>
PRECEDE-PROCEDE	Green y Simons-Morton, 1988.	Social comunitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Factores predisponentes</li> <li>-Factores facilitadores</li> <li>-Factores reforzadores</li> </ul>	El diagnóstico educacional debe siempre preceder a la intervención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aplica variables cognitivo-conductuales en un marco sociocomunitario</li> <li>-Relevancia de la educación para la salud basada en actitudes, valores y creencias.</li> </ul>

<p>Modelo de Bayés</p>	<p>Bayés, 1995.</p>	<p>Socio-cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Reactividad emocional</li> <li>-Estilo interactivo</li> <li>-Competencia funcional</li> <li>-Información específica</li> <li>-Aspecto situacional y biológico</li> <li>-Modulación biológica y psicológica</li> <li>-Refuerzos a corto y largo plazo</li> </ul>	<p>La adopción de conductas preventivas a partir de la interacción de variables biopsicosociales en un continuo temporal desde la experiencia previa a la valoración de consecuencias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Perspectiva biopsicosocial</li> <li>-Importancia de los refuerzos a corto y largo plazo en la adopción de conductas de riesgo y de protección</li> <li>-Contempla el continuo temporal (experiencia previa del individuo).</li> </ul>
<p>Teoría de la Acción Planeada</p>	<p>Ajzen, 1991.</p>	<p>Cognitivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Actitud</li> <li>-Norma Subjetiva</li> <li>-Percepción de control</li> </ul>	<p>Conducta resulta de la intención, determinada por actitudes, norma percibida y control percibido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Demostrado el valor predictivo de todas las variables para la adopción de conductas saludables.</li> <li>-Contempla diferencias socio-culturales.</li> </ul>
<p>Modelo Transteórico del Cambio</p>	<p>Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992.</p>	<p>Procesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Estadios del cambio</li> <li>-Procesos de cambio</li> <li>-Balance decisional</li> <li>-Autoeficacia</li> </ul>	<p>Explica la modificación de conducta como un proceso de etapas de cambio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Define conducta preventiva como proceso.</li> <li>-Propone mecanismos de cambio.</li> </ul>
<p>Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales</p>	<p>Fisher y Fisher, 1992.</p>	<p>Cognitivo-conductual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Información</li> <li>-Motivación</li> <li>-Habilidades conductuales</li> </ul>	<p>En la medida en que el sujeto sea informado, motivado y entrenado en habilidades conductuales, mayor adopción de conductas preventivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fácil aplicación en diferentes poblaciones y sobre distintos tipos de conductas de salud.</li> <li>-Trabaja aspectos específicos de la conducta a modificar.</li> </ul>



**CAPÍTULO 3: CONDUCTAS SEXUALES DE  
RIESGO EN LA ADOLESCENCIA EN  
POBLACIÓN ESPAÑOLA**







La adolescencia es una de las etapas evolutivas más estudiadas generando un gran volumen de producción científica incluyendo diferentes planteamientos sobre los cambios físicos, psicológicos y sociales que tienen lugar en este delicado período de desarrollo (Uribe, 2005). En las últimas décadas la investigación sobre la conducta sexual de los adolescentes ha experimentado a nivel nacional un notable impulso a raíz del incremento de los estudios psicosociales sobre el impacto del VIH/sida (Bermúdez y Teva, 2004; Castro, 2005; Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2005).

La adolescencia se ubica entre la pubertad y la etapa adulta, y se caracteriza principalmente por la presencia de cambios físicos, sexuales y emocionales que el adolescente afronta en su camino hacia la búsqueda de su propia identidad (Gutiérrez, 2003; Moscoso-Álvarez, Rosario y Rodríguez, 2001).

Por tanto, la adolescencia comienza con la pubertad, iniciando el proceso que conduce a la madurez sexual. Pero este proceso no sólo implica cambios físicos como la madurez sexual mediante cambios en las proporciones y forma del cuerpo, sino que también supone una revolución a nivel social y emocional. Evidencia que ya algunos autores como Conger y Petersen (1984) sentenciaron al afirmar que esta etapa evolutiva comienza en biología y finaliza en cultura.

El período de la adolescencia se ha prolongado de forma notoria, debido a que actualmente la pubertad comienza antes y el inicio de la edad adulta llega más tarde dados los cambios socioculturales en las últimas décadas (Jiménez, 2003; Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). Esta denominada tendencia secular, iniciada hace un siglo, se debe a una mejora de la calidad de vida que permite mejores cuidados nutricionales y de salud en general para los niños. En cambio, los niños de países no desarrollados, inician su pubertad más tarde (Chumlea, 1982; Eveleth y Tanner, 1976).

Los cambios físicos constituyen el principal rasgo que marca el inicio de esta etapa del desarrollo humano, además de ser los más notorios y conllevar un mayor número de consecuencias a nivel psicológico y cultural. El adolescente se encuentra sumido en un proceso de cambio corporal, al cual debe adaptarse y que le obliga a construir su propia identidad, la cual definirá por completo en su edad adulta.

Es así como el adolescente confirma el final de su infancia mediante evidentes cambios en su cuerpo (repentino crecimiento, comienzo de la menstruación en las niñas, presencia de espermatozoides en los varones, maduración de órganos reproductores y desarrollo de características sexuales secundarias). La edad promedio del inicio de la pubertad en las niñas se sitúa entre los 8-9 años, mientras que para los niños se encuentra entre los 11-12 años (Papalia y Olds, 1997).

Los cambios físicos anteriormente descritos implican numerosas manifestaciones psicológicas ya que el adolescente lucha diariamente entre su deseo de hallar su propia identidad y la necesidad de sentirse iguales que el resto de adolescentes. Es por ello que el alcance de la madurez sexual puede generar importantes signos de angustia y malestar emocional en el adolescente, especialmente si experimenta una madurez temprana o tardía, ya que si este proceso acontece fuera de la edad promedio le hará sentirse diferente a su grupo de iguales (Alsaker y Olweus, 1992; Papalia y Olds, 1997; Siegel, 1982).

Ante tal desafiante período, los aspectos relacionados con la salud en la adolescencia adquieren una relevancia vital, cobrando especial protagonismo los altos índices de enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas y embarazos no deseados (Papalia y Olds, 1997).

En la adolescencia tienen lugar las primeras experiencias sexuales que suponen una interacción con el sexo opuesto o del mismo sexo, exponiéndose así a riesgos relacionados con enfermedades de transmisión sexual, haciendo de éste una importante cuestión de salud digna de abordar (Merchan-Hamann, Ekstrand, Hudes y Hearst, 2002; Strachman, Impett, Henson y Pentz, 2009). Y más teniendo en cuenta que en la mayoría de trabajos incluidos en meta-análisis consultados (Johnson, Carey, Marsh, Levin y Scott-Sheldon, 2003; Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina y Carey, 2011), cerca de la mitad o incluso más de la mitad de las muestras evaluadas informaron ser sexualmente activos. Es decir, ya habían tenido algún contacto sexual incluyendo el coito.

Los adolescentes constituyen un grupo poblacional objeto de numerosas estrategias preventivas puesto que son considerados un grupo de alto riesgo frente a las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH (Cortés, Marleidy, García, Mezquía y Pérez, 2007; Espada, Quiles y Méndez, 2003).

La alta presencia de estos problemas sanitarios durante la adolescencia es explicada por diversos autores como consecuencia de la tendencia de los adolescentes a experimentar nuevas sensaciones, la curiosidad, rasgos clínicos como la ansiedad social, la carencia de habilidades conductuales para afrontar las situaciones de riesgo y la presión social ejercida por el grupo de iguales, entre otros factores determinantes (Goñi, 2000; Horvath y Zuckerman, 1993; Inglés et al., 2007; Moreno, Vacas y Roa, 2000; Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Barberá y Ferrer, 2006.)

Si centramos la atención sobre los determinantes conductuales característicos de la adolescencia en relación a la adopción de conductas de riesgo, es necesario aclarar primero ciertos conceptos. Las conductas de salud son definidas como acciones y hábitos de comportamiento orientados al mantenimiento, recuperación y mejora de la salud; mientras que las conductas no saludables son aquellas caracterizadas por aspectos como la falta de ejercicio físico, dieta no saludable, uso de drogas, práctica de conductas sexuales de riesgo (sexo desprotegido), o la falta de adherencia a tratamientos farmacológicos o terapéuticos en individuos con enfermedades crónicas o agudas (Schwarzer y Luszczynska, 2008).

Como se ha señalado anteriormente, numerosos comportamientos de riesgo para la salud se inician en el período de la adolescencia, como es el caso del uso de sustancias como el tabaco y el alcohol, o el uso inconsistente del preservativo en las relaciones sexuales (Bayés, 1995; Páez et al., 1994).

Las conductas de riesgo son definidas como toda acción conductual que conlleva consecuencias negativas para el sujeto que las realiza en un contexto determinado, como su salud biológica y psíquica (Instituto Nacional de Salud, 2000). Partiendo de que los adolescentes constituyen un grupo poblacional particularmente vulnerable frente a la transmisión del VIH/sida, se observa a lo largo de la literatura científica que algunas de las principales variables conductuales de riesgo, estudiadas en relación a la transmisión del VIH/sida, han sido el uso inconsistente del preservativo en las relaciones sexuales (Bayés, 1995; Lameiras et al., 2010; Lameiras, Núñez, Carrera y Rodríguez, 2007; Failde, Lameiras y Bimbela, 2008; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009a), el número de parejas sexuales (Cortés et al., 2007; Crosby, Holtgrave, DiClemente, Wingood y Gayle, 2003; Kotchick, Shaffer, Forehand y Miller, 2001; ONUSIDA, 2008),

la edad de inicio de la actividad sexual (Bermúdez, , Castro, Madrid y Buela-Casal, 2010; Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid, 2011; Cortés, García, Monterrey, Fuentes y Pérez, 2000; Rosenthal et al., 2001) y el consumo de drogas (Castilla, Barrio, Fuede y Belza, 2000; Castro et al., 2011; Cortés et al., 2007; Merchan-Hamann et al., 2002).

### **3.1. EDAD DE INICIACIÓN EN LAS RELACIONES SEXUALES Y NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES**

Tal y como señalan los datos del Instituto de la Juventud (INJUVE, 2002), en general las conductas sexuales de los adolescentes se caracterizan actualmente por su precocidad, ya que comienzan a tener sus primeras relaciones sexuales a edades más tempranas en comparación con generaciones anteriores. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2004), hace una década en España los chicos experimentan sus primeras relaciones sexuales con penetración en torno a los 17.5 años, y las chicas a los 18.2, siendo la diferencias de edad entre ambos sexos menores en el grupo de los más jóvenes. Edad media de debut sexual que ha continuado descendiendo en los últimos años (Bermúdez et al., 2010).

La literatura expone que el inicio de las relaciones sexuales puede ser temprano o tardío. Las relaciones tempranas se dan entre los 13 y 16 años donde prima la amistad y cierto grado de intimidad sexual, en cambio las relaciones sexuales tardías que se dan entre los 17 y 25 años de edad se caracterizan por ser relaciones más íntimas y a largo plazo bajo un criterio de selección de la pareja con el que establecer vínculo afectivo y sexual (Bermúdez y Teva, 2003; Theron et al., 1998). Cuanto más se retrase el debut sexual, el adolescente contará con mejores habilidades sociales, mayor autoeficacia y capacidad para el proceso de toma de decisiones que le permita llevar a cabo menos conductas sexuales de riesgo (Castro et al., 2011).

Como se puede observar en diversas publicaciones (López, Carcedo y Fernández-Rouco, 2011; Rodríguez y Traverso, 2012; Ruiz, Cabré y Castro, 2005; Teva et al., 2009a; Teva et al., 2009b), la edad de inicio de la vida sexual difiere según el sexo, de forma que la edad de inicio en las relaciones sexuales para los hombres es más temprana que en el caso de las

mujeres. Como promedio, en investigaciones realizadas en la última década, el primer contacto sexual solía darse en torno a los 16 años (Bimbela y Cruz, 1997; Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; INJUVE, 2002). Aunque las chicas alcanzan antes la madurez sexual, suelen ser los chicos quienes se inician primero (Lameiras, Rodríguez y Calado, 2004). Weinberg, Lottes y Aveline (1998) encontraron también con anterioridad promedios muy similares en mujeres y varones europeos, siendo en las primeras la edad media de 17.3 años y 17.7 en los varones. De igual modo, Puerto (1989), a partir de un estudio realizado con una muestra de 599 mujeres, encontró que la edad más frecuente de inicio de las relaciones sexuales fue entre los 16-17 años (36%) y entre los 18-19 años (30%).

Investigaciones más recientes vienen a confirmar dichos datos e incluso a poner de manifiesto cómo la edad de inicio en la actividad sexual desciende progresivamente a lo largo de los años. En la última década se ha duplicado el número de adolescentes de entre 15 y 17 años con experiencias sexuales (INJUVE, 2005).

En una muestra de estudiantes universitarios de Alicante, la edad promedio en la iniciación sexual fue fijada en 17.8 años. Un 80.5 % había mantenido relaciones sexuales con penetración con una media de 2.6 (DE = 2.47) parejas sexuales a lo largo de su vida, existiendo diferencias significativas según el sexo: 3.76 parejas los varones y 2.25 parejas las mujeres (Luengo-Arjona, Orts-Cortés, Caparrós y Arroyo, 2007). También Teva et al. (2009a) analizaron el comportamiento sexual de 1,279 adolescentes españoles con una edad media de 16.3 años que ya habían mantenido relaciones sexuales alguna vez, encontrando que la edad media de su debut sexual es de 14.8 en el caso de los hombres y 15.0 en el caso de las mujeres. Además, estos investigadores confirmaron que en los últimos 12 meses, los chicos habían tenido una media de 2.1 parejas sexuales mientras que las mujeres habían tenido una media de 1.5 parejas sexuales, hallando diferencias significativas. En un estudio posterior, volvieron a evaluar la edad de inicio en las relaciones sexuales y encontraron que para la muestra de adolescentes españoles (n = 632) la edad media de inicio se situaba en los 15.09 años. Un año más tarde, Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal (2010) analizaron el comportamiento sexual de adolescentes autóctonos y latinos en España, volviendo a establecer la edad de debut sexual en torno a los 15 años para ambos.

Estas edades tempranas de inicio en la actividad sexual son muy similares e incluso algo inferiores a las registradas en otros estudios españoles unos pocos años antes, donde Hidalgo, Garrido y Hernández (2000) señalaron la edad de 15.4 años para los varones y 16.1 para las mujeres; mientras que Moreno et al. (2005) situaron la edad media de debut sexual en 15.3 para los varones y en 15.5 para las mujeres. Rodríguez y Traverso (2012) establecen la edad de inicio en las relaciones sexuales con penetración en 14 años para los chicos y 14.4 años para las chicas en una muestra de 388 adolescentes andaluces.

Resultados que siguen la misma tendencia que los obtenidos con muestras de otros países donde se registraron edades medias como 15.9 años en México (Caballero y Villaseñor, 2001); 16 años en Italia (Trani, Gnisci, Nobile y Angelillo, 2005); 16 años en Texas, EEUU (Wiemann et al., 2009); 16.32 años en Indiana y Kansas (EEUU) (Strachman et al., 2009); 17.5 en Brasil (Mott et al., 2006).

Todos estos datos confirman que la edad de debut sexual sigue descendiendo progresivamente con el paso del tiempo. Y la literatura científica estudia la asociación entre la edad y la adopción de conductas de riesgo, concluyendo en ocasiones que cuanto menor edad se tiene, mayor predisposición existe para adoptar conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2012).

Se observa el mismo patrón en cuanto al número de parejas sexuales ya que los hombres suelen tener muchas más parejas sexuales que las mujeres, las cuales suelen tener menor número de parejas sexuales y además de carácter estable (Bermúdez y Teva, 2003; Rodríguez y Traverso (2012); Crosby et al., 2003). Failde et al. (2008) describieron los comportamientos sexuales de una amplia muestra de adolescentes españoles ( $M = 2.17$ ) de entre los 14 y 24 años, encontrando que las chicas manifestaron haber tenido menor número de parejas sexuales que los chicos encuestados.

Por tanto, existen estudios donde se hallan relaciones significativas entre el inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas y la adopción de conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH (Babikian, Freier y Hopkins, 2004; Castro et al., 2011; Rosenthal et al., 2001; Schofield et al., 2008). Otros estudios consideran que el número de parejas sexuales debe ser considerado como una conducta de riesgo frente al VIH (Cortés et al., 2000; Mitchell y Kaufman, 2002).

En un estudio realizado por Ma et al. (2009) con jóvenes estudiantes chinos entre 17 y 25 años de edad, los jóvenes de la muestra que confirmaron ser sexualmente activos, fueron distribuidos en tres categorías distintas según la edad de su iniciación en el sexo. De este modo, se observa que un 6% de los participantes se iniciaron sexualmente antes de la educación secundaria, un 36.9% tuvo su primer relación sexual en el instituto, y un 57% tuvo su debut sexual en la universidad. En este estudio se observa, respecto a la primera relación sexual, que hay un mayor porcentaje de sujetos que se iniciaron junto a una pareja casual en el grupo de los estudiantes que se iniciaron pronto en el sexo en comparación al grupo de estudiantes que tuvieron un debut sexual tardío. De igual modo, se halla un mayor uso del preservativo en la primera relación sexual entre aquellos estudiantes que se iniciaron sexualmente durante sus estudios universitarios que en aquellos que lo hicieron antes o durante el instituto. Dicha tendencia que confirma un mayor porcentaje de conductas sexuales de riesgo entre aquellos estudiantes que se iniciaron a una edad temprana en el sexo, se ve confirmada al analizar la actividad sexual reciente de los participantes. De manera que aquellos que se iniciaron temprano sexualmente hablando, han mantenido relaciones sexuales con parejas casuales (26.1%) en mayor porcentaje que aquellos que se iniciaron sexualmente durante los años de estudios universitarios (8.4%). Además, han empleado el preservativo de forma consistente (32.2%) en menor porcentaje que los estudiantes que informaron de un debut sexual tardío (46.7%).

Existe una relación positiva entre el riesgo de adquirir el VIH y el número de compañeros sexuales. Sin embargo, limitar el número de parejas sexuales o tener solamente una, no garantiza estar protegido frente al VIH, a menos que al inicio de la relación ambos sean seronegativos y se mantengan fieles a su pareja. Deben darse las dos condiciones para garantizar que en una pareja estable no exista posibilidad de contraer el VIH u otras ETS. La monogamia serial, o el mantenimiento de varias relaciones estables y fieles sucesivamente, no suponen ninguna garantía de protección frente al sida (Bayés, 1995; Santrock, 2003). Es un hecho que los adolescentes cambian de compañero sexual con mayor frecuencia que los adultos (Founilloux, 1999). La relevancia de este dato radica en que a mayor número de parejas, aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Se da la circunstancia de que los



jóvenes con más parejas y mayor número de contactos sexuales son quienes emplean menos el preservativo. En nuestro país, los adolescentes entre 15 y 17 años sexualmente activos han tenido entre uno y dos compañeros sexuales como promedio (INJUVE, 2000). Existe diferencia de género en cuanto a la promiscuidad sexual, los chicos suelen tener mayor variedad de parejas que las chicas, llegando en ocasiones a ser el doble (Cerwonka et al., 2000). Circunstancia que se suma a que, como ya se ha expuesto anteriormente, la edad de inicio en las relaciones sexuales coitales es cada vez más temprana, constituyendo un factor cuya relación con la emisión de conductas de riesgo frente al VIH ha quedado constatada en diferentes estudios (Castro et al., 2011; Rosenthal et al., 2001; Schofield, Bierman, Heinrichs y Nix, 2008).

### 3.2. ORIENTACIÓN SEXUAL

En España, durante el inicio de la expansión de la epidemia del VIH/sida, todos los estudios e intervenciones se centraron en la vía de transmisión parenteral que constituía en aquellos momentos la principal vía de transmisión del VIH/sida. Sin embargo, a partir de los años 90, el patrón epidemiológico sufrió un notable cambio, puesto que dejó de predominar la vía parenteral dando lugar a un mayor protagonismo a la vía sexual. Por tanto, en las últimas dos décadas, las relaciones heterosexuales y homosexuales de riesgo han constituido el centro de atención para la actuación preventiva.

A pesar de que en los últimos años las relaciones heterosexuales de riesgo han experimentado un llamativo crecimiento como vía de transmisión causante de los nuevos diagnósticos de VIH, la población homosexual es todavía considerada como una población diana de alto riesgo para la transmisión y adquisición del VIH. En EEUU los hombres homosexuales y bisexuales son más severamente afectados por el VIH que cualquier otro grupo poblacional. Solamente entre 2006 y 2009, el número de infecciones por VIH entre jóvenes negros homosexuales y bisexuales se incrementaron un 48% (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Según los datos epidemiológicos recogidos en los últimos años por el Centro Nacional de Epidemiología (2011), es notable la vulnerabilidad del



colectivo homosexual frente al VIH. Del total de nuevos diagnósticos del VIH registrados en 2009, el 42.5% se produjeron mediante la vía sexual de transmisión, y en concreto en hombres que mantienen sexo con hombres (HSH). Además, la tendencia de los datos sobre nuevos diagnósticos en este colectivo es ascendente, en 2004 se diagnosticaron 446 infecciones en HSH, y en 2009 la cifra se incrementó hasta 554 casos.

De esta tasa de nuevos casos diagnosticados, se observa que el 68.3% de los HSH eran españoles mientras que el resto eran originarios de otros países: Latinoamérica (24.0%) y Europa Occidental (4.8%). Respecto a estos nuevos diagnósticos registrados en HSH, hay que tener en cuenta que un 12.4% eran jóvenes entre los 15 y 24 años.

Al margen de las tasas de prevalencia que evidencian al colectivo homosexual como un subgrupo poblacional de riesgo ante el VIH, cabe tener en cuenta que las personas homosexuales no siempre desarrollan un proceso de asimilación adecuado sobre su orientación sexual, y en ocasiones esto se traduce en la adopción de conductas sexuales de riesgo como vía de escape ante la supervivencia en una sociedad que está inmersa en un contexto normativo heterosexual (Giménez, 2008; Ross, 1990; Savin-Williams y Lenhart, 1990).

De modo que, algunos autores estiman oportuno evaluar la asociación de la orientación sexual y la vulnerabilidad frente al VIH, como resultado de la adopción de un comportamiento sexual irresponsable debido a las dificultades de afrontamiento social. De igual modo, se sugiere la relevancia que un bajo estado de ánimo y el estrés sufrido ante el rechazo de los demás (homofobia) pueden estar teniendo a la hora de debilitar su sistema inmune y exponerlos en mayor medida a la adquisición del virus (Savin-Williams y Lenhart, 1990).

Además, como resultado de las trabas sociales y el poco ajuste de los programas preventivos dirigidos tanto a población heterosexual como homosexual, el colectivo homosexual se enfrenta a situaciones de desigualdad que les limitan el acceso a la información y medios de protección adaptados a sus necesidades como medida de protección (Giménez, 2008).

Por tanto, queda patente la necesidad de adoptar medidas específicas en el diseño de intervenciones preventivas, teniendo en cuenta las altas tasas de prevalencia que todavía persisten en este colectivo.

### 3.3. TIPOS DE PRÁCTICAS SEXUALES

Un gran número de adolescentes mantienen relaciones monógamas de corta duración y con parejas seriadas, por lo que es necesario tener en cuenta que están asumiendo un alto riesgo en lo que ellos consideran “relaciones sentimentales estables”, mientras que en las relaciones ocasionales adoptan mayor número de medidas preventivas frente a las ETS y VIH.

Según datos recogidos con muestras españolas en la última década, cabe destacar el estudio de Lameiras, Rodríguez, Otero y Lorenzo (2004) sobre una muestra de 1,343 estudiantes con una edad media de 17.3 años. El 68.1% declaró ser “sexualmente no activo”, mientras que el 31.9% declaró ser “sexualmente activo”, en este último grupo que sí había practicado o practica sexo un 36.6% eran chicos y un 27% eran chicas, siendo por tanto los chicos sexualmente más activos que las chicas. También destaca el estudio realizado por Faílde et al. (2008), donde el 66.3% de los 2,171 adolescentes encuestados afirmó haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, destacando diferencias en función del género en prácticas como el sexo anal, puesto que los chicos refirieron haberlo practicado en mayor proporción. También se encuentran diferencias en función del género en cuanto a la frecuencia de coitos vaginales, reportando una mayor frecuencia de esta práctica las chicas.

Compartiendo el objetivo de describir el comportamiento sexual de una muestra de adolescentes españoles, Faílde et al. (2008) encuestaron a 2,171 chicos y chicas españoles, observando que en los seis meses anteriores a la recogida de datos un 77.8% de chicos y un 77.6% de chicas habían practicado el coito vaginal alguna vez o más, un 39.4% de chicos y un 41.9% de chicas habían practicado el coito anal alguna vez o más, y un 53.5% de chicos y un 51.7% de chicas había mantenido sexo oral alguna vez o más.

Por otra parte, Teva, Bermúdez y Buela-Casal (2009b), registraron que el 83.4% de chicas y el 68.7% de chicos mantenían regularmente relaciones sexuales con penetración una o más veces al mes. Así mismo, se observó cómo el porcentaje de chicos que practican sexo anal es siempre mayor que el porcentaje de chicas al comparar los datos obtenidos en relación a dicha práctica en tres grupos de edad (13-14, 15-16, y 17-18 años), siendo el último grupo de edad el que más practica el sexo anal (28.8% de los

chicos y 17.6% de las chicas). Además, se volvieron a encontrar diferencias significativas en función del género al analizar la práctica de sexo oral, puesto que el 52.1% de chicos afirmaron practicarlo mientras solo un 46.0% de chicas lo hacen una o más veces al mes.

Al comparar los datos obtenidos en España respecto a las prácticas sexuales en muestras adolescentes con datos extranjeros, se observan resultados como los obtenidos por ejemplo en Escocia, donde una muestra de 7,616 adolescentes de Educación Secundaria con una edad media de 14 años, fueron encuestados sobre su comportamiento sexual. En cuanto a su debut sexual, el 18% de los chicos y el 15% de las chicas ya habían experimentado su primera relación sexual con penetración. Sobre el tipo de prácticas sexuales, los datos más relevantes muestran que los chicos presentaron una mayor práctica del petting y el sexo oral que las chicas (Henderson et al., 2002).

Por lo general, según la literatura científica, las prácticas sexuales registradas en población adolescente en todo el mundo se distribuyen del siguiente modo:

**Masturbación:** tanto la autoestimulación, como la masturbación de la pareja son prácticas muy extendidas entre los adolescentes. Entre jóvenes estudiantes se han observado tasas que llegan al 95%, y cerca de la mitad se masturban con una frecuencia de una o más veces por semana. Dos tercios de los varones la practican frecuentemente, frente a tan sólo un tercio de las mujeres (McCabe y Cummins, 1998; Weinberg et al., 1998).

**Sexo oral:** los estudios con adolescentes indican que más de la mitad de los sujetos han tenido alguna práctica de sexo oral, llegando al 76% en los varones y al 66% en las mujeres (Murphy et al., 1998). Otras investigaciones, sin embargo, muestran que las chicas practican el sexo oral con más frecuencia que los chicos (McCabe y Cummins, 1998).

**Coito vaginal:** entre el 68% y el 83% de los jóvenes manifiestan haber mantenido relaciones sexuales con penetración vaginal (McCabe y Cummins, 1998). Otros estudios indican que entre chicas y chicos sexualmente activos, el 100% ha tenido alguna relación con penetración vaginal (Murphy y Boggess, 1998).

**Coito anal:** esta práctica, una de las que conlleva mayor riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), tiene una frecuencia diferente en función de los estudios. Murphy y Boggess (1998) encontraron que el 11% de los adolescentes iniciados sexualmente había

realizado este tipo de relación. Distinguiendo entre sexos, Weinberg et al. (1998) señalan que entre 8% y el 12% de jóvenes varones había mantenido relaciones con penetración anal, siendo algo más frecuente esta práctica en las mujeres, entre el 11% y el 15%. Otros estudios refieren porcentajes superiores, hasta del 25% en mujeres adolescentes (McFarland, 1999).

### **3.4. MÉTODOS DE PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVOS Y PROFILÁCTICOS**

Con frecuencia los métodos de protección sexual son percibidos de forma conjunta, atribuyendo a todos y cada uno de ellos las mismas propiedades anticonceptivas y profilácticas por igual. Esta tendencia, fundamentada en algunos casos por desconocimiento sobre los métodos existentes, su tipología y diferentes propiedades, ha supuesto que la población adolescente e incluso jóvenes en edad adulta adjudiquen de forma errónea las propiedades anticonceptiva y profiláctica por igual a dos de los métodos más utilizados por excelencia: el preservativo masculino y la píldora anticonceptiva. Confusión que quedó reflejada en un estudio nacional donde se procedió a encuestar sobre los métodos anticonceptivos y su relación con las ETS y VIH a una muestra de 483 jóvenes, entre 14 y 20 años. Los resultados permiten observar que solamente un 41.8% contestaron correctamente al ítem “Casi todos los anticonceptivos sirven tanto para evitar embarazos como infecciones de transmisión sexual”, dejando claro que un amplio porcentaje de los jóvenes encuestados no diferenciaban los métodos de protección disponibles a su alcance según sus funciones anticonceptivas y/o profilácticas (Santín, Torrico, López y Revilla, 2003).

En general, se pueden clasificar los métodos existentes estableciendo sus diferencias en función de su tipología y su función protectora frente a embarazos no deseados y ETS (anticonceptiva y/o profiláctica).

Tabla 7. Clasificación de los métodos de protección anticonceptivos y profilácticos.

		Métodos reversibles					Métodos irreversibles
		Métodos naturales	Métodos de barrera	Métodos hormonales	Métodos químicos	Métodos de emergencia	Métodos quirúrgicos
CLASIFICACIÓN MÉTODOS DE PROTECCIÓN			Preservativo masculino			Levonorges-trel (píldora del día después)	
			Preservativo femenino	vaginal			
			Diafragma				
		Método Ogino-Knans o del calendario		Intrauterino (DIU)			
				subdérmico			
				inyectable			
TIPO DE PROTECCIÓN		Anti-conceptiva	Anti-conceptiva y profiláctica	Anti-conceptiva	Anti-conceptiva	Anti-conceptiva	Anti-conceptiva

Nota. Protección anticonceptiva = protección frente al embarazo no deseado; Protección profiláctica = protección frente al VIH/sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Datos recientes como los ofrecidos por un estudio europeo muestran tendencias específicas en el comportamiento de las mujeres a la hora de prevenir embarazos no deseados. Se encuestó a un total de 12,138 mujeres, de las cuales un 11.2% tenían entre 15 y 19 años, procedentes de Francia, Alemania, Italia, España y Reino Unido, y los resultados respaldaron la píldora anticonceptiva como método de primera elección (77%), seguida del uso del preservativo masculino (20%) (Skouby, 2010). No obstante, es el uso de métodos profilácticos y anticonceptivos simultáneamente el que interesa analizar dada la situación epidemiológica que está viviendo gran parte del mundo en la actualidad.

El preservativo ha sido habitualmente uno de los métodos anticonceptivos más utilizados entre los jóvenes europeos. Según aumenta la edad su uso disminuye, pasando a emplear píldoras anticonceptivas. No obstante, el uso conjunto de ambos métodos se ha incrementado en las últimas décadas (Coleman, 1999). En los Estados Unidos, la mitad de los adolescentes reconocen no haber empleado profiláctico en última relación sexual, y un tercio ningún tipo de método anticonceptivo (Hocking, Turk y Ellinger, 1999).

Hock-Long et al. (2012) concluyeron sobre una muestra de adolescentes hispanoamericanos que el uso consistente del preservativo era mayor en parejas ocasionales (77.9%) que en parejas estables (38.7%). Dicha conducta de riesgo fue asociada a creencias como la confianza con la pareja (muchos opinan que proponer el uso del preservativo a su pareja estable supone una desconfianza e incluso un insulto hacia él o ella) o la comunicación entre ellos.

La realidad en nuestro país se asemeja bastante a la de Norteamérica y el resto de Europa. Gras, Planes, Soto y Font-Mayolas (2000) observaron que entre los estudiantes de tres universidades españolas, menos de la mitad de los sujetos sexualmente activos utilizaban siempre el preservativo. En un estudio con adolescentes andaluces, más de un tercio no utilizó ningún método de protección en su primera relación y el 31% usaba “la marcha atrás” (Bimbela y Cruz, 1997). Investigaciones más recientes demuestran que esta conducta de riesgo ha decrecido notablemente aunque aún hay porcentajes estimables de adolescentes que no usaron preservativo en su primer encuentro sexual. Según Castro (2005), el 78.8% de chicas y el 82.3% de chicos sí emplearon el preservativo en su última relación sexual. Teva et al. (2009a) observaron sobre una muestra de 1,279

adolescentes sexualmente activos, que un 98.1% de chicas y un 87.6% de chicos sí usaron el preservativo. De igual modo, Teva et al. (2009b) encontraron en una muestra de 4,456 adolescentes de diferentes Comunidades Autónomas de España, que entre los participantes procedentes de la Comunidad Valenciana, un 96.1% sí utilizó el preservativo en su última relación sexual con penetración, habiendo mantenido dicho encuentro sexual con una pareja estable un 84.9% y con una pareja ocasional un 15.1%. En cambio, investigaciones internacionales con muestras de adolescentes revelan un 79.6% que sí usaron preservativo en su debut sexual (Belza, Koerting y Suárez, 2006).

Se han hallado evidencias de que los jóvenes suelen emplear más el preservativo con compañeros esporádicos, pero se mostraban más resistentes a usarlo con sus parejas estables. Posiblemente la resistencia se deba a las connotaciones que implica solicitar a la pareja habitual el uso del preservativo. Así pues, nos encontramos con la situación paradójica de que mientras el riesgo crece, las conductas de prevención disminuyen. Según Faílde et al. (2008), sólo el 53.1% de chicos y el 53% de chicas encuestados que tenían una pareja afectiva estable declararon emplear "siempre" el preservativo en sus relaciones coitales, mientras que un mayor porcentaje de la muestra adolescente que tenía una pareja ocasional afirmó utilizarlo siempre (71.6% y 71.9% respectivamente). Los resultados referentes al uso del preservativo en otras prácticas sexuales como el coito anal y el sexo oral también presentaron la misma tendencia al distinguir pareja estable y pareja ocasional.

No obstante, el uso del preservativo también presenta variaciones en función del tipo de práctica sexual. Merchan-Hamann et al. (2002) realizaron un estudio según el cual el 43% de los adolescentes encuestados usaba de forma consistente el preservativo en la práctica de relaciones sexuales basadas en el coito vaginal y el 27% usaba el preservativo en el coito anal. Otro estudio realizado con una muestra española de adolescentes de 14 a 24 años, muestra la tasa de empleo del preservativo masculino según el tipo de práctica sexual adoptada en sus relaciones íntimas en los últimos seis meses. De este modo, se observa que para las prácticas coito-vaginales un 22.3% de chicos y un 20.8% de chicas no usa nunca el preservativo. Respecto a las prácticas coito-anales se encuentra un 22.7% de chicos y un 17.6% de chicas que no usa nunca el preservativo.

De igual modo, un 13.7% de chicos y un 8.5% de chicas no usan nunca el preservativo en las prácticas bucogenitales (Faílde et al. 2008).

El uso inconsistente del preservativo es considerado una conducta de riesgo frente al VIH y como tal despierta un gran interés en el estudio de la adolescencia y las conductas de salud. El preservativo masculino y los anticonceptivos orales (píldora) son los métodos de protección más utilizados, sin embargo el preservativo no presenta tasas altas de uso entre la población adolescente, especialmente en lo que se refiere a un uso consistente del mismo (Bermúdez y Teva, 2003; Merchan-Hamann et al., 2002). De manera que, aunque suele ser escogido como método más eficaz de prevención por la población adolescente, su uso no es consistente (Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina y Carey, 2011).

Existen diversos factores que interfieren en el uso del preservativo por parte de los jóvenes como son las creencias sobre la condición estable de pareja como factor protector frente al VIH y otras ETS por sí mismo. A medida que una relación afectivo-sexual dura más en el tiempo, aumentan los comportamientos de riesgo frente al VIH ya que se tiende a usar menos el preservativo (Fisher et al., 1999; García, 2005).

Las parejas estables tienden a sustituir el uso del preservativo por el uso de la píldora anticonceptiva considerando de forma errónea que la confianza mutua y la duración de la relación sentimental son garantía de seguridad frente a posibles ETS, disminuyendo así su percepción del riesgo (Bermúdez y Teva, 2003; Faílde et al., 2008; Merchan-Hamann et al., 2002; Norman y Carr, 2003). Asimismo, los adolescentes también suelen hacer referencia a otras razones que les lleva a no usar el preservativo con sus parejas como es la sensación de reducción del placer sexual o los obstáculos que perciben para la obtención de los preservativos como por ejemplo percibir un difícil acceso a ellos, basándose en aspectos como vergüenza a la hora de adquirirlos, el gasto económico que supone, etc. (Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009).

Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos (2003) encontraron diferencias significativas en cuanto al uso del preservativo según el sexo, siendo mayor en los hombres (35.4%) que en las mujeres (15.3%). También la edad de los adolescentes resulta ser importante ya que a menudo los adolescentes que se inician temprano en el sexo suelen tener problemas o errores al usar el preservativo de forma adecuada, mientras que los



adolescentes de mayor edad lo usan con mayor frecuencia correctamente y de forma consistente (Jemmott y Jemmott, 2000).

Según un estudio realizado por Planes et al. (2004) en una muestra de 119 estudiantes catalanes de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, con edades comprendidas entre los 15 y 17 años, los jóvenes aludieron el preservativo (93%) como principal método de protección para evitar la transmisión del VIH. Teva, Bermúdez y Buena-Casal (2009) encuestaron a una muestra de 1,216 adolescentes sexualmente activos, y los resultados informaron de que en el rango de edad entre los 13-14 años, un 78.8% de chicos y un 82.1% de chicas sí utilizaron métodos de protección en su primera relación sexual. Entre los sujetos del rango de edad de 15-16 años, un 88.2% de chicos y un 90.4% de chicas sí emplearon métodos de protección. Ahora bien, entre los adolescentes de 13-14 años, un 7.7% de chicos no escogieron el preservativo masculino como método de protección en su primer coito. Además de estos datos referentes al debut sexual, se observa que un 16.7% de chicos y un 25% de chicas de 13-14 años no han empleado métodos de protección en su última relación sexual.

Tal y como se muestra a lo largo de este capítulo, en los últimos años los datos de diferentes investigaciones muestran que el uso del preservativo cada vez es más elevado, pero no hacen referencia al uso consistente del mismo que es condición esencial para garantizar la protección frente al VIH. Johnson, Mercer, Wellings, Fenton y Erens (2004) aprecian un aumento del uso del preservativo en la población adolescente londinense, afirmando que un 43% de los adolescentes aseguran utilizar el preservativo siempre en sus relaciones sexuales. De igual modo, Bortot, Risser y Crowell (2004), establecieron que un 55% de los adolescentes encuestados afirmaron usar siempre el preservativo. A partir de estos datos, y aún teniendo en cuenta que las afirmaciones de los estudios que defienden que el uso del preservativo en las relaciones sexuales de los adolescentes están aumentando, los porcentajes de uso apenas alcanzan valores medios, y dejan entrever una clara situación de riesgo que hace a los adolescentes vulnerables frente a la transmisión del VIH.

En la actualidad, tal y como se ha constatado en capítulos anteriores, la vía de transmisión heterosexual del VIH constituye una fuente de propagación del virus peligrosa al mismo tiempo que es altamente subestimada. Ya en la anterior década algunos estudios como el de Planes et al. (2004) quisieron transmitir una llamada de atención sobre el

elevado número de estudiantes adolescentes que consideraban como eficaces y fiables para protegerse frente a la transmisión del VIH ciertos comportamientos que entrañan un claro riesgo, como por ejemplo tener pareja estable o conocida, aún cuando la literatura demuestra que ésta es una percepción errónea y muchos de los esfuerzos preventivos puestos en marcha en la últimas décadas abordan estas falsas creencias. Se trata de la denominada “monogamia serial”, es decir, tener sucesivas parejas en el tiempo, a las que se les guarda fidelidad mientras dura la relación y con las que se establece un vínculo afectivo mayor distinto al que pueda llegar a existir con una pareja ocasional, y de las cuales se desconoce su estatus serológico, suponiendo entonces de forma errónea que no son portadores del virus.

### **3.5. RELACIONES SEXUALES BAJO LOS EFECTOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS**

En los últimos años el consumo de drogas por parte de los adolescentes es cada vez mayor, no solo por los cambios culturales sino también por las facilidades que tienen para acceder a ellas (Becoña, 2000; Musitu, Jiménez y Murgui, 2007). En esta población destaca especialmente el consumo de drogas legales como el tabaco y el alcohol, y otras drogas ilegales como el cannabis, la cocaína, el éxtasis o alucinógenos. El consumo de drogas afecta a la capacidad de autocontrol y proceso de toma de decisiones, disminuyendo así las conductas de protección como el uso del preservativo (Becoña, Juan, Calafat y Ros, 2008; Botvin, 1995; Toledo, Navas, Navas y Pérez, 2002).

En nuestro país un sector bastante amplio de adolescentes asocia el disfrute del tiempo libre y de ocio, así como con el establecimiento y desarrollo de las relaciones sociales, con el consumo de drogas legales e ilegales. Se produce una relación recíproca entre adolescencia y drogas, ya que las características propias de la etapa adolescente facilitan una mayor predisposición al uso de drogas, siendo esta etapa evolutiva aquella en la que se suele producir generalmente el primer contacto con ellas, y al mismo tiempo, este uso de drogas puede interferir negativamente en el desarrollo del adolescente (Espada, Méndez, Griffin y Botvin, 2003).

Según el informe del Observatorio Español sobre Drogas (OED, 2009) el consumo de alcohol es el más extendido, y mientras que la proporción de consumidores de alcohol se encuentra estabilizada o en descenso, se ha encontrado que la frecuencia de episodios de consumo intensivos (borracheras) ha aumentado en comparación con años anteriores, tal y como ya se registró en el Informe de 2007. Por otra parte, se ha observado que la tendencia decreciente del consumo de tabaco registrada en 2007 se ha detenido. Además, tras muchos años de descenso en las cifras de consumo de heroína, parece que se ha detenido e incluso se observa cierta tendencia al crecimiento. Respecto a la cocaína y cannabis se ha registrado una estabilización de su consumo, e incluso cierta tendencia a descender. Finalmente, ha aumentado el consumo de hipnosedantes, y continúa bajando el consumo de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos.

Entre las drogas legales, el tabaco y el alcohol son sustancias cuya iniciación suele darse a edades tempranas durante la adolescencia. Según el Observatorio Español sobre Drogas (OED, 2009), un 14.8% de los estudiantes de 14-18 años eran fumadores en 2008. Por su parte, en 2007, un 60% de la población de entre 15 y 64 años había bebido alguna vez durante los últimos 30 días, concentrándose principalmente el consumo en el fin de semana entre los jóvenes de 15-34 años. A partir de los datos aportados hasta el momento, se observa que los episodios de intoxicación etílica aguda (borrachera) entre los jóvenes son bastante frecuentes. En 2007, un 31.8% de la población de entre 15-34 años se había emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses. En 2008, un 72.9% de los estudiantes encuestados de 14-18 años habían bebido en el último año y un 58.5% en el último mes, concentrándose dicho consumo especialmente en los fines de semana.

La extensión del consumo de alcohol ha descendido dando paso a un aumento de los episodios de borracheras entre los adolescentes. La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días ha pasado de 21.7% en el año 2000 a 29.5% en el año 2008 (OED, 2009).

La heroína ha sido siempre la responsable de la mayoría de los problemas más graves relacionados con el uso de drogas ilegales en España, pero hasta 2004 todos los indicadores registrados en las encuestas nacionales indicaban un descenso, sin embargo a partir de ese año se ha registrado un aumento de la prevalencia de consumo de heroína alguna vez en la vida entre los estudiantes de 14-18 años, así como un descenso en la

edad de inicio en su consumo. En 2007, sólo tres comunidades autónomas (País Vasco, Aragón y Cataluña) estaban por encima del 25% en cuanto a la proporción de admitidos a tratamiento por primera vez por heroína (OED, 2009).

Por su parte, la cocaína es la droga ilegal responsable del mayor número de problemas generados en España por consumo de drogas en los últimos años (Bobes, Sáiz, González y Bascarán, 2001). La prevalencia del consumo de cocaína entre jóvenes de 14-18 años ascendió de 1.8% en 1994 a 7.2% en 2004. Sin embargo, en los últimos años se ha venido observando un cambio positivo en la tendencia de consumo, pasando de una prevalencia de 7.2% en 2004 a 4.1% en 2006 y 3.6% en 2008. Por otra parte, en España el consumo de cannabis está muy extendido, incluso su consumo diario. La prevalencia anual de consumo entre los estudiantes de 14-18 años pasó de 18.2% en 1994 a 32.8% en 2002 y 36.6% en 2004. No obstante, al igual que ocurre con la cocaína, en los últimos años se ha observado una tendencia al descenso del consumo, pasando así de una prevalencia de 36.6% registrada en 2004, a 29.8% en 2006 y 30.5% en 2008 en población joven de 14-18 años (OED, 2009).

En cuanto a las sustancias estimulantes como las anfetaminas o el éxtasis, su prevalencia de consumo en nuestro país es menor que el consumo de cocaína, al contrario que en otros países europeos, y presenta una prevalencia mínima que responden a un consumo esporádico y no permite establecer patrones claros de consumo en nuestra población. Del mismo modo, el consumo de alucinógenos en España también es muy bajo en comparación con el consumo de otras drogas ilegales. En población joven de 14-18 años la prevalencia de su consumo en 1994 era de 4.4%, tasa que ha ido disminuyendo hasta situarse en 2.7% en 2008 (OED, 2009).

El consumo de alcohol es por tanto una de las drogas legales más consumidas en la adolescencia, obedeciendo a un patrón de consumo propio de contextos lúdicos y concentrado por tanto durante los fines de semana. Los lugares donde suele tener lugar dicho consumo con mayor frecuencia son los bares o pubs, los espacios públicos abiertos y las discotecas (Becoña et al., 2008).

Revisando datos más recientes del último informe (OEDT, 2011), se observa que en el año 2010 el alcohol, el tabaco y el cannabis han sido también las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años. Un 75,1% de los estudiantes ha tomado bebidas alcohólicas alguna vez en la

vida, un 39,8% ha probado el tabaco y un 33% el cannabis. La proporción de estudiantes que las habían consumido en los últimos 30 días es de 63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína...) es minoritario, situándose entre el 1% y el 3,9% los estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,5% y el 1,5% su consumo actual (últimos 30 días). En cuanto al consumo de tranquilizantes, proporción de estudiantes que los han tomado alguna vez es de un 18,0%, y la de los que los han tomado sin receta de un 10,4%. Su consumo actual (últimos 30 días) se sitúa en un 5,2% y un 3% respectivamente. Comparando estos últimos datos con los ofrecidos en informes anteriores, se observa una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más notoria en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína. Estas dos últimas sustancias son por otra parte las drogas ilegales más extendidas y cuyo consumo había crecido más en los últimos años.



Tabla 8. Evolución de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en la población de 14-18 años (%). España, 1994-2010.

	Prevalencia de consumo alguna vez en la vida		Prevalencia de consumo en los últimos 30 días	
	1994	2010	1994	2010
Tabaco	60.6	39.8	31.1	26.2
Alcohol	84.1	75.1	75.1	63
Cannabis	20.9	33.0	12.4	17.2
Éxtasis	3.6	2.5	2.1	1.0
Alucinógenos	5.1	3.5	2.6	1.0
Anfetaminas	4.2	2.6	2.3	0.9
Cocaína	2.5	3.9	1.1	1.5
Heroína	0.5	1.0	0.2	0.5

Fuente: OEDT (2011).

En base a las tasas de consumo de drogas en población adolescente descritas, y desde una perspectiva preventiva del consumo de drogas y otras conductas no saludables, cabe tener en cuenta que el consumo precoz de drogas legales como el alcohol supone una puerta de entrada para la iniciación en el consumo de otras drogas ilegales en la adolescencia (Secades, 1996). Además, tal y como afirman Espada et al. (2003), la práctica de sexo no planificado es un ejemplo de algunas de las consecuencias negativas destacables del consumo de sustancias como el alcohol y que pueden manifestarse a corto y medio plazo. Afirmaciones que son respaldadas por estudios internacionales donde se encuentra una asociación entre el uso de sustancias y la adopción de conductas sexuales de riesgo; concluyendo algunos de ellos que drogas como el alcohol, alteran el juicio, incrementan las posibilidades de mantener sexo no planificado y casual, y disminuye la capacidad del sujeto para considerar las consecuencias adversas de las conductas de riesgo (e.g., Castrucci y Martin, 2002; Cooper, 2006; Levy, Sherritt, Gabrielli, Shrier y Knight, 2009; Guo et al., 2002; Guo et al., 2005; Hingson, Heeren, Winter y Wechsler, 2003; Parkes, Wight, Henderson y Hart, 2007; Santelli, Robin, Brener y Lowry, 2001).

A pesar de que la tipología de conductas de riesgo presentes en la etapa adolescente es amplia, no todas las conductas de riesgo guardan relación entre sí. Zuckerman y Kuhlman (2000) evaluaron la adopción de seis tipos de conductas de riesgo y la posible asociación entre éstas, dichas conductas de riesgo fueron: beber alcohol, fumar, consumir drogas, practicar sexo, conducir y jugar (juegos de azar, máquinas tragaperras, apuestas, etc.). Los datos concluyeron que sólo existía relación significativa entre beber alcohol y mantener relaciones sexuales desprotegidas, debido a los efectos inhibidores del alcohol; y entre beber alcohol y conducir.

En un estudio realizado en Gran Bretaña en 2007, se registró que el 40% de los adolescentes sexualmente activos encuestados, entre 13 y 14 años, declararon haber estado bajo los efectos del alcohol cuando tuvieron su primera relación sexual, y un 10% afirmó haber mantenido relaciones sexuales después de haber bebido (UK Department of Health, 2007). Además esta tendencia en los resultados son muy similares a los hallados en otros estudios similares aplicados fuera de Europa (Eaton, Kann y Kinchen, 2006).

La práctica de relaciones sexuales bajo la influencia de las drogas aumenta notablemente la probabilidad de que la relación sea de riesgo. El consumo de sustancias más frecuentemente asociado a la conducta sexual es el de alcohol, cannabis y éxtasis (Becoña et al., 2008). Además, estudios como el de Strachman et al. (2009) revelaron que la iniciación temprana en el uso de drogas como el alcohol, está asociada también con una iniciación temprana en el mantenimiento de relaciones sexuales.

Por tanto, el alcohol es sin duda una de las sustancias que cobran mayor protagonismo en la producción científica sobre este tema, apareciendo asociado a un alto número de relaciones sexuales en adolescentes y jóvenes, así como a una menor probabilidad de uso del preservativo (Becoña et al., 2008; Castilla et al., 2000; Rodríguez, Hernán, Cabrera, García y Romo, 2007). Disminuye la valoración del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) o embarazos no deseados, aumenta la sensación de invulnerabilidad, e interfiere el autocontrol. El alcohol supone para muchos jóvenes la ayuda para acercarse e interactuar con posibles parejas sexuales. Del mismo modo que otras sustancias, el alcohol posee propiedades de desinhibición y amnésicas que

potencian la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo (Traeen y Kvaem, 1996).

En el caso del cannabis, un reciente estudio concluyó que un 74.4% de una muestra de 292 estudiantes españoles entre 11 y 17 años eran consumidores mensuales de cannabis (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). Un consumo elevado teniendo en cuenta que es se suele consumir también con frecuencia antes y después del sexo, estando vinculada con la práctica de sexo no seguro (Poulin y Graham, 2001). Por su parte, la cocaína también tienen una larga historia relacionada con el sexo, entre los consumidores es considerada afrodisíaca y se le atribuyen propiedades que retrasan el orgasmo (Bellis y Hughes, 2004). También se encuentran otras drogas como las anfetaminas o el éxtasis que influyen negativamente en la salud sexual (Bellis, Cook y Clark, 2002).

Calafat, Juan, Becoña y Mantecón (2008) llevaron a cabo un estudio empleando una metodología cualitativa, donde aplicaron una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas a una muestra de 100 estudiantes, con un rango de edad entre los 15 y 20 años. Los resultados descriptivos obtenidos aclaran que los jóvenes distinguen entre relaciones estables y/o seriadas y relaciones que responden a un modelo de sexualidad "instantánea", que brinda la oportunidad de mantener relaciones sexuales con un mayor porcentaje de probabilidad al encontrarse en un contexto recreativo-nocturno donde las personas que se conocen están ya bajo la influencia de alguna droga, siendo el alcohol la droga más valorada como ventaja para conseguir sexo. Todos los sujetos entrevistados mostraron una clara relación directa entre sexo y drogas, manifestando claramente que el uso de drogas suponía un beneficio para conseguir sexo, mientras que en ningún momento se consideraba el coste de esta combinación peligrosa frente a la transmisión del VIH.

En el estudio realizado por Teva et al. (2009a) con una muestra de 1,279 adolescentes españoles, el 50% de chicos y el 39.3% de chicas manifestaron haber mantenido relaciones sexuales bajo los efectos de alguna droga (alcohol, marihuana, cocaína, tranquilizantes, heroína, inhalantes u otros).

Por su parte, Calafat et al. (2009) encuestaron sobre consumo de drogas y sexualidad a 440 jóvenes, de los cuales un 52.3% eran mujeres y un 22.8% tenían entre 14 y 18 años. Los resultados reflejaban que en cuanto a consumos el alcohol era la sustancia más consumida ya que más del



90% había consumido en el último año, mientras que el abuso de alcohol (borrachera) era referido por un 80.5%. Así mismo, se registró un 45.2% de consumo frecuente de cannabis y un 9.1% de consumo frecuente de cocaína. Es importante señalar que un 62.3% de los jóvenes eran conscientes de las consecuencias negativas que conlleva estar bajo los efectos del alcohol y otras drogas, ya que estaban de acuerdo en que les afectaba a la hora de tomar medidas preventivas frente al embarazo no deseado y las ETS. Aspecto que quedó constatado al registrar que un 55% empleó preservativo en su última relación sexual, y de ese porcentaje de jóvenes un 26.5% afirmó no haberlo usado por “estar demasiado pasado debido al consumo de drogas”.

Antón y Espada (2009) analizaron el comportamiento sexual de una muestra de universitarios ( $M = 19.5$ ) de la provincia de Alicante y su relación con el consumo de sustancias. Los resultados mostraron que el 50% de la muestra había mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol alguna vez, mientras que el 16.2% habían mantenido relaciones sexuales bajo los efectos del cannabis alguna vez. Concluyeron que existían una relación significativa entre consumo de alcohol y uso del preservativo en el coito vaginal ( $\chi^2 = 6.85$ ;  $p < .05$ ), y también entre el consumo de cannabis y uso de preservativo en el coito oral ( $\chi^2 = 8.33$ ;  $p < .05$ ).

Por su parte, Teva et al. (2009b) estudiaron conductas sexuales de riesgo en una muestra de 4,456 adolescentes españoles, aportando resultados descriptivos como que el 16.3% de la muestra había consumido drogas durante su última relación sexual con penetración. En concreto, entre los participantes de la Comunidad Valenciana, un 14% había consumido drogas durante el sexo.

Existen numerosos antecedentes donde ya se analizó la relación entre la adopción de conductas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias (Bagnall, Plant y Warwick, 1990; Jemmott y Jemmott, 1993; Lau, Tsui y Lam, 2007; Roberts y Kennedy, 2006; Strunin y Hingson, 1992). So, Wong y DeLeon (2005) encontraron que un 23.8% de los jóvenes habían consumido alcohol antes del sexo alguna vez en su vida, y un 6% lo hace en ese momento. Además, encontraron un 4.4% que consuma otros tipos de drogas antes del encuentro sexual y un 1.2% lo haga en ese momento. Hallaron relaciones significativas entre el consumo de alcohol y otras drogas, y la adopción de conductas sexuales de riesgo. Mientras que en otros estudios se encuentran diferencias significativas entre la adopción de conductas de

riesgo y el consumo de alcohol antes de mantener relaciones, no se encuentran relaciones significativas en el caso de consumo de otras drogas (Messiah, Bloch y Blin, 1998).

Anteriores trabajos encuentran relación entre las conductas sexuales de riesgo y el consumo de sustancias, pero dicha relación no es alta y está asociada a otras variables que explican la adopción de conductas sexuales de riesgo (Parkes, Wight, Henderson y Hart, 2007). Es decir, se argumenta el posible papel de otras variables de corte psicosocial que puedan estar mediando también en la adopción de conductas sexuales de riesgo y por tanto constituyan de igual modo un factor importante a la hora de explicar el comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida.

Como ya se ha afirmado, el consumo de drogas puede provocar una disminución en la percepción del riesgo, una sobrevaloración de las propias capacidades y un sentimiento de invulnerabilidad. En algunos estudios se ha hallado que hasta el 86% de los sujetos habrán mantenido relaciones sexuales sin protección bajo los efectos del alcohol. Respecto al consumo de otras sustancias, casi un tercio realiza conductas de riesgo después de consumir marihuana. Existe una relación progresiva entre el consumo de alcohol y las conductas de riesgo, los adolescentes que beben con más frecuencia tienen más relaciones sexuales sin protección (O'Hara et al. 1998).

Son varios los autores que dejan constancia de la importancia de continuar investigando la relación entre el riesgo de infección por VIH y el consumo de drogas, tomando éste último como conducta de riesgo al tener en cuenta el rol que desempeña el uso de las drogas antes y durante el mantenimiento de las relaciones sexuales en el uso del preservativo (Allen et al., 2003; Hingson, Strunin, Berlin y Heeren, 1990; Imperato, 1996; Stueve y O'Donnell, 2005; Wu, Detels, Zhang, Li y Li, 2002). Muchas investigaciones demuestran altos porcentajes de un comportamiento de riesgo presente en gran parte de los encuentros sexuales de los jóvenes que suelen compartir escenario lúdico durante los fines de semana con el consumo de drogas legales e ilegales (Imperato, 1996; Liverpool et al., 2002; Merchan-Hamann et al., 2002; Patsdaughter et al., 2005).

Ya en anteriores décadas, investigadores como Planes (1994) concluyeron que el alcohol favorece la interacción social y además propicia la realización de comportamientos de riesgo que en condiciones de abstinencia el sujeto se abstendría de realizar por temor a posibles

consecuencias aversivas. Circunstancias que son explicadas por el efecto depresor del alcohol sobre el sistema nervioso central, y en concreto sobre los centros encargados de la inhibición de los comportamientos castigados (Swonger y Constantine, 1985). De esta manera son varios los estudios que según la revisión realizada por Planes (1994) confirman que el uso de sustancias como el alcohol incrementaban las posibilidades de mantener relaciones sexuales por parte de los adolescentes, pero al mismo tiempo disminuyen la probabilidad de emplear métodos de protección. De igual modo, en dicha revisión, se constata que otras sustancias como la cocaína y la heroína producen también alteraciones en el comportamiento llegando a influir en las conductas sexuales de los adolescentes por sus propiedades estimulantes, analgésicas e incrementadoras de la euforia, y aunque en un principio la actividad sexual se ve mermada por los efectos de estas drogas, suelen favorecer igualmente la desinhibición y también el intercambio sexual como moneda de pago.

El número de jóvenes que han adquirido el VIH directamente por el consumo de sustancias es bajo, sin embargo, el consumo de sustancias perjudica la toma de decisión y está unido indirectamente con el riesgo de transmisión del VIH. Concretamente, las mujeres que consumen sustancias psicoactivas durante las relaciones sexuales informaron de mayor número de parejas sexuales y mayor probabilidad de haber tenido ETS (Rotheran-Borus, O'Keefe, Kracker y Foo, 2000).

Por lo general, los adolescentes, corren más riesgos, tienen mayor número de parejas y practican más veces sexo casual sin preservativo que otros jóvenes más adultos (Albarracín, Ho, McNatt, Williams, Rhodes, Malotte et al., 2000; Arnold, Fletcher y Farrow, 2002; Espada y Quiles, 2002).

Por tanto, teniendo en cuenta la literatura general disponible sobre el comportamiento sexual de la población adolescente, los principales retos actuales para las líneas de prevención del VIH son el descenso progresivo de la edad de inicio en el debut sexual; la monogamia serial y la falsa percepción protectora que se le atribuye a ésta; el uso de drogas y su papel facilitador para adopción de conductas sexuales de riesgo; y la atribución exclusiva de la propiedad anticonceptiva al preservativo, obviando a menudo su función protectora frente el VIH, función que no cumplen otros métodos de protección.



**CAPÍTULO 4: FACTORES DE RIESGO  
PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA**





Según el Instituto Nacional de Salud (2000), los factores de riesgo y protección son aquellos atributos que están relacionados con los fenómenos de salud y que determinan en la población expuesta a ellos, una mayor o menor probabilidad de ocurrencia de un evento en salud.

En un contexto sociocultural ajeno a la perspectiva científica, se entiende por factor de riesgo cualquier característica o cualidad de una persona, comunidad o entorno, que se sabe va unida a una elevada probabilidad de dañar la salud. En virtud de este esquema se suele pensar que, si una persona está expuesta a varios factores de riesgo, es probable que enferme. Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia, siendo éste el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón, etc.

Desde el ámbito de la prevención primaria del VIH, la adopción de comportamientos de riesgo y de protección frente a la infección de VIH viene determinada por diversos tipos de factores cognitivos, psicosociales y ambientales del individuo y su entorno que, por tanto, deben ser incluidos en los estudios del campo de prevención con el objetivo de analizar sus efectos en el abordaje de las conductas de salud (D'Angelo y DiClemente, 1996).

## **4.1. EVALUACIÓN DE FACTORES PERSONALES, SOCIALES Y DEMOGRÁFICOS DE RIESGO**

### **4.1.1. Sexo y edad**

Actualmente todavía los roles de género tienen un fuerte impacto limitando la capacidad de la mujer a la hora de prevenir conductas de riesgo frente al VIH. Existen expectativas sociales derivadas de la concepción tradicional sobre cómo deben ser las relaciones afectivo-sexuales, éstas hacen que las mujeres accedan a los deseos sexuales de los hombres incluso cuando ello implique riesgo para la salud. Por tanto, estas expectativas inculcadas en las mujeres junto a otros factores de riesgo que atañe también al sexo opuesto, podrían estar explicando la

razón de que todavía exista una baja percepción de riesgo sobre las relaciones heterosexuales como vía de transmisión del VIH en nuestra sociedad actual, siendo éste un patrón de riesgo fundamental para la adquisición del virus por parte del sexo femenino (García-Sánchez y Van Mens, 2003).

No obstante, aunque hasta hace pocos años los roles sexuales censuraban una sexualidad femenina que fuese más allá de su función reproductiva, es también importante resaltar que hoy en día las transformaciones sociales y la consolidación de los métodos anticonceptivos están permitiendo a las mujeres diferenciar la reproducción de la sexualidad. Esta diferenciación junto a los avances en la igualdad de género en las relaciones de pareja, están permitiendo alcanzar niveles mejorados de protección frente a las ETS y el VIH. La labor preventiva actual debe centrarse en acabar con los condicionamientos sociales que todavía muchas mujeres tienen presente y por los cuales se entregan incondicionalmente anteponiendo el amor romántico a la pareja frente a la protección y el cuidado de sus salud (García-Sánchez, 2004; ONUSIDA, 2008).

Atendiendo a las diferencias de género frente a la transmisión del VIH desde una perspectiva biológica y fisiológica, los estudios indican que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad biológica frente al VIH. El virus del sida se transmite con mucha mayor frecuencia de hombre a mujer que de mujer a hombre. Se ha demostrado que las mujeres tienen el doble de probabilidades que los hombres de contraer el VIH (ONUSIDA, 2008).

Se sabe que la presencia de otras infecciones por ETS aumenta la transmisión de VIH, y que las diferencias anatómicas y histológicas de la mujer la hacen más vulnerable ante cualquier infección sexual, además de que el riesgo de transmisión varía según el estadio de la enfermedad en los hombres y mujeres (Shah y Bradbeer, 2000).

Desde el punto de vista fisiológico, las mujeres son más vulnerables a la infección por el VIH porque son más propensas a sufrir microlesiones durante las relaciones sexuales y en los ensayos de laboratorio se ha comprobado que el semen contiene concentraciones más elevadas del virus que las secreciones de la mujer por unidad de volumen. Algunos estudios mantienen que hay un mayor riesgo de transmisión del virus de hombre a mujer puesto que el semen depositado en la vagina permanece más tiempo en



contacto que la secreción vaginal en la uretra del hombre, además la superficie de la mucosa vaginal es mayor y existe mayor concentración de partículas virales en el semen comparado con el fluido vaginal (García-Sánchez y Van Mens, 2003; ONUSIDA, 2008).

Al margen de las diferencias de género que explican la vulnerabilidad de la mujer frente al hombre frente al VIH, es necesario también evaluar las diferencias de género en relación a la adopción de conductas sexuales de riesgo. A pesar de que el sexo no es en sí misma una variable determinante de las conductas sexuales de riesgo, sí se han estudiado diferencias en adolescentes según el sexo en cuanto a las prácticas sexuales de riesgo, encontrando que las chicas se perciben más competentes a la hora de practicar sexo seguro (Espada, Quiles y Méndez, 2003). No obstante, entre los adolescentes que todavía no eran sexualmente activos se encontró que los chicos presentaban una actitud más abierta a la posibilidad de que surgiese una relación sexual que en el caso de las chicas. Diferentes actitudes que quizás expliquen el hecho de que los chicos estén más dispuestos a llevar preservativos encima que las chicas (Mitchell y Wellins, 1998).

Las diferencias de género tienen un protagonismo especial a lo largo del presente estudio, del mismo modo que lo constatan las publicaciones donde estas diferencias han sido analizadas para cada una de las variables incluidas aquí.

Si se evalúan las diferencias de género en cuanto al comportamiento sexual de los adolescentes y el riesgo que algunas de las conductas adoptadas entrañan frente al VIH/sida, cabe destacar que por lo general los chicos presentan una mayor motivación sexual que les hace estar más predispuestos a no desperdiciar la oportunidad de un encuentro sexual aun cuando éste implique adoptar ciertas conductas sexuales de riesgo (e.g., tratarse de un encuentro casual, no usar preservativo, consumir drogas, etc.); mientras que las chicas están más orientadas a la búsqueda del romanticismo que perciben como un marco protector en sus relaciones íntimas, y por tanto se muestran más reticentes a adoptar conductas sexuales de riesgo (Lameiras et al., 2004; López et al., 2011; Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003).

Se podría considerar que estas diferencias de género en cuanto a la motivación sexual de los adolescentes, pueden estar en la base del resto de diferencias que se encuentran a lo largo de la literatura científica

cuando se analizan conductas sexuales de riesgo como la edad de inicio en las relaciones sexuales, el número de parejas sexuales o el uso del preservativo.

Un ejemplo de dicha tendencia son los resultados expuestos por Merakou, Costopoulos, Marcopoulou y Kourea (2002), que a partir de una muestra de 702 estudiantes de entre 15 y 20 años, reflejan mayores porcentajes de chicos que informaron de los siguientes comportamientos sexuales de riesgo: tener parejas sexuales casuales (41.9%), tener más de una pareja sexual a la vez (32.7%). En cambio, respecto al uso del preservativo, se observa que son los chicos quienes reportan un mayor porcentaje de uso (80.9%), encontrando así que persiste la reticencia por parte de las chicas a usar siempre el preservativo, tendencia que muy probablemente esté alimentada por la distribución de roles, según la cual se espera con mayor frecuencia que sea el chico quien adquiera los preservativos y promueva su uso. Esta baja frecuencia de uso del preservativo masculino ha sido también posteriormente relacionada con la variable "ser mujer" (Denner, Organista, Dupree y Trush, 2005; Eaton et al., 2006; Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2003).

Camis, Henrich, Ruchkin, Schwab-Stone y Martín (2007) analizaron diversos factores psicosociales en la iniciación temprana y otras conductas sexuales de riesgo en población adolescente ( $n = 1,175$ ;  $M = 11.8$ ) perteneciente las etnias afroamericana (64.2%), latinoamericana (26.4%) y caucásica (9.4%), y entre otros resultados observaron que los chicos eran dos veces más propensos que las chicas a iniciarse sexualmente a edades tempranas. Y también se observó que lo chicos presentaban mayor disposición a involucrarse en conductas sexuales de alto riesgo frente el VIH en comparación a sus iguales femeninas de su misma edad.

Estudios posteriores también exponen resultados donde se aprecia un mayor porcentaje de prácticas sexuales en los chicos que en las chicas, siendo éstas en ocasiones prácticas de riesgo. Tung, Ding y Farmer (2008) evaluaron la distribución de una muestra compuesta por 132 adolescentes de Taiwán, encontrando que un 85 % de chicas no había practicado ninguna actividad sexual hasta el momento, frente al 48.1% de sus compañeros; se observó además que un 29.6% de los chicos habían tenido más de tres parejas sexuales frente a un 16.7% de chicas. El 71.2% de chicos manifestó consumir alcohol a veces, frente al 47.5% de las chicas, habiéndose encontrado una asociación positiva entre el consumo de alcohol y las

relaciones sexuales ( $p = .001$ ). Por último, estos resultados también reflejan de nuevo que respecto al uso del preservativo de forma consistente (100% de las veces), son los chicos quienes informan de un mayor porcentaje (18.5%) frente a las chicas (8.3%).

Por su parte, Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid (2011) obtuvieron resultados interesantes al evaluar entre otras variables psicosociales, la capacidad predictora del sexo respecto a la iniciación sexual con penetración. Dichos resultados reflejan una tendencia contraria a la mostrada en los estudios anteriormente descritos en cuanto al predominio del sexo masculino en la adopción de conductas sexuales de riesgo. Sobre una muestra española de 2,153 adolescentes entre 14 y 19 años, concluyeron que las mujeres tenían el doble de probabilidades de iniciarse en las relaciones sexuales coitales que los varones, interpretándose dichos resultados como un debut sexual temprano. En anteriores investigaciones ya se apreciaba que la edad de iniciación sexual de las mujeres estaba descendiendo de forma progresiva, mientras que la de los varones se mantenía estable (Moreno, 2004; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009). Este descenso de edad en el caso de las mujeres plantea la necesidad de prestar una especial atención a este sector poblacional, en el que además se ha producido un aumento en las tasas de infección por VIH en los últimos años (ONUSIDA, 2009).

Atendiendo a la variable clínica de ansiedad social, Inglés, Piqueras, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban (2010) concluyen tras evaluar una muestra de 2,543 adolescentes en un rango de edad de entre 12 y 17 años ( $M = 13.89$ ;  $DT = 1.39$ ) que las chicas presentaban una puntuación significativamente más alta en ansiedad social que los chicos. Tendencia de resultados que coincide con los obtenidos por otros autores previamente (Essau et al., 1999; Méndez, Inglés e Hidalgo, 2002; Olivares et al., 1999; Zhou, Xu, Inglés, Hidalgo y La Greca, 2008). Por lo general, los estudios que analizan las diferencias de género en ansiedad social afirman que las mujeres suelen presentar mayor sintomatología física y cognitiva junto a un mayor temor social. En cambio, los hombres tienden más a realizar conductas de escape y evitación ante las situaciones temidas. Estos resultados pueden estar basados por aspectos culturales, y aunque los roles de hombres y mujeres están cambiando, todavía existe cierta predisposición a esperar del hombre una actitud más activa en el ámbito

social, y estas expectativas pueden estar generando cierta presión en ellos, lo cual les lleva a optar por conductas de evitación y escape.

En lo que se refiere a la edad como variable de estudio, a lo largo del anterior capítulo han quedado ampliamente justificadas las características y aspectos biopsicosociales que convierte al período del desarrollo denominado como adolescencia, en una de las etapas más vulnerables y conflictivas que vive una persona a lo largo de su vida. Así mismo, se ha expuesto la relevancia que la edad tiene a la hora de evaluar la tendencia cada vez mayor de iniciación en las relaciones sexuales a una edad más temprana. Tendencia decreciente que continúa haciéndose notable década tras décadas tal y como manifiestan los estudios publicados al respecto (Ballester y Gil, 2006; Espada, Quiles y Méndez, 2003).

Teva, Bermúdez y Buena-Casal (2009) analizaron las características del comportamiento sexual en una muestra española de adolescentes ( $n = 1.216$ ), otorgando un protagonismo notorio a la edad a la hora de describir la conducta sexual, por lo que dividieron la muestra en tres subgrupos de edades: 13-14 años, 15-16 años, y 17-18 años. Se encontró que la edad del debut sexual tiende a decrecer según baja el rango de edad, de manera que se observa un inicio precoz en las relaciones sexuales en el primer grupo de edad ( $M = 13.1$  años para los chicos y 13.5 años para las chicas), mientras que en el segundo grupo de edad el debut sexual tiene lugar a los 14.4 años para ellos y 14.7 años para ellas; y en el tercer grupo de edad, la edad media de iniciación sexual se sitúa en 14.8 años y 15.0 años respectivamente. Este estudio no sólo refleja la importancia de la edad respecto a la iniciación sexual, también se pudo observar que el uso general de métodos de protección era mayor en los grupos de edades de 15-16 años y 17-18 años; y que ciertos tipos de práctica sexual que conllevan un especial peligro para la transmisión del VIH/sida como el coito anal se practican con mayor frecuencia en el último subgrupo de edad. Algunas de estas conclusiones coinciden por las establecidas por estos mismos autores en otro estudio realizado sobre una muestra más amplia ( $n = 4,456$  adolescentes españoles), donde afirmaron que existían efectos de la edad sobre la variable "número de parejas sexuales" y sobre la variable "edad de inicio de las relaciones sexuales", encontrando diferencias de edad de inicio en las relaciones sexuales en los tres grupos de edad establecidos, mientras que las diferencias de edad encontradas para el número de parejas sexuales se establecían entre el grupo de 13-14 años y el grupo de 17-18

años, presentando este último un mayor número de parejas (Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009b).

En definitiva, es importante evaluar las posibles diferencias de género y según la edad que se pueden encontrar a la base de la adopción de ciertas conductas sexuales por parte de los adolescentes. De esta manera, se podrán aportar resultados ajustados que permitan enriquecer y mejorar el diseño de las actuaciones de intervención sobre esta población diana.

#### **4.1.2. Estructura familiar**

La literatura muestra que la estructura familiar puede influir en la conducta sexual de los adolescentes. De modo que una ruptura matrimonial puede constituir un suceso que conlleve fuertes cambios no solamente en la estructura y composición familiar sino también en su funcionamiento a partir de ese momento. Estos cambios pueden conllevar consecuencias a corto y largo plazos en los hijos de menor edad. La literatura científica revela que los hijos que viven con un solo progenitor están más predispuestos a mantener relaciones sexuales e iniciarse de forma temprana en el sexo (Abma et al., 2004; Cavanagh, Crissey y Raley, 2008; Cleveland y Gilson, 2004; Donahue et al., 2010; Lameiras et al., 2004; Orgilés, Espada, Johnson, Huedo-Medina y Carratalá, 2012; Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008).

En nuestro país las tasas de separaciones matrimoniales han incrementado notablemente, siendo este crecimiento el mayor de la Unión Europea en la última década. El 57.1% de los matrimonios separados en 2010 tenían hijos menores de edad (Instituto Nacional de Estadística, 2011).

Existen datos de investigaciones que han indagado sobre la relación de las conductas sexuales de riesgo y variables relativas a la estructura y funcionamiento familiar. Por ejemplo, se sabe que la comunicación entre padres e hijos así como el control parental ha sido considerada una importante variable en el estudio de los factores de riesgo frente al VIH en los adolescentes (Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2005). Las relaciones sociales de los adolescentes consisten principalmente en las interacciones con los padres y con sus iguales. Puesto que las relaciones paterno filiales constituyen un pilar base en el desarrollo personal y social del adolescente, existen estudios que defienden que la comunicación entre

padres e hijos sobre temas relacionados con la sexualidad y de forma más concreta con las conductas sexuales de riesgo frente a los embarazos no deseados y la transmisión de ETS como el VIH, supone un factor de protección relevante frente a dichos riesgos (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2000; Miller, Norton, Fan y Christopherson, 1998; Turner e Irwin, 1993).

Es cierto que el adolescente otorga en esta etapa mayor confianza a sus iguales para tratar ciertos temas, pero esto no quiere decir que se produzca una ruptura con el núcleo familiar. De hecho, la familia sigue constituyendo una fuente de información esencial para los adolescentes, ejerciendo una considerable influencia en la adopción de actitudes y en su proceso de toma de decisiones, especialmente cuando las vías de comunicación familiar son adecuadas y abiertas. En cambio, también existen algunos estudios donde los resultados reflejan que los adolescentes no muestran preferencia por sus padres a la hora de elegirlos como primera fuente de información sobre sexualidad (Ogle, Glasier y Riley, 2008).

Diversos estudios confirman que unas relaciones familiares cálidas y una comunicación familiar fluida sobre la sexualidad tiene un claro efecto protector frente a la adopción de conductas sexuales de riesgo (Crosby et al., 2001; Stone e Ingham, 2002). Asociación que ya había sido informada respecto a la calidad de las relaciones familiares y las implicaciones que éstas tienen en la salud de los adolescentes, y no sólo en relación a la transmisión del VIH. Existen estudios donde asocian los conflictos familiares y ambientes familiares desestructurados con bajas tasas de adherencia en tratamientos de patologías como la diabetes, y con la participación en relaciones sexuales (Turner e Irwin, 1993).

No obstante, a pesar de que dichos estudios confirman la importancia de la estructura y funcionamiento familiar en cuanto a la adopción de conductas no saludables, son muy pocas las investigaciones centradas en analizar la situación familiar caracterizada por el divorcio o separación de los progenitores en la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH por parte de los adolescentes. La mayoría de dichas investigaciones han estudiado en muestras extranjeras si los adolescentes con padres separados tienden en mayor medida a involucrarse en situaciones sexuales de riesgo como no usar el preservativo o consumir drogas (Donahue et al., 2010; Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008).

En este sentido, Orgilés et al. (2012) han sido los primeros en llevar a cabo el análisis de estas variables con población adolescente en España. Evaluaron la conducta sexual de 342 adolescentes españoles con una edad media aproximada de 16 años, teniendo en cuenta la estructura familiar. Los resultados demostraron que aquellos adolescentes cuyos padres estaban divorciados presentaban un debut sexual precoz así como una mayor adopción de prácticas sexuales, en comparación con aquellos adolescentes que vivían con sus padres casados.

Con el objetivo de aportar la mayor información precisa a cerca de un posible perfil de riesgo frente a la transmisión del VIH, y poder en base a éste diseñar adecuados programas preventivos, es interesante establecer de forma fiable si la variable “estructura familiar” puede estar actuando como factor protector o factor de riesgo en la población adolescente.

#### **4.1.3. Rendimiento académico**

La escuela es el lugar donde los jóvenes adquieren conocimientos, pero además es el escenario en donde se exponen a diversas normas sociales, reglas y costumbres de su comunidad (Frías, López y Días, 2003).

Las dificultades académicas tienen una etiología compleja con múltiples factores que incluyen características estructurales del sistema educativo, la interacción de factores individuales y del desarrollo, factores económicos, socioculturales y familiares, factores externos (presión de los iguales) o factores escolares, los cuales contribuyen a que los adolescentes manifiesten problemas escolares. En un contexto como éste, los síntomas del fracaso escolar pueden reflejar conflictos internos o externos para el individuo (Sikorski, 1996).

El rendimiento escolar ha sido desde hace años definido y medido de formas diversas y no siempre atendiendo a un marco teórico integrador a la hora de medirlo. Situación que podría explicar la falta de consistencia en los resultados de algunas investigaciones (Pintrich, 1994; Risso, Peralbo y Barca, 2010). Además, la variada existencia de numerosas variables implicadas en la evaluación del rendimiento académico (motivación, inteligencia, etc.), hacen de éste un concepto multifactorial, dejando constancia no sólo de la complejidad y diversidad en su estudio, sino



también de la necesidad de profundizar en él con el objetivo de aportar una perspectiva unitaria y homogénea del constructo (Edel, 2003).

Según Jiménez (2000), el rendimiento escolar es un nivel de conocimientos demostrado en un área o materia comparado con la norma de edad y nivel académico. A partir de esta definición, se entiende que el rendimiento académico debe considerarse a partir de los procesos de evaluación. Para esto, es necesario considerar no solamente el desempeño individual del estudiantes sino la manera en que es influenciado por su grupo de iguales, el aula y el propio contexto educativo (Edel, 2003).

Por lo general, para medir el rendimiento académico se ha empleado como criterio de evaluación las calificaciones escolares, que a menudo se han relacionado con otras variables de corte cognitivo, conductual, hábitos de estudio, rasgos de personalidad, vocaciones profesionales o género (Bertrams y Dickhauser, 2009; Castejón y Navas, 1992; Risso, Peralbo y Barca, 2010; Steinmayr y Spinath, 2009).

Aunque siguen existiendo ciertas discrepancias respecto a la elección de las calificaciones como criterio de evaluación para medir el rendimiento académico, es un hecho que todavía a día de hoy constituyen un indicador cuyo uso es muy extendido. Tal y como señaló Cascón (2000), tanto en el estado español como en la práctica totalidad del resto de países de desarrollo y en vías de desarrollo, las calificaciones académicas han sido y siguen siendo el indicador por excelencia del nivel educativo adquirido. Dicho autor, analizó con las propiedades psicométricas de las calificaciones escolares registradas con el objetivo de establecer su idoneidad para ser utilizadas como criterio del rendimiento académico ( $n = 361$ ). Los resultados obtenidos sobre la bondad psicométrica de las calificaciones escolares permitieron concluir que tomar la nota media global de las calificaciones como criterio de rendimiento académico se justifica, en virtud de la estructura empírica que arrojaron los análisis factoriales y los coeficientes de fiabilidad.

En el presente estudio, el rendimiento académico suscita especial interés por su posible relación con la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH. Es por ello que, tras la revisión bibliográfica pertinente a nivel nacional, se ha observado un menor número de estudios donde o bien se haya evaluado la capacidad predictiva del rendimiento académico para la adopción de conductas sexuales de riesgo, o bien donde se deje constancia de una asociación significativa entre ambas variables,



predominando los estudios donde se analiza la relación con conductas no saludables en general. No obstante, como se ha señalado, sí existe alguna publicación donde evalúa el rendimiento académico en relación a las conductas de riesgo para la salud en general como por ejemplo el consumo de drogas, encontrando que un bajo rendimiento académico predice una mayor tendencia al consumo de alcohol y otras drogas (Alfonso, Espada, y Lloret y García del Castillo, 2006; Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009).

Según un estudio llevado a cabo por Palacios y Andrade (2007) sobre una muestra de estudiantes de bachillerato ( $n = 1,000$ ;  $M = 16.37$ ), los adolescentes que presentaban un bajo desempeño académico informaban de un mayor número de conductas de riesgo para la salud, como es el consumo de sustancias, relaciones sexuales, intentos de suicidio y conducta antisocial. En este estudio, se puede observar que los adolescentes con bajo rendimiento académico registraban una edad media de iniciación en las relaciones sexuales de 15.2 años, mientras que los adolescentes con un alto promedio académico informaban de una edad media de 15.5 años. Además, los estudiantes con bajo rendimiento presentaban mayores tasas de conductas de riesgo frente al VIH como: frecuencia de las relaciones sexuales (2.6, frente al 2.4 de los adolescentes con alto rendimiento); número de parejas sexuales (2.8 frente al 2.7 de los estudiantes con alto rendimiento); consumo de drogas (8.61, frente al 8.3 de los adolescentes con alto rendimiento). Conductas de riesgo frente a la transmisión del VIH, que siempre alcanzan tasas mayores en el caso de los adolescentes que reportaron menor rendimiento académico. Sin embargo, cuando se registró el uso del preservativo, se observó que en este caso la tendencia era inversa, presentando un mayor riesgo los alumnos con alto rendimiento académico ya que fueron estos quienes informaron de un menor uso del preservativo (3.83, frente al 3.98 de los estudiantes con bajo rendimiento escolar).

De igual modo que Palacios y Andrade (2007), otros estudios, que han evaluado a lo largo de la última década la relación del rendimiento académico y las conductas no saludables, concluyen que los alumnos con bajo rendimiento académico presentan mayor frecuencia de conductas de riesgo, mientras que los adolescentes con un alto rendimiento están más orientados a involucrarse en actividades escolares y académicas, y por tanto tienen menos oportunidades potenciales de experimentar con el consumo de sustancias adictivas (Kosttelecky, 2005; Martínez y Robles,

2001; Nuño et al., 2005), involucrarse en conductas sexuales (Chewing et al., 2001) o presentar conducta antisocial o intentos de suicidio (Sobral et al., 2000; Vanatta, 1996).

A la vista de los resultados obtenidos por las investigaciones que han evaluado el papel protector que puede estar desempeñando la variable “alto rendimiento académico” frente a conductas no saludables en general, se evidencia la necesidad de investigar de forma más extensa y específica qué papel desempeña la variable rendimiento académico frente a la adopción de conductas sexuales de riesgo.

## **4.2. EVALUACIÓN DE FACTORES COGNITIVOS DE RIESGO**

### **4.2.1. Percepción normativa**

Durante la etapa adolescente los chicos y chicas dedican más tiempo a los contextos fuera del núcleo familiar, destacando principalmente el grupo de iguales (amigos/compañeros de su edad).

La influencia que el grupo de iguales tiene sobre el adolescente puede ser positiva (e.g., el grupo puede promover el interés por conductas saludables como las actividades deportivas) o negativa (e.g., cuando la presión del grupo le lleva a adoptar una conducta problemática y/o no saludable como consumir drogas).

Esta influencia se consolida mediante lo que se denomina norma percibida, a través de la cual el adolescente se forma un conjunto de creencias, acertadas o no, sobre las actitudes aprobadas socialmente y las conductas adoptadas por sus iguales, y en base a ellas forma las suyas propias, entrando así a formar parte del mismo contexto normativo que los demás.

Según Espada, Quiles y Méndez (2003), este concepto obedece a aquello que un sujeto cree que piensan y hacen el resto de individuos semejantes a él. En el caso de los adolescentes y las conductas de riesgo frente al VIH, a la hora de tomar decisiones relevantes tienen en cuenta sus percepciones a cerca de lo que sus iguales han hecho o están haciendo, así como lo que sus iguales opinan sobre dicha conducta. Por ejemplo, en el caso de un adolescente que se plantee iniciarse en el sexo, seguramente se

preguntará sobre lo que sus compañeros piensan al respecto y además tendrá en cuenta si éstos han mantenido o no relaciones sexuales.

Varios estudios han asociado la percepción normativa de los adolescentes con su conducta sexual, encontrando que aquellos que perciben que el uso del preservativo está socialmente aceptado entre sus iguales son más susceptibles de utilizarlo (DiClemente, 1991; Romer et al. 1994; Schaalma, Kok y Peters, 1992; Walter et al., 1992).

En la adolescencia tienen lugar cambios de carácter social que conllevan una mayor interacción entre iguales así como un mayor despliegue de habilidades sociales. En este proceso del desarrollo social el adolescente está altamente influenciado por las creencias, ideas y costumbres de su entorno a la hora de llevar a cabo su conducta, y por tanto una etapa donde la norma percibida cobra especial protagonismo. Protagonismo justificado si se tiene presente que las relaciones sociales así como el deseo por formar parte de un grupo de iguales y ser socialmente aceptado incrementan considerablemente.

El entorno social del adolescente está constituido básicamente por las relaciones familiares y las relaciones con los iguales, principalmente compañeros de estudios. De esta forma, padres, hermanos y amigos constituyen las principales fuentes de información sobre sexualidad (Gayet, Rosas, Magis y Uribe, 2002).

No obstante, los adolescentes se comunican generalmente más con sus iguales que con sus padres sobre temas específicos como por ejemplo el sexo, siendo por tanto los iguales un grupo de referencia con una gran influencia (Kornblit y Petracci, 2000; Santín, Torrico, López y Revilla, 2003).

La norma percibida es una variable presente en diversos estudios que examinan su papel en la adopción de conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes (Brenner, Billy y Grady, 2003; Sánchez y Muñoz, 2001).

Según Bandura (1990) las conductas saludables que protegen a los adolescentes del VIH (el uso del preservativo, retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales, etc.) están siempre condicionadas por las presiones de los compañeros que dificultan el hecho de que el adolescente escoja la opción de llevar a cabo conductas preventivas y las mantenga en el tiempo.

Se debe tener en cuenta que la adopción de ciertas conductas de riesgo como es el mantenimiento de relaciones sexuales sin protección,

conlleva ciertos reforzadores sociales para los adolescentes como es la aprobación social por parte de sus iguales, aumento de la diversión y excitación tan buscadas durante esta etapa evolutiva, puesta a prueba de la rebeldía, etc.

Según DiClemente (1991), aquellos jóvenes que creen que la mayoría de sus compañeros utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales, emplean también con mayor frecuencia esta medida de protección. Relación significativa que también fue sugerida por otros estudios donde se observó que las normas del grupo de iguales tienen una influencia directa sobre el uso efectivo del preservativo en sus relaciones sexuales (Barrera, Sarmiento y Vargas, 2004; Svenson, Östergren, Merlo y Rastan, 2002; Wulfert y Wan, 1993).

#### **4.2.2. Nivel de conocimiento sobre el VIH/sida**

El nivel de conocimiento sobre el VIH/sida es una de las variables de corte cognitivo más estudiadas en el campo de la prevención de la epidemia. Generalmente, el análisis de dicha variable se ha centrado en aspectos concretos de la información referente al VIH/sida como son: ideas erróneas sobre el VIH/sida, aspectos generales del virus y de la enfermedad del sida, vías de transmisión del virus y pautas de prevención de la transmisión del VIH.

A través de la evaluación de estas áreas temáticas de información sobre el VIH/sida se pretende lograr una valoración del grado de conocimiento que tienen los adolescentes, así como averiguar qué conceptos erróneos poseen al respecto y pueden estar predisponiéndoles al riesgo de transmisión.

Han sido muchas las investigaciones realizadas en las últimas décadas, y se sabe que con frecuencia los adolescentes tienen información poco relevante o inadecuada sobre la sexualidad en general, y más concretamente sobre la anticoncepción y las ETS (Ganczak, Barss, Alfaresi, Almazrouei, Muraddad y Al-Maskari, 2007; Li, Lin, Gao, Stanton, Fang, Yin y Wu, 2004; Pérez, Barrales, Jara, Palma y Ceballos, 2008); además de presentar una baja percepción de riesgo frente al VIH/sida considerando que no es necesario estar mejor informado/a ya piensan que la epidemia tiene una baja prevalencia (Fisher, 1990; Hoppe et al., 2004; Morris et

al. 2003). Ordoñana et al. (1992) estudiaron el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida en una muestra representativa de estudiantes españoles y encontraron que la mayoría (80%) señaló que el agente causante del sida era una bacteria y más de un tercio desconocía la diferencia entre ser seropositivo y estar enfermo de sida. En cuanto a las medidas de protección, los adolescentes conocían la eficacia preventiva del preservativo pero informaron sobre creencias poco exactas ya que casi la mitad de ellos consideraban que su uso no es necesario para protegerse cuando mantienen relaciones heterosexuales. De este modo, el estudio concluyó que la población adolescente a pesar de estar informada, continuaba teniendo ciertas creencias erróneas sobre el VIH/sida que la sigue colocando en una situación vulnerable de riesgo. A la misma conclusión han llegado Bermúdez, Teva, Ramiro, Uribe, Sierra y Buena-Casal (2012) al evaluar entre otras variables el nivel de conocimientos sobre VIH en una muestra de 4,460 adolescentes españoles. Sus resultados mostraron que a pesar de presentar un nivel de conocimientos óptimo, persistían ciertas creencias erróneas en algunos aspectos sobre el VIH, por lo que recomiendan seguir trabajando dicha variable en los programas preventivos.

La literatura científica disponible sobre el tema, corrobora que el nivel de conocimiento sobre el VIH/sida es considerado por diversos autores como un factor protector frente a la transmisión del virus. De modo que, la relevancia de evaluar el nivel de conocimientos que la población posee radica en la probabilidad de disminuir la adopción de conductas de riesgo frente al VIH a medida que aumenten los conocimientos sobre éste. Por esta razón, se insiste en que el estudio de esta variable es altamente necesario puesto que permite evaluar el estado de vulnerabilidad de los adolescentes frente al VIH, además de elaborar estrategias preventivas adecuadas sobre dicha población (Bermúdez et al., 1999; Carey y Schroder, 2002; DiClemente et al., 2002; Katz et al., 1995).

Por otra parte, aunque la desinformación y las creencias erróneas sobre el VIH/sida favorecen la vulnerabilidad del adolescente frente al riesgo de transmisión del virus (Espada y Quiles, 2002), existe acuerdo entre diversos autores respecto a que la información es un componente indispensable para la prevención de conductas sexuales de riesgo frente al VIH, pero no es suficiente por sí sola para iniciar y/o mantener las conductas saludables esperadas para la prevención del virus (Bandura,

1990; Bayés, 1992; DiClemente, 1991). Por tanto, no se debe obviar que aunque se trata de una variable sumamente importante en el estudio de la prevención del VIH, no es suficiente en sí misma para lograr que los adolescentes adopten conductas sexuales preventivas, sino que es necesario estudiar además otros factores psicosociales que estén moderando el comportamiento adolescente, especialmente las conductas sexuales de riesgo (Bayés, 1995).

Ballester, Gil, Giménez y Ruiz (2009) evaluaron en una muestra de 186 universitarios españoles de la Comunidad Valenciana, con una edad media de 22 años, el nivel de conocimiento sobre las implicaciones del VIH, las vías de transmisión y los métodos preventivos principalmente. Los resultados mostraron que a pesar de que los estudiantes habían participado de numerosas oportunidades formativas/preventivas sobre el VIH/sida, no presentaban un nivel óptimo de conocimiento real y objetivo sobre el virus y los riesgos adheridos. Estos resultados dejan al descubierto la vulnerabilidad en población universitaria que evidencia la necesidad de indagar y trabajar sobre el nivel de conocimientos ya desde la adolescencia, si cabe una etapa más vulnerable como se ha comentado anteriormente.

Si se analiza detenidamente qué áreas de la información sobre el VIH/sida están más mermadas en los adolescentes que presentan bajos niveles de conocimientos sobre la epidemia y demás aspectos, se observa que desconocen qué tratamientos existen y cuál es su alcance, manifestando incluso que el sida tiene cura (Morris et al., 2003). También presentan desconocimientos sobre las conductas que no conllevan peligro de transmisión y formas seguras de protección como el uso del preservativo masculino (Lanouette, Noelson, Ramamonjisoa, Jacobson y Jacobson, 2003).

Castillo, Gil, Naranjo, León y de Cruz (2001) analizaron el nivel de conocimientos sobre ETS y VIH en una muestra representativa de la población de una comarca de la provincia de Granada (n = 611). Los sujetos de la muestra se encontraban en un rango de edad entre los 11 y 15 años. Los autores concluyeron que la información referente a la sexualidad que poseen los alumnos procede casi en igual medida de los medios de comunicación (29.8%), los amigos (27.5%) y la escuela (21.3%). Respecto al nivel de conocimientos sobre el VIH, el 77% conocían datos sobre el sida, el 47.9% manifestaba haber obtenido la información a través de medios de comunicación y un 22% a través de la escuela. Por ejemplo, ante la

pregunta del cuestionario ad hoc empleado por los investigadores que versaba “se aumenta el riesgo teniendo muchas parejas sexuales”, solo un 62.3% de los encuestados respondió que era cierta; y ante el ítem “el condón en las relaciones sexuales reduce el riesgo de sida”, tan solo un 70.5% de los adolescentes consideró que fuese cierta.

Es relevante dejar constancia de un número relevante de estudios científicos que concluyeron que los adolescentes evaluados sí presentaron altos niveles de conocimientos frente al VIH/sida, independientemente de que dicha variable conllevara o no a una adopción de conductas sexuales responsables (Dias, Matos y Gonçalves, 2008; Leickness et al., 2005; Montazeri, 2004).

Por ejemplo, Vinh, Raguin, Thebaud, Semaille y Tri (2003) encontraron que el 93% de los adolescentes encuestados presentaban unos conocimientos muy adecuados sobre el VIH/sida, constatando que conocían sus vías de transmisión y el uso del preservativo como método eficaz para prevenirlo.

Por su parte, Trani, Gnisci, Nobile y Angelillo (2005) evaluaron el nivel de conocimientos sobre VIH y conductas de riesgo presente en una muestra de 651 adolescentes italianos pertenecientes a un rango de edad entre los 14 y 20 años ( $M = 17.7$ ). Los resultados mostraron que una amplia mayoría (99.4%) sabía que el VIH se transmite a través de las relaciones sexuales, aunque el nivel de conocimiento alcanzado sobre otras ETS no fue satisfactorio.

Al mismo tiempo, existen investigaciones con resultados contradictorios o poco aclaradores sobre esta variable ya que muestran cómo los adolescentes a menudo presentan un alto nivel de información sobre aspectos generales de la epidemia, pero también conservan creencias erróneas que les ponen en peligro, especialmente en lo referente al área de conocimiento sobre las vías de transmisión del VIH (Bhattacharya, Cleland y Holland (2000). Según Allen et al. (2003) un alto número de adolescentes manifiesta que mantener relaciones esporádicas o casuales constituye una práctica de riesgo, y también creían que podían adquirir el VIH mediante besos en la mejilla o compartiendo una misma estancia con una persona seropositiva.

En ocasiones los estudios extraen resultados que muestran un nivel aceptable de conocimientos en la materia por parte de los adolescentes encuestados, pero aún así las tasas de aciertos no corresponden con los resultados esperados, demostrando así que persisten ciertas creencias



erróneas respecto a algunos conocimientos concretos sobre la epidemia. Merakou, Costopoulus, Marcopoulou y Kourea-Kremastinou (2002) encuestaron a 702 estudiantes de Atenas (Grecia) con edades comprendidas entre los 15 y 20 años, observando que un 72% de ellos demostró un nivel adecuado de conocimientos sobre el VIH/sida. Sin embargo, aún persistían creencias erróneas concretas relativas a las vías de transmisión (e.g., la saliva, la orina y el riesgo de la práctica de sexo oral).

Caballero y Villaseñor (2003) evaluaron el nivel de conocimientos sobre VIH/sida en una muestra de adolescentes mexicanos comprendida entre los 15 y 19 años ( $n = 758$ ). Entre otros aspectos concluyeron la importancia de aclarar en el diseño de futuras intervenciones preventivas ciertos aspectos del conocimiento sobre el tema que precisan ser modificados puesto que pueden inducir a formar actitudes negativas que predispongan a adoptar conductas de riesgo. Por ejemplo es necesario esclarecer las incertidumbres sobre la seguridad que proporciona el uso del preservativo; las dudas respecto a la transmisión del VIH en espacios clínicos donde personas con VIH/sida son atendidas; y trabajar la distinción conceptual entre VIH y sida.

Otro estudio realizado con una muestra de 1,594 adolescentes brasileños, con edades entre los 12 y 19 años, analizó el nivel de conocimientos que los adolescentes tenían sobre los métodos de protección frente al VIH, otras ETS y los embarazos no deseados. La principal conclusión a la que llegaron fue que el nivel de conocimiento registrado fue más bajo del esperado en los estudiantes, tanto de centros educativos públicos como privados. De hecho, se observó que sólo un 84.3% de los estudiantes de centros educativos privados y un 74.2% de estudiantes de centros educativos públicos presentaban una tasa de conocimiento adecuada respecto al preservativo masculino y su modo de empleo como medida de protección frente al VIH, ETS y embarazos no deseados (Motta, Costa, Osis, Sousa, Neto y Tadini (2006).

Yazdi, Aschbacher, Arvantaj, Naser, Abdollahi, Asadi, Mousavi, Narmani, Kianpishe, Nicfallah y Moghadam (2006) evaluaron una muestra iraní de adolescentes ( $n = 1,227$ ;  $M = 16.2$ ) y aportaron puntuaciones alcanzadas por los estudiantes al ser encuestados sobre el VIH/sida. La puntuación máxima posible a alcanzar era de 38 puntos, y se registró que la media total de nivel de conocimiento sobre el tema fue de 24.7 puntos. Se observó que un 16% de la muestra obtuvo una puntuación total mayor de



30 puntos; un 62% logró puntuar entre 20-30 puntos; un 21% solo alcanzó entre 10-20 puntos; y finalmente un 1% puntuó menos de 10. Además, se preguntó a la muestra qué percepción tenían sobre su propio nivel de conocimientos y tres cuartas partes de los encuestados afirmaron no tener suficientes conocimientos sobre la epidemia VIH/sida y sus implicaciones. Cuando se les preguntó de forma concreta sobre qué conductas de riesgo pensaban que podían provocar la transmisión del VIH, la opción “relaciones heterosexuales” apareció en cuarta posición señalada por un 90% de estudiantes, y por detrás de otras conductas de riesgo como “usar drogas intravenosas” (94%), “experimentar lesiones o heridas en convivencia con una persona seropositiva” (92%). La opción “mantener relaciones homosexuales” quedó relegada a un octavo puesto, referida solo por un 73%. No obstante, los datos más alarmantes obtenidos en este estudio, fueron los referentes a las medidas preventivas frente a la transmisión del VIH que ellos consideraban más efectivas, y entre varias opciones referidas se obtuvo que un 81% manifestó que el sistema público de vacunación contra el sida era la medida más preventiva; frente a un escaso 53% que señaló el uso consistente del preservativo en las relaciones sexuales.

Estos estudios demuestran que a menudo el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida es moderadamente aceptable pero con presencia de ciertas incongruencias en conceptos y creencias aisladas como las anteriormente señaladas (e.g., confusión entre conceptos VIH/sida, dudas sobre la eficacia del preservativo masculino, etc.), (Macchi, Benítez, Corvalán, Núñez y Ortizoga, 2008). Es necesario trabajar aún más en esta variable para lograr unos resultados eficaces y congruentes en el nivel de conocimientos de los adolescentes cuando reciben intervenciones preventivas.

La inconsistencia de algunos resultados que dejan entrever ciertos conocimientos contradictorios sobre el VIH/sida, siendo correctos solo parcialmente. Así pues, se puede deducir que es posible que algunas estrategias preventivas centradas en mejorar los conocimientos sobre el VIH/sida no estén logrando sus objetivos en la dirección o grado esperado (Navarro y Vargas, 2005), y quizás sea necesario ajustar los contenidos de dichas estrategias para lograr que los adolescentes obtengan un nivel de conocimientos adecuado y sin contradicciones que aumenten su vulnerabilidad como población de riesgo que son. Para lograr este objetivo es necesario seguir evaluando el nivel de conocimientos que poseen sobre

este tema, pero profundizando especialmente en las creencias erróneas que mantienen sus conductas sexuales de riesgo (DiClemente et al., 2002), ya que los adolescentes se perciben más informados de lo que realmente lo están, predominando el conocimiento subjetivo al objetivo (Villaseñor, Caballero, Hidalgo y Santos, 2002). La percepción de su conocimiento por ejemplo sobre el uso correcto del preservativo no está asociada al conocimiento objetivo actual, claro indicador de que el adolescente ignora que posee ideas erróneas o falsas creencias al respecto que le ponen en riesgo frente al VIH (Crosby y Yarber, 2001).

#### **4.2.3. Actitudes hacia el VIH/sida y las prácticas sexuales de riesgo**

Según Fishbein y Ajzen (1975) la actitud se define como la tendencia a responder de la misma forma ya sea favorable o no en relación a un objeto o situación dada, y dicha respuesta es aprendida. Al aplicar la Teoría de la Acción Razonada al campo de la prevención del VIH/sida, se postula que el aumento de la motivación para adoptar conductas saludables frente al VIH/sida, produce un aumento de actitudes positivas frente a las conductas protectoras y/o la percepción normativa sobre dichos comportamientos saludables (Fisher y Fisher, 1992).

Según Breckler y Wiggins (1992), las actitudes son predisposiciones aprendidas para actuar selectivamente y conducirse de determinada forma en la interacción social ante un objeto, como puede ser en este caso las relaciones sexuales. Por tanto, este concepto implica direccionalidad, puesto que hace referencia a un objeto frente al que la persona toma posición. Además, las actitudes generan polaridad afectiva (aceptación o rechazo), y operan como parte de un sistema de representación de la realidad. Son adquiridas en la interacción y regulan la conducta a posteriori. Tienen un carácter estable, pero pueden ser modificadas por estímulos externos, presentando una mayor o menor permeabilidad a dichas influencias externas.

Las actitudes no garantizan la realización final de una conducta, pero sí predicen una mayor probabilidad de aparición. Así, el hecho de que un adolescente decida mantener únicamente relaciones sexuales seguras, no es garantía de que finalmente se comporte así. En cualquier caso, los

datos de la investigación en este campo indican que aunque la intención no es suficiente, sí es necesaria. Diversos estudios han mostrado que la intención de mantener abstinencia sexual correlaciona negativamente con el número de experiencias sexuales. Por otro lado, la intención de usar preservativo en un futuro contacto sexual correlaciona positivamente con su uso (Goh, Primavera y Bartalini, 1996; Sheeran, Abraham y Orbell, 1999).

Las actitudes son una variable fundamental en la investigación de la prevención del VIH, pero los resultados de las últimas décadas resultan contradictorios. Algunos autores concluyen que las actitudes influyen en la adopción de conductas de riesgo, de modo que según la actitud que se forme un adolescente frente al VIH determina su posterior conducta de riesgo o conducta saludable (Sánchez, 1997); en cambio otros autores determinan que no existe ninguna relación entre las actitudes que los adolescentes se formen y las conductas de riesgo que puedan llevar a cabo (Brown, Lourie, Flanagan y High, 1998).

Esta variable ha sido estrechamente evaluada junto con la variable de nivel conocimientos sobre el VIH/sida, concluyendo en muchos casos que aquellos adolescentes que poseen un bajo nivel de información sobre el virus y demás aspectos implicados, tienden en mayor medida a elaborar actitudes desfavorables hacia la epidemia, las personas afectadas y hacia el uso de preservativo como método eficaz de prevención (Bermúdez y Teva, 2004).

Las principales áreas actitudinales evaluadas suelen ser las actitudes hacia las personas con VIH/sida; actitudes hacia las consecuencias de la epidemia en sí misma; actitudes hacia los comportamientos sexuales de riesgo que pueden conllevar la transmisión del virus; y actitud hacia el uso del preservativo.

Sobre el estudio de las actitudes hacia las personas que han sido diagnosticadas de VIH, se observa que a menudo los encuestados valoran desfavorablemente aspectos como la convivencia en contextos socioeducativos con personas seropositivas. Otra creencia muy arraigada que permanece a la base de una actitud negativa hacia las personas con VIH es la creencia de que dichas personas son merecedoras de tal enfermedad, y que si la padecen es porque se lo han buscado (Barros, 2001).

Merakou, Costopoulus, Marcopoulou y Kourea-Kremastinou (2002) evaluaron las creencias y actitudes frente al VIH/sida de una muestra de

702 adolescentes griegos, de los cuales uno de cada tres opinaban que ser seropositivo sería una vergüenza. Por otro lado, también manifestaron que apoyarían a un amigo o compañero de clase si fuera seropositivo, mientras que un 4.75% afirmaron que le darían de lado. Cuando se les pregunto a cerca de si en el caso de obtener un diagnóstico positivo en VIH lo revelarían a sus compañeros de clase, la mitad la de la muestra manifestó que no lo haría (52.9%), mientras que la mayoría de ellos se lo comunicaría a sus familiares (84%) y amigos íntimos (67.4%).

Según Castillo et al. (2001), los alumnos de la muestra que reclutaron (n = 611) mostraron actitudes ligeramente integradoras hacia los enfermos de VIH, de modo que el 34.4% y el 23.4% afirmaron estar totalmente en desacuerdo y en desacuerdo respectivamente respecto a que los enfermos de sida deberían vivir apartados del resto de población. Esta actitud favorable aumenta cuando el enfermo es un amigo al que sí visitarían (69.7%).

Yazdi et al. (2006) evaluó entre otros aspectos, las actitudes que una muestra de adolescentes iraníes presentaban frente a la epidemia del VIH/sida (n = 1,227; M = 16.2). Los resultados mostraron que un 91% estaba de acuerdo con que debería ser obligatorio someterse a la prueba diagnóstica del VIH antes de contraer matrimonio. Además, un 58% de la muestra opinaba que las personas seropositivas tendrían que ser apartadas de ciertos lugares públicos (permanecer en cuarentena), mientras que un 38% pensaba que no existe ninguna forma para prevenir la transmisión del virus.

Respecto a la actitud de los adolescentes hacia los métodos de protección, y especialmente, el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, se observa que cuando éstas han sido negativas han constituido un factor de riesgo para la transmisión del VIH pudiéndose establecer la intención de uso del mismo (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2000; Leickness et al., 2005). Según el estudio realizado por Merakou, Costopoulus, Marcopoulou y Kourea-Kremastinou (2002), algunas de las actitudes desfavorables hacia el uso preservativo masculino que predominan entre los chicos y chicas adolescentes son: restan sensación de placer al mantener relaciones sexuales (49.1% de los chicos y 31.6% de las chicas), los condones son útiles para mantener sexo con parejas ocasionales (66.3% de los chicos y 70.9% de las chicas), los preservativos son caros (16.6% de los chicos y 5.3% de las chicas), da vergüenza comprarlos (9.6% de los

chicos y 12.6% de las chicas), resulta ofensivo proponer su uso a la pareja estable (28.2% de los chicos y 10.3% de las chicas).

A nivel nacional, Santín, Torrico, López y Revilla (2003), analizaron las actitudes hacia los métodos anticonceptivos y profilácticos en una muestra española de estudiantes entre 14 y 20 años (n = 483). Tras el análisis de los resultados se encontró que un 51.4% de la muestra estaba de acuerdo con que “las relaciones sexuales programadas y planificadas pierden su valor al no ser espontáneas”; un 56.3% opinaba que “los métodos de protección en general fallan mucho”; un 40% de los adolescentes estaban de acuerdo con que “los métodos anticonceptivos resta placer a la relación sexual”; el 40.8% afirmó que “el uso de métodos de protección restaba espontaneidad al encuentro sexual”; el 21.1% de los estudiantes estaban de acuerdo con que “los métodos de protección son difíciles de conseguir”; y por último un 62.6% de la muestra afirmó que “me cortaría mucho ir a la farmacia a comprar pastillas o preservativos”. Algunas de estas actitudes negativas hacia el uso de métodos de protección frente al VIH, ETS y embarazo no deseado, conducen a pensar que los jóvenes continúan adoptando conductas sexuales de riesgo que les hace especialmente vulnerables frente al virus. Especialmente las actitudes respecto al preservativo como determinante de la disminución del placer en el coito, o la vergüenza para adquirir preservativos en la farmacia, como se ha señalado en el anterior estudio.

Ballester, Gil, Giménez y Ruiz (2009) encontraron en una muestra española de universitarios que aunque predominaba una gran actitud positiva hacia el uso del preservativo como método fiable de prevención del VIH / sida, la mayoría de los jóvenes no lo empleaban de forma consistente porque encontraban obstáculos o barreras como la disminución de la sensibilidad, el miedo a la rotura y la interrupción de la relación.

Es importante destacar también el papel desempeñado por las actitudes generadas hacia las conductas de riesgo. En una muestra de adolescentes de entre 15 y 19 años, se observó que el 63.4% de los chicos y el 67.6% de las chicas opinaban que si llevaban a cabo un cambio en su comportamiento podía protegerse del VIH. De igual modo, se obtuvieron resultados confrontados ya que casi la mitad de la muestra declaró haber cambiado su conducta para protegerse del VIH, pero al mismo tiempo un 59.9% de chicos y un 76.5% de chicas afirmaron que les gustaría mantener sexo sin usar

preservativo con alguna pareja que quisieran mucho (Merakou, Costopoulos, Marcopoulou y Kourea-Kremastinou, 2002).

A pesar de los esfuerzos preventivos por erradicar las actitudes negativas sobre el VIH/sida que favorecen en gran parte la estigmatización social de las personas afectadas, es necesario continuar investigando sobre las creencias erróneas que están a la base de las actitudes desfavorables y lograr cambiarlas por actitudes favorables que se ajusten a la realidad (García, 2005), especialmente teniendo en cuenta que el mantenimiento de este tipo de actitudes negativas, en combinación con los conocimientos erróneos sobre el VIH que persisten como se ha comprobado en el apartado anterior, están favoreciendo todavía el mantenimiento de conductas sexuales de riesgo en la actualidad. No se puede obviar los claros indicios sobre la relación existente entre el nivel de conocimientos sobre el VIH/sida y las actitudes generadas frente a la epidemia. Según el estudio realizado por Dias, Matos y Gonçalves (2005) con una muestra representativa de la población portuguesa ( $n = 6,137$ ;  $M = 14$ ), la evaluación mediante análisis de regresión de las actitudes hacia las personas seropositivas arrojó un 39% del total de la varianza explicada. Se concluyó que las actitudes generadas frente a personas portadoras del VIH son más positivas en aquellos adolescentes que son chicas, adolescentes matriculadas en décimo grado, portuguesas (no inmigrantes), adolescentes que presentan un adecuado rendimiento académico, que hablan con sus iguales y familiares sobre el sida, y que se informan activamente sobre la epidemia mediante lectura de libros o revistas. Profundizando todavía más en la relación conocimientos-actitudes, estos autores encontraron que los adolescentes de la muestra que contestaron correctamente a las preguntas sobre la vía sexual de transmisión, la apariencia saludable de una persona como falso indicador de ser o no portador del virus, o la falsa propiedad profiláctica de la pastilla anticonceptiva frente al VIH, informaron de más actitudes positivas hacia las personas que viven con el virus del VIH.

Resultados como estos constituyen claros indicadores de la importancia de profundizar en el estudio de la influencia de las variables conocimientos y actitudes respecto a la adopción de conductas sexuales de riesgo en la población adolescentes, y esclarecer que su estudio como variables aisladas no permiten avanzar en la prevención del VIH.

#### 4.2.4. Autoeficacia

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura en 1977 constituyéndose como componente esencial de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982). Dicho componente ha sido ampliamente descrito en el capítulo 2 del presente estudio, como uno de los elementos fundamentales del modelo sociocognitivo. Modelo teórico basado en la Teoría del Aprendizaje desarrollada por Bandura y en la que propone el término de autoeficacia, definiéndolo como la percepción que la persona tiene sobre su capacidad para controlar su propia conducta y el entorno (Bandura, 2001).

La definición más exacta de la autoeficacia es aquella que la define como la capacidad de la persona para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir unos logros dados (Bandura, 1977).

No obstante, y con el fin de aportar la mayor claridad y rigurosidad posible a la hora de emplear esta variable y su denominación, se estima oportuno diferenciar aquellos términos que con frecuencia se utilizan indistintamente para hacer referencia a un mismo concepto de forma equivocada: autoeficacia y autoconcepto.

El concepto de autoeficacia se refiere al sentimiento de confianza en las propias capacidades para manejar eficazmente ciertos estresores que se presentan en el día a día (Bandura, 1977). La expectativa de autoeficacia que desarrolle una persona influye tanto en su estado emocional como a nivel cognitivo y conductual. Una persona con pocas expectativas de autoeficacia tiende a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre su propia capacidad. Además, esa percepción de autoeficacia facilita las cogniciones respecto a las propias habilidades, actuando los pensamientos desarrollados al respecto como motivadores de la acción. Respecto a dicha acción o conducta, una persona que se percibe eficaz tiende a elegir tareas más desafiantes y persiste más en sus propósitos (Bandura, 1997; Sanjuan, Pérez y Bermúdez, 2000). Por lo general, el término de autoeficacia se emplea para referirse a la eficacia percibida respecto a una situación específica (e.g., aprobar un examen). Y puesto que, actúa en tres niveles (emocional, cognitivo y conductual), la conjunción de estos factores hace que la autoeficacia determine en gran parte comportamientos y acciones a posteriori (Olivari y Urra, 2007; Velásquez, 2009).



Por su parte, el autoconcepto es un término estrechamente ligado con la autoeficacia, pero constituye un constructo conceptualmente diferente. El autoconcepto es el conjunto de autopercepciones que conforman la imagen que una persona tiene de sí misma, y dicha imagen se forma a partir de factores cognitivos e interacciones sociales a lo largo del ciclo vital (Shalveson, Hubner y Stanton, 1976). De esta forma, autoeficacia y autoconcepto quedan diferenciados por dos aspectos condicionantes: la relevancia del juicio social y la amplitud de la valoración realizada. Es decir, mientras que la autoeficacia permite realizar juicios sobre capacidades para llevar a cabo una tarea o actividad específica, el autoconcepto incluye además evaluaciones globales formadas a partir de la comparación social sobre la valía de la persona en una determinada área de acción (García-Fernández, Inglés, Torregrosa, Ruiz-Esteban, Díaz-Herrero, Pérez-Fernández y Martínez-Montiagudo, 2010). Por ejemplo, un adolescente puede tener altas expectativas de autoeficacia sobre una tarea académica concreta como resolver problemas, pero presentar un bajo autoconcepto académico general (Bandura, 1977). Otro ejemplo que atañe a la diferenciación de estos constructos en el ámbito de prevención del VIH y comportamiento sexual, podría consistir en el caso de un adolescente que podría tener una alta autoeficacia sobre el uso del preservativo en sus relaciones sexuales, y al mismo tiempo presentar un bajo autoconcepto en relación a su desempeño social y personal en sus relaciones con el sexo opuesto.

El constructo de autoeficacia ha sido ampliamente utilizado en el ámbito de la salud, siendo aplicado a conductas tan diversas como el manejo de enfermedades crónicas, el uso de drogas, conducta sexual, fumar, hacer ejercicio, etc. Altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias positivas sobre el funcionamiento óptimo de las personas y su bienestar general, pudiendo afirmar que la autoeficacia está asociada con los comportamientos que promueven la salud (Brown, Lourie, Flanagan y High, 1998; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005). A lo largo del capítulo 2 del presente estudio, se ha dejado constancia de la relevancia que dicho modelo teórico, y en concreto el componente de la autoeficacia, ha tenido y continúa teniendo para el diseño de estrategias preventivas en la salud, siendo la prevención del VIH y su objetivo de generar conductas de protección frente al VIH, uno de los campos más interesados en el estudio y abordaje de la autoeficacia (Bandura, 2001; Mize, Robinson, Bockting y Scheltema, 2002). Décadas atrás ya fue el propio Bandura (1977) quien afirmó que la



autoeficacia es un constructo fundamental de trabajo para la prevención de la transmisión del VIH, y en concreto la principal variable relacionada con el uso del preservativo (Bermúdez, Herencia-Leva y Uribe, 2009).

Si se traslada la definición de autoeficacia del ámbito general de la salud al campo específico de la prevención del VIH, se podría considerar por ejemplo como la habilidad que tiene un individuo para no tener relaciones sexuales sin protección, para hablar con su pareja sexual sobre su historia sexual anterior así como de las posibles conductas de riesgo adoptadas en el pasado, y la habilidad de proponer el uso del preservativo, además de adquirirlo y utilizarlo correctamente (López, 1996).

Por tanto, la autoeficacia, desde el campo de la prevención primaria del VIH/sida, es considerada como predictora de la adopción de conductas saludables como es el uso del preservativo en las relaciones sexuales por parte de los adolescentes (Colón, Wiatrek y Evans, 2000; DiClemente, Wingood, Harrington, Lang, Davies y Hook, 2004), existiendo estudios donde la percepción de la autoeficacia está asociada a unos altos niveles de uso del preservativo (Meekers y Klein, 2002; Park, Sneed, Morisky, Alvear y Hearst, 2002).

Los estudios publicados al respecto manifiestan que se pueden encontrar diferencias de género en cuanto a la autoeficacia evaluada en este campo. Se observa que por lo general las mujeres presentan una mayor autoeficacia a la hora de practicar la abstinencia, mientras que los hombres tienen una mayor autoeficacia sobre el uso del preservativo (Kasen et al., 1992; López y Moral, 2001).

Giménez (2008) evaluó la autoeficacia en una muestra de 170 estudiantes universitarios españoles ( $M = 21.4$ ), resultando que los hombres presentaban mayor seguridad ante el posible rechazo de los demás por proponer el uso del preservativo o hablar sobre el tema, mientras que las mujeres manifestaban alta eficacia ante la posibilidad de que alguien piense que son portadoras de alguna ETS. En cambio, se hallaron puntuaciones inferiores en autoeficacia en cuanto a la capacidad de encargarse de comprarlos entre las mujeres, y en cuanto a la capacidad de parar en un momento de excitación para usar el preservativo y la incomodidad de colocarlo por parte de los hombres.

La autoeficacia en relación a la emisión de conductas protectoras frente al VIH como es el uso del preservativo ha sido estudiada y valorada, aunque no de forma amplia. Según Castro, Bermúdez, Buena-Casal y Madrid

(2011) la autoeficacia en el uso del preservativo puede actuar como mediadora en el inicio de las relaciones sexuales con penetración, funcionando como variable protectora. Observaron que aquellos adolescentes que presentaban más autoeficacia en el uso del preservativo tenían menos probabilidades de tener relaciones sexuales con penetración; y en el caso de que las mantuvieran, lo harían con una mayor seguridad que aquellos que presentan una baja autoeficacia sobre el uso del preservativo, tal y como afirmó en su momento DiClemente et al. (2004). De igual modo, Bermúdez, Teva, Ramiro, Uribe-Rodríguez, Sierra y Buena-Casal (2012) analizaron la conducta sexual en una muestra de 10,130 adolescentes en tres grupos étnicos (españoles, colombianos y panameños) y con una edad media de 15 años. Concluyeron que los adolescentes españoles presentaban mayores puntuaciones en autoeficacia para adoptar conductas sexuales saludables, en comparación con los otros grupos. Ballester, Gil, Ruiz y Giménez (2013) evaluaron la autoeficacia para la prevención del VIH/sida en una amplia muestra de jóvenes, obteniendo puntuaciones medias-altas y observando que las mujeres resultaron tener una mayor autoeficacia. Además, concluyeron que la autoeficacia correlaciona significativamente con la intención de adoptar una conducta preventiva.

Estos datos conducen a concluir la necesidad de continuar evaluando la implicación de la variable autoeficacia como mediadora en la adopción de conductas sexuales de riesgo, y el papel que desempeña en cuanto a eficacia como predictora junto con otras variables psicosociales para su inclusión en estrategias preventivas sobre población adolescente.

### **4.3. EVALUACIÓN DE FACTORES CLÍNICOS**

#### **4.3.1. Ansiedad social**

En la literatura científica se evalúan con frecuencia variables clínicas como la ansiedad o la depresión en población diagnosticada de VIH/sida (Martín et al., 2002; Sowell et al., 1997). También existen estudios donde se analizan dichas variables para valorar las consecuencias psicológicas del rechazo en grupos minoritarios y/o discriminados por ejemplo por su orientación sexual (Espada, Morales, Orgilés y Ballester, 2012). Pero casi siempre se trata de estudios enfocados en la prevención

secundaria y/o terciaria orientados a evaluar la calidad de vida de los pacientes con VIH/sida. En cuanto a la prevención primaria del VIH/sida la producción científica arroja muy pocos resultados sobre al análisis de variables clínicas como es el caso de la ansiedad social.

Por lo general, las personas con alta ansiedad social tienden más a la inhibición conductual, pero también existe un reducido grupo de estas personas que suelen adoptar estrategias conductuales caracterizadas por la excitabilidad, la impulsividad, la impredecibilidad y un temperamento fuerte. Las personas con alta ansiedad social que de forma enérgica resisten sus sensaciones ansiosas y sus pensamientos anticipatorios que les mantienen en alerta, tienden a agotar sus recursos de autorregulación con los que son capaces de prevenir eficazmente las conductas sociales no deseadas: conductas agresiva, autodestructiva o hedonista por ejemplo. Así mismo, estas personas suelen variar la cantidad de energía que dedican a inhibir y controlar sus reacciones emocionales naturales y por tanto se encuentran diferencias entre personas con mayor tendencia a la impulsividad y por el contrario personas más inhibidas (Kashdan, Elhai y Breen, 2008; Vohs, Baumeister y Ciarocco, 2005).

A pesar del escaso respaldo bibliográfico hallado, es esa tendencia impulsiva detectada en ciertas poblaciones adolescentes diagnosticadas de ansiedad social, la que hace de este trastorno psicológico una variable clínica susceptible de interés en relación a la adopción de conductas de riesgo para salud por parte de los más jóvenes. Además, la literatura científica deja constancia del papel desempeñado por el trastorno de ansiedad social en relación a otros problemas de salud o conductas de riesgo en la etapa adolescente (Faravelli et al., 2002; Olivares, Caballo, García-López, Rosa y López-Gollonet, 2003). Hecho que evidencia la necesidad de investigar qué rol podría estar ejerciendo esta variable clínica de cara a la prevención primaria de otro problema para la salud como es el VIH en dicha población en riesgo.

La patología que hoy es denominada como fobia social o trastorno de ansiedad social, es un problema psicológico tan antiguo como el propio ser humano. No obstante, no es hasta 1845 cuando Robert Burton describe el primer caso en una obra publicada; y no será hasta 1903 cuando Janet siente las bases de su nomenclatura actual. Sin embargo, no se ha tenido en cuenta su relevancia por parte de la comunidad científica hasta las dos últimas décadas. Dicho trastorno fue reconocido oficialmente como entidad

diagnóstica en 1980 con su inclusión en la tercera edición del *Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-III)* (Olivares et al., 2003).

La última versión del *Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV)* define el Trastorno de Ansiedad Social (TAS) como un miedo intenso y persistente a una o más situaciones sociales o de rendimiento en las cuales el individuo está expuesto a gente no familiar, o al posible análisis de otros. Los miedos individuales que experimentan los ansiosos sociales se centran en el comportamiento propio, considerando que su desempeño social será valorado muy negativamente por los otros y que su conducta dará lugar a una situación humillante o embarazosa (APA, 1994).

Dejando a un lado las definiciones establecidas en los manuales diagnósticos, cabe destacar las postuladas por autores como Stravynski, Bond y Amado (2004) que describen el TAS como un patrón clínico de autoprotección de la conducta social caracterizado por una preocupación intensa y excesiva a provocar reacciones negativas, como recibir críticas, burlas, o que su comportamiento sea juzgado como incorrecto o inapropiado, en relación con otros. Es típico el temor y el deseo de evitar las situaciones sociales en las que el individuo actúa o se comporta delante de una audiencia atenta (formal o informal), la cual mantiene un poder considerable sobre el destino del individuo, como personas con una posición de autoridad. Las principales preocupaciones son comportarse de modo incoherente o socialmente torpe, quedarse mudo y manifestar sintomatología ansiosa como rubor, temblor, sudoración, etc.

Según Ollendick y Hirshfeld-Becker (2002) el TAS puede definirse como un miedo marcado y persistente a las situaciones sociales y situaciones de rendimiento en las cuales el individuo podría sentir humillación o vergüenza. Es decir, la ansiedad social es el miedo a ser evaluado negativamente en situaciones sociales (Leary y Kowalski, 1995; Leitenberg, 1990).

Olivares (2009) la define como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona es observada por los demás y experimenta el temor de hacer algo o comportarse de una manera que resulte humillante o embarazosa. Esta se distingue de otros trastornos por el miedo y la evitación de las situaciones interpersonales y la elevada interferencia en la vida cotidiana.

Por su parte, Bados (2009) afirma que el TAS se caracteriza por un miedo intenso, persistente y excesivo en respuesta a una o más situaciones sociales o actuaciones delante de otros, en las cuales la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio de los demás. De este modo, la persona teme ser observada, actuar de forma que sea humillante o vergonzosa o mostrar síntomas de ansiedad con resultados similares de humillación. Las situaciones sociales o actuaciones en público se evitan o se soportan con una ansiedad o malestar social intensos. También señala que la fobia social interfiere marcadamente en la vida de la persona o produce un malestar clínicamente significativo.

*Tabla 9. Criterios del DSM-IV-TR para el diagnóstico de Fobia Social.*

A	<p>Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. <i>Nota:</i> En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.</p>
B	<p>La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. <i>Nota:</i> En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.</p>
C	<p>El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. <i>Nota:</i> En los niños puede faltar este reconocimiento.</p>
D	<p>Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.</p>

E	<p>Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.</p>
F	<p>En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.</p>
G	<p>El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).</p>
H	<p>Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de trastorno de la personalidad por evitación).</p>	

*Fuente: adaptado de APA (1994).*

En cuanto a las situaciones sociales temidas por los adolescentes, algunos estudios señalan el miedo a hablar en público y ser evaluado delante de gente como miedos más frecuentes (Bados, 2001; Beidel et al., 1999; Essau, Conradt y Petterman, 1999; García-López, Inglés y García-Fernández, 2008; Gren-Landell et al., 2009; Méndez et al., 2002; Strauss y Last, 1993).

Por otra parte, Méndez et al. (2002) concluyeron, en una muestra compuesta por 4,240 adolescentes españoles de 12 a 18 años, que las situaciones que generaban más ansiedad y dificultades eran referidas a conductas de interacción con el sexo opuesto como “pedir salir a alguien” o “acercarte y presentarte al chico/a que te gusta” y a respuestas asertivas como “pedir a un desconocido que apague su cigarrillo porque te molesta”. Las situaciones en las que los adolescentes manifiestan menos dificultades para relacionarse se situaban en el contexto familiar (“defenderte cuando tus padres te culpan por algo que no has hecho”, “quejarte a tus padres cuando no te dejan ir a una excursión escolar”, “defenderte cuando tu hermano/a te acusa de haberle estropeado algo suyo”) y las amistades (“defender a un amigo/a tuyo/a cuando está siendo criticado”, “dar las gracias a tus amigos/as cuando salen a tu defensa”, “dar las gracias a un amigo/a que te ayuda en tus tareas escolares”), así como la conducta asertiva “reclamar a la cajera del supermercado que te ha devuelto de menos”.

Existen estudios más recientes como el realizado por García-López et al. (2008) con una muestra de 2,543 adolescentes, donde se concluyó que la situación social más temida era hablar en público (11%), seguido por ser observado por otros (9,7%), ser protagonista de situaciones vergonzosas (9,3%) y ser rechazado (9%).

Respecto a las tasas de prevalencia del trastorno de ansiedad social, Olivares et al. (2003) en su exhaustiva revisión bibliográfica dejan constancia de que los primeros estudios sobre prevalencias del TAS se llevaron a cabo principalmente sobre población adulta, predominando por tanto este tipo de publicaciones. No es hasta la década de los 80 cuando se iniciaron los primeros registros de prevalencias en población infantil y adolescente, mediante entrevistas y autoinformes. Pero no es hasta las dos últimas décadas cuando encontramos estudios específicos sobre la prevalencia del TAS en población adolescentes, donde se emplean instrumentos de medida como cuestionarios y escalas para su evaluación. Así, Beidel, Turner, Stanley y Dancu (1989) y Strahan (2003) utilizando el *Social Phobia and Anxiety Inventory* (SPAI), hallaron en jóvenes universitarios norteamericanos una prevalencia del 19% y 22% de sujetos que cumplían los criterios de fobia social, respectivamente. Utilizando este mismo instrumento pero en población adolescente Hayward et al. (2008)

obtuvieron un porcentaje similar (19%) en 2,242 norteamericanos ( $M = 15.1$  edad).

Dell'Osso et al. (2003) utilizando el *Social Anxiety Spectrum Self-Report* (SHY-SR) encontraron un 17,7% de adolescentes italianos con altas puntuaciones en ansiedad social. Una prevalencia inferior (7,8%) fue hallada por Fonseca, Pacini y Fontes (2006) a través del *Social Phobia Inventory* (SPIN) en 116 adolescentes brasileños.

En España, Olivares et al. (2005) hallaron una prevalencia del 8.2% sobre una muestra de 15,965 adolescentes comprendidos en un rango de edad entre los 14 y 17 años.

Inglés, Méndez e Hidalgo (2001) realizaron un estudio con una muestra española de 538 estudiantes de 12 a 18 años, encontrando una tasa de prevalencia del 8,1%. Posteriormente, Inglés et al. (2008), utilizando una muestra de 2,022 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) ( $M = 13,81$ ) hallaron una tasa aproximada del 12% de sujetos con alta ansiedad social.

La edad media de inicio de este trastorno es establecida por la mayoría de estudios epidemiológicos entre los 14 y 16 años (Olivares et al., 2003).

Actualmente se considera uno de los desórdenes más diagnosticados en la etapa adolescente (Albano y Detweiler, 2001), tratándose por tanto de una patología que se presenta en una de las etapas más vulnerables del desarrollo humano, y es por ello que su interés de estudio en la presente investigación radica en la posible influencia que pueda tener como un factor añadido en la adopción de conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes.

Tras diversas revisiones realizadas (Faravelli et al., 2000; Olivares et al., 2003; Wittchen y Lepine, 1998) y teniendo en cuenta las considerables tasas de comorbilidad que presenta el TAS con otros trastornos de la salud como los desórdenes en la conducta alimentaria, los trastornos del estado del ánimo (e.g., trastornos de ansiedad, depresión, etc.), así como con comportamientos de riesgo para la salud (e.g., consumo de sustancias) (García-López, 2000), se antoja necesario evaluar la posible relación que dicho trastorno pueda tener con la tendencia de la población adolescente a involucrarse en comportamiento sexuales de riesgo frente a otro importante problema de salud como es el VIH/sida.



No puede obviarse que el TAS presenta un curso crónico e interfiere en el desarrollo normal y funcionamiento individual del adolescente (Beidel et al., 2007), habiendo sido estudiadas por esta razón diversas consecuencias que el TAS conlleva para el adolescente, como es el bajo rendimiento académico o la adopción de hábitos poco saludables como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas (Stein, Fuetsch, Müller, Höfler, Lieb y Wittchen, 2001).

Aunque no existen muchas publicaciones relevantes sobre la relación de la ansiedad social con la adopción de conductas sexuales de riesgo en la adolescencia, sí existe una línea de investigación ampliamente asentada en las últimas décadas donde se analiza el papel de la ansiedad social como factor predisponente a la adopción de conductas de riesgo como es el consumo de drogas. Estudios iniciales situaron alrededor de un 22% la prevalencia del abuso o dependencia del consumo de alcohol entre personas con fobia social (Himle y Hill, 1991; Kessler et al., 1997). Essau, Conradt y Petermann (1999) encontraron que en población adolescente el 23.5% de los encuestados diagnosticados de fobia social, presentaban abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias. Estos datos sugieren que la ansiedad social puede estar desempeñando un papel importante en el comportamiento de los adolescentes afectados y especialmente en la adopción de conductas de riesgo, pudiendo ocurrir lo mismo en el caso del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida.

Sin embargo, puede resultar difícil imaginar a un adolescente con fobia social involucrándose en comportamientos sexuales de riesgo que claramente implican la interacción social con otros. Por esto, cabe destacar a continuación algunos estudios donde se establecen ciertas características especiales del perfil de un adolescente con fobia social que podrían llevarle a adoptar conductas de riesgo frente a la epidemia con el principal objetivo de mejorar su estatus social. Objetivo notablemente valorado por los adolescentes diagnosticados de TAS, ya que éstos se perciben con una baja aceptación social y un bajo atractivo social, percepciones que les conduce a perderse importantes experiencias de socialización, contribuyendo así a un inadecuado desarrollo social (La Greca y López, 1998).

Los jóvenes con ansiedad social alta tienden a sentirse más ansiosos en situaciones donde son el centro de atención o cuando no saben cómo comportarse. Por lo general, aunque la ansiedad social es considerada como

un único constructo, algunos autores distinguen dos dimensiones: la ansiedad por ser observado y evaluado por los demás (ansiedad por observación), y la ansiedad a la hora de interactuar con los demás, especialmente en grupos sociales (ansiedad por interacción). La literatura sugiere que ambas dimensiones se diferencian claramente ya que la ansiedad por interacción social está asociada a pensamientos de baja autoafirmación cuando mantienen conversaciones cara a cara con los demás, mientras que la ansiedad por ser observado y evaluado tiene que ver más con miedos a la hora de realizar tareas o actividades frente a otros, especialmente cuando tienen que mantener una conversación espontánea y no planeada con antelación (Brown et al., 1997; Heimberg et al., 1999).

Existe un escaso volumen de estudios que sugieran la existencia de una relación directa entre la ansiedad social y el mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo (Hart y Heimberg, 2005). Por ejemplo, algunos estudios han encontrado que las personas con altas puntuaciones en ansiedad social, están menos predispuestas a mantener conversaciones sobre métodos de protección en sus relaciones sexuales y se sienten notablemente incómodas ante la posibilidad de negarse a mantener sexo desprotegido, especialmente en el caso de las mujeres heterosexuales (Leary y Dobbins, 1983). Asimismo, se observa que aquellos adolescentes con altas puntuaciones en ansiedad social están más predispuestos a no adoptar medidas de protección en sus relaciones sexuales puesto que se sienten incapaces de adquirir preservativos por sus propios medios o proponer su uso en pareja (Hingson et al., 1990).

Hart y Heimberg (2005) han sido de los primeros investigadores en analizar de forma específica la relación existente entre la ansiedad social y la práctica de sexo desprotegido. Analizaron dichas variables sobre una muestra de 100 adolescentes homosexuales y bisexuales entre 16 y 21 años y pertenecientes a diferentes culturas, y se observó que la ansiedad social por observación (miedo a ser evaluado) está significativamente asociada a la práctica del sexo anal, y además se comprobó que la vergüenza por adquirir y usar preservativos está asociada con el uso inconsistente de éstos. Del mismo modo, este estudio confirmó que los jóvenes con altas puntuaciones en ansiedad social tienden a usar alcohol y otras drogas como facilitador para desenvolverse en las situaciones sociales temidas. Y como ya se ha expuesto en el anterior capítulo, el uso de drogas reduce la percepción del riesgo y aumenta la

vulnerabilidad de los adolescentes para adoptar conductas sexuales de riesgo. Es por ello que, se considera que un adolescente que presente fobia social, a menudo recurre al uso del alcohol y drogas para lograr desinhibirse, y esto a su vez puede colocarlo en una situación de riesgo frente a la transmisión del VIH.

Para las personas afectadas por altos niveles de ansiedad social, el hecho de involucrarse en conductas sexuales de riesgo puede servirles como vía de escape a sus pensamientos ansiógenos, sensaciones y emociones como el miedo a las situaciones aversivas, sirviéndoles además como forma de restaurar la sensación de control personal por encima de los miedos personales. Por otra parte, no es de extrañar la asociación existente entre altas frecuencias de prácticas de riesgo como el sexo desprotegido o el consumo de drogas, y los trastornos psicológicos y problemas de salud que ha venido siendo documentada en décadas anteriores (Centers for Disease Control and Prevention, 2003). Tendencia a involucrarse en conductas de riesgo como las sexuales, que viene a respaldar Kashdan, Elhai y Breen (2008) en su estudio empleando una muestra de jóvenes universitarios con una edad media de 22 años, y entre otros resultados hallaron que la ansiedad social severa estaba positivamente relacionada con las valoraciones de amenaza sobre eventos sociales y sexuales ( $p < .05$ ), y también con valoraciones de curiosidad sobre el uso de drogas ( $p < .05$ ). Algunas de las conclusiones más interesantes arrojadas por este estudio es que las personas con ansiedad social perciben las actividades sociales que conllevan agresividad como una oportunidad de satisfacer su curiosidad, y además, consideran que la adopción de conductas sexuales de riesgo o conductas agresivas son una oportunidad para mejorar su estatus social y aparentar ser socialmente más atractivos ante los demás. Conclusiones que respaldan previas sugerencias realizadas por Kashdan (2007) sobre que las personas con mayor ansiedad social no tienen que presentar necesariamente anhedonia o bajo interés frente actividades agradables, y que pueden verse atraídas por la adopción de conductas de riesgo para su salud como medio de integrarse entre sus iguales.

Teniendo en cuenta que la situaciones interpersonales más temidas por los adolescentes diagnosticados de TAS son las que implican llevar a cabo algún tipo de comportamiento asertivo (e.g., expresar desacuerdo, rechazar peticiones, defender derechos personales...) con desconocidos o incluso con compañeros, y especialmente si son del sexo opuesto (Inglés et al., 2001),

es importante evaluar qué papel puede estar desempeñando esta variable clínica a la hora de exponerse a situaciones de riesgo frente al VIH en las que una conducta asertiva sería necesaria.

Dada la relevancia de las consecuencias del TAS en el desarrollo psicosocial de los adolescentes afectados, siendo uno de los principales diagnósticos realizados en contextos clínicos en la última década, se estima muy oportuno integrar esta variable clínica en el presente estudio, atendiendo a la imperiosa necesidad de ampliar la evaluación de factores psicosociales implicados en la prevención del VIH/sida para mejorar el alcance y eficacia de las intervenciones preventivas en población adolescente (ONUSIDA, 2008). Todo factor psicopatológico que pueda estar interfiriendo en las relaciones interpersonales del adolescente suscita interés en cuanto a la adopción de conductas de riesgo para la salud (Inglés et al., 2001), como puede ser el caso de las conductas sexuales de riesgo.



**SEGUNDA PARTE:**  
**ESTUDIO EXPERIMENTAL**





## **CAPÍTULO 5: OBJETIVOS E HIPÓTESIS**







## **5.1. OBJETIVOS**

### **5.1.1. Objetivo general**

El objetivo general del presente estudio es examinar y elaborar un modelo predictivo de los factores de riesgo para la prevención de la transmisión del VIH/sida en población adolescente. Se pretende examinar el valor predictivo de aquellos factores de riesgo que desde una perspectiva socio-cognitivo-conductual pueden estar facilitando a los adolescentes la adopción de comportamientos sexuales de riesgo posicionándolos en un estado de vulnerabilidad frente a enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y embarazos no deseados.

El interés que radica en la consecución de este objetivo es el de intentar aportar un conocimiento actualizado del papel que desempeñan diferentes factores de riesgo entre la población adolescente. Dado que dicha población está en proceso de maduración en una sociedad que todavía sigue haciendo frente a la epidemia del VIH. La justificación fundamental para este objetivo es la de dar respuesta a una necesidad informativa esencial para el desarrollo y mejora continua de las intervenciones preventivas que se llevan a cabo con adolescentes, partiendo siempre desde una concepción socio-cognitivo-conductual del individuo como agente activo en la adopción de conductas relacionadas con su salud.

### **5.2.2. Objetivos específicos**

#### **1. Describir las conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida:**

- ✓ Obtener un perfil del comportamiento sexual de la población adolescente española en relación a su vulnerabilidad frente a la transmisión del VIH por vía de transmisión sexual.

## **2. Analizar variables predictivas del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida:**

- Variables sociodemográficas
  - ✓ Se describirá y evaluará la capacidad predictiva de las variables sexo, edad, situación familiar (hijos de padres divorciados), rendimiento académico y orientación sexual de los adolescentes de la muestra.
  
- Variables cognitivas
  - ✓ Nivel de conocimientos sobre el VIH/sida que poseen los adolescentes. Se pretende saber qué conocen sobre la epidemia del sida: vías de transmisión del VIH, métodos de protección ante el VIH y otros aspectos generales de la epidemia.
  - ✓ Actitudes de los adolescentes hacia el VIH/sida y hacia la adopción de prácticas de riesgo. Se persigue conocer las actitudes positivas y/o negativas que los adolescentes poseen en relación a la epidemia, las personas seropositivas y la adopción de conductas sexuales de riesgo.
  - ✓ Norma percibida de los adolescentes en relación al comportamiento sexual de riesgo de sus iguales.
  - ✓ Autoeficacia de los adolescentes respecto a la adopción de conductas protectoras frente al VIH a través de la percepción de dificultad de acceso a los preservativos.
  
- Variable clínica
  - ✓ Se describirá y evaluará la capacidad explicativa de la ansiedad social registrada por los adolescentes de la muestra.

## **3. Elaborar un modelo explicativo de las conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida:**

- ✓ Analizar el papel desempeñado por las variables sociodemográficas, cognitivas, conductuales (conductas sexuales) y la variable clínica “ansiedad social” en la predicción de la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida.

- ✓ Comprobar la aplicación en muestra española del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (The Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB; Fisher y Fisher, 1992), y la elaboración de una variación del mismo mediante la inclusión del análisis de dos nuevas variables: rendimiento académico y ansiedad social.

## 5.2. HIPÓTESIS

5.2.1. En cuanto al comportamiento sexual de los adolescentes se establecen las siguientes hipótesis:

Se espera que la mayoría de adolescentes presenten un comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida. Entendiendo por comportamiento sexual de riesgo los siguientes parámetros conductuales descritos en la literatura científica reciente (Calafat et al., 2009; Planes, 1994; Teva, Bermúdez y Buéla-Casal, 2009a, Teva et al. 2012):

### Hipótesis 1

En la muestra de adolescentes predominará:

- ✓ Un considerable porcentaje de adolescentes sexualmente activos.
- ✓ Una edad de inicio en sus relaciones sexuales temprana (debut sexual en torno a los 15 años o menos).
- ✓ Tener más de una pareja sexual.
- ✓ Frecuentes prácticas sexuales con penetración y/o prácticas combinadas que implican riesgo de transmisión del VIH.
- ✓ Una inadecuada historia del uso del preservativo por parte de los adolescentes sexualmente activos: la mayoría no habrá usado el preservativo como método de protección en su primera relación sexual; elegirá el preservativo masculino como primer método de elección en sus relaciones sexuales frente a otros que solamente ofrecen protección ante embarazos no deseados y no profiláctica; y no estará haciendo un uso consistente (uso el 100% de las veces) del mismo.
- ✓ Consumo de drogas antes y durante las relaciones sexuales.

### **Hipótesis 2**

La orientación del deseo sexual tendrá una capacidad predictiva baja respecto a las conductas sexuales de riesgo.

**5.2.2. En cuanto al análisis de variables predictivas del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida, se detallan las siguientes hipótesis:**

### **Hipótesis 3**

Las variables sociodemográficas incluidas en el estudio (sexo, edad, estructura familiar y rendimiento académico) explicarán el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes:

✓ El sexo y la edad serán variables que marcarán diferencias estadísticamente significativas en un notable número de conductas sexuales de riesgo frente al VIH adoptadas por los adolescentes de la muestra.

✓ Una baja edad y el sexo masculino serán predictores de la adopción de conductas sexuales de riesgo. Se espera que sean los chicos los que tiendan en mayor medida a adoptar conductas sexuales de riesgo como tener un debut sexual más temprano, tener mayor número de parejas sexuales, usar drogas antes y durante el sexo (Lameiras et al., 2004; Rodríguez y Traverso, 2012; Teva et al., 2009a; 2009b). Y además, que presenten un menor nivel de conocimientos sobre el VIH/sida poniéndoles en una situación más vulnerable que en el caso de las chicas. De igual modo, los estudiantes de menor edad presentarán un mayor número de conductas sexuales de riesgo (Ballester y Gil, 2006; Teva et al., 2009).

✓ Se espera que los adolescentes con un estatus familiar caracterizado por ser hijos de padres separados o divorciados, presenten una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo. Siendo esta variable predictora del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida (Orgilés, Espada, Johnson, Huedo-Medina y Carratalá, 2012).

✓ A menor rendimiento académico, mayor probabilidad de involucrarse en situaciones de riesgo frente al VIH/sida, tal y como concluyen estudios donde se relaciona el bajo rendimiento académico con la probabilidad de involucrarse en comportamientos no saludables (Palacios y Andrade, 2007).

#### **Hipótesis 4**

Las variables cognitivas incluidas en el estudio (norma social percibida, autoeficacia conocimientos y actitudes) explicarán el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes:

✓ Se espera que la norma social percibida sobre el uso del preservativo y la autoeficacia (percepción de accesibilidad al uso de preservativos) tengan un efecto significativo sobre la adopción de conductas sexuales de riesgo, prediciendo el uso del preservativo (Bandura, 1977 y DiClemente, 1991).

La mayoría de los estudiantes percibirán un bajo uso del preservativo por parte de sus iguales en sus relaciones sexuales. Por tanto, se espera que informen sobre creencias acerca de que sus iguales no utilizan el preservativo con frecuencia en sus relaciones sexuales.

La mayor parte de la muestra presentará una percepción de difícil acceso al uso del preservativo. De modo que, manifestarán que no son fáciles de adquirir, presentando así una baja autoeficacia en relación a la adopción de conductas de riesgo.

✓ Los estudiantes presentarán un déficit en cuanto a su nivel de conocimientos sobre el VIH/sida, presentando puntuaciones por debajo de la puntuación media de la Escala de Conocimientos sobre el VIH/sida para adolescentes (HIV-KS; Espada et al., 2009). Se espera que en la muestra el nivel de conocimientos generales sobre la epidemia del VIH, sus vías de transmisión y los métodos de prevención se sitúe por debajo de la puntuación media. Además, el nivel de conocimientos sobre VIH/sida será un fuerte predictor de la conducta sexual de riesgo.

✓ Los adolescentes de la muestra obtendrán puntuaciones bajas en el Cuestionario de Actitudes hacia el sida para adolescentes (HIV-AS; Espada et al., 2012). Tenderán a manifestar una actitud desfavorable hacia la epidemia del sida y sus afectados, así como una actitud favorable hacia las prácticas de riesgo. Las actitudes desfavorables predecirán las conductas sexuales de riesgo.

### **Hipótesis 5**

La variable clínica incluida en el estudio (ansiedad social) predecirá el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes. Aquellos sujetos que puntúen en ansiedad social, tenderán en mayor porcentaje a involucrarse en varios comportamientos sexuales de riesgo.

**5.2.3. En cuanto a la elaboración del modelo predictivo para la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida, se establecen las siguientes hipótesis:**

### **Hipótesis 6**

Se espera que la muestra reclutada para la presente investigación confirme el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (The Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB; Fisher y Fisher, 1992).

### **Hipótesis 7**

Las variables cognitivas “norma social” y “autoeficacia”, la variable clínica “ansiedad social” y la variable sociodemográfica “rendimiento académico” actuarán como variables moderadoras entre el *conocimiento* y las *conductas sexuales* de los adolescentes en el modelo de Fisher (1992).

## CAPÍTULO 6: MÉTODO







## 6.1. PARTICIPANTES

Dado que el objetivo último de este trabajo es el de contribuir al desarrollo y mejora de los esfuerzos en prevención de VIH, se evaluaron datos sociodemográficos y personales en una amplia muestra para aproximarnos de forma exhaustiva al conocimiento de la población adolescente española.

Se reclutó, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, a 1,249 estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. Tras la exclusión de 33 casos debido a omisiones y/o errores en sus respuestas, siendo esta información perdida completamente aleatoria, la muestra final quedó compuesta por 1,216 adolescentes. Del total de la muestra, 692 participantes eran mujeres (56.9%) y 524 eran hombres (43.1%). El rango de edad de los participantes oscilaba entre los 15-18 años ( $M = 15.83$ ;  $DE = 0.78$ ). El 49.6% y 50.4% de los adolescentes cursaban 4º de E.S.O. y 1º de B.A.T. respectivamente en centros educativos de diferentes Comunidades Autónomas: Alicante (22.1%), Murcia (22.5%), Castellón (15.9%), Madrid (21.2%) y Oviedo (18.3%).

## 6.2. VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables incluidas en este estudio han sido clasificadas en las siguientes categorías: variables sociodemográficas, cognitivas, clínicas y conductuales. En función de los objetivos planteados e hipótesis a contrastar, algunas de estas variables serán trabajadas como dependientes e independientes en función de la hipótesis a confirmar, como es el caso de las variables referentes a la conducta sexual.

Tabla 10. Clasificación de variables de estudio.

	CATEGORÍA	NOMBRE
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	<b>VARIABLES CONDUCTUALES (CONDUCTA SEXUAL)</b>	Ser sexualmente activo (haberse iniciado en la actividad sexual y ser sexualmente activo en los últimos seis meses)
		Orientación sexual
		Edad de inicio en las relaciones sexuales
		Uso del preservativo en la primera relación sexual
		Consistencia del uso del preservativo (usarlo el 100% de las veces)
		Número de parejas sexuales
		Tipos de prácticas sexuales (masturbación, masturbación mutua, coito vaginal, coito anal y / o sexo oral)
		Consumo de drogas antes y durante las relaciones sexuales
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	Edad
		Sexo
		Estructura familiar (padres divorciados)
		Rendimiento académico
	<b>VARIABLES COGNITIVAS</b>	Nivel de conocimientos sobre el VIH/sida
		Actitudes hacia el sida
		Percepción normativa
		Autoeficacia (percepción de dificultad de acceso al uso del preservativo)
<b>VARIABLE CLÍNICA</b>	Ansiedad social	

### 6.3. INSTRUMENTOS

Partiendo del planteamiento general de la investigación, se elaboró una batería de evaluación que permitiese adecuar la recogida de datos a los objetivos establecidos.

El procedimiento que se siguió para la creación de dicha batería comenzó con la revisión bibliográfica de los instrumentos más utilizados para medir cada uno de los constructos del estudio detallado en líneas anteriores. Posteriormente, se procedió a la realización del escrutinio pertinente para la selección de aquellos cuestionarios y/o escalas que más se ajustaban a las necesidades de evaluación de la presente investigación. De este modo, se incluyeron los instrumentos seleccionados y se elaboró una batería de preguntas en el caso de aquellas variables conductuales para las que no fue posible hallar un instrumento adecuado tras la revisión bibliográfica.

A continuación se procede a describir la batería de instrumentos empleada en la investigación (ver Anexo).

#### **Parte primera:**

En la primera parte del conjunto de pruebas se incluyeron las instrucciones de cumplimentación y se presentó un breve cuestionario de siete ítems.

Este cuestionario recoge aquellos datos sociodemográficos que se han estimado relevantes para el estudio, organizados de la siguiente manera:

- Datos de procedencia: centro de estudios, curso y ciudad de pertenencia.
- Edad y sexo.
- Datos relevantes sobre la estructura familiar.
- Rendimiento académico: basado en número de suspensos, aprobados y sobresalientes que el alumno recuerde haber obtenido en la última evaluación.

Para completar el cuestionario el estudiante debía escribir su respuesta en los espacios facilitados para tales efectos, o bien marcar con una cruz el recuadro correspondiente.

**Parte segunda:**

La segunda parte del conjunto de pruebas estuvo compuesta de cuatro instrumentos de evaluación:

- **Escala de Conocimientos sobre el VIH/sida para adolescentes (HIV-KS; Espada et al., 2009).**

Escala compuesta por 10 ítems que evalúan el grado de conocimiento que los estudiantes poseen respecto a la temática VIH/sida mediante tres factores:

-Factor 1: transmisión oral del VIH. Este factor incluye tres ítems relacionados con comportamientos del sujeto y la posibilidad de transmisión del virus mediante fluidos salivares. Ejemplo de ítem: “Es peligroso compartir alimentos o agua con personas seropositivas o enfermas de sida”.

-Factor 2: efectos del VIH. Está compuesto por tres ítems sobre el proceso de infección y expansión del virus en el organismo. Ejemplo de ítem: “Las personas que se han infectado por el VIH pasan un período asintomático de 6 meses”.

-Factor 3: otras vías de transmisión del VIH. Factor que contiene cuatro ítems para evaluar los conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH. Ejemplo ítem: “El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales, seminales y por la sangre”.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, Espada et al. (2009) han obtenido, en una muestra de 1,216 adolescentes españoles, un coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) del total de la escala igual a .71 (.72 en el caso de los hombres y .70 en el caso de las mujeres). Por lo que respecta a las fiabilidades estimadas para cada subescala del instrumento, se observa que el factor 1, Transmisión oral, presenta una fiabilidad de  $\alpha = .78$ ; el factor 2, Efectos del VIH, presenta un coeficiente de fiabilidad de  $\alpha = .57$ ; y el factor 3, Otras vías de transmisión, alcanza una fiabilidad de  $\alpha = .61$ .

La escala presenta un formato de respuesta dicotómico con dos opciones posibles: verdadero/falso. El estudiante debe escoger una opción de respuesta para cada ítem, marcándola con una cruz en su casilla correspondiente.

Respecto a la corrección, para calcular la puntuación total debe sumarse 1 punto cuando la respuesta marcada es “verdadero” en los ítems 5 y 8, y sumar un punto cuando la respuesta marcada es “falso” en los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7, 9 y 10. A mayor puntuación total de la escala, mayor nivel de conocimientos sobre VIH/sida.

- **Cuestionario de Actitudes hacia el sida para adolescentes (HIV-AS; Espada et al., 2013).**

Cuestionario breve compuesto por 12 ítems que evalúan la actitud de los adolescentes hacia el sida y la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH. Este instrumento consta de cuatro subescalas:

-Obstáculos. Esta subescala mide mediante tres ítems la actitud generada hacia los obstáculos que los adolescentes perciben a la hora de adoptar conductas protectoras frente al VIH/sida como es el uso del preservativo. Ejemplo de ítem: “Si mi pareja quisiera practicar sexo sin protección, me negaría a tener una relación sexual”.

-Pruebas de detección. Subescala compuesta por dos ítems que evalúan la actitud de los adolescentes hacia las pruebas de detección para el diagnóstico de VIH y la posibilidad de someterse a ellas. Ejemplo de ítem: “Estaría dispuesto a realizarme las pruebas del sida si tuviera una práctica de riesgo”.

-Uso de preservativo. Mediante cuatro ítems que conforman esta subescala, se obtiene una medida de la actitud de los adolescentes hacia al uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Ejemplo de ítem: “Estaría dispuesto/a a llevar preservativos para mi uso”.

-Personas afectadas. Con esta subescala formada por tres ítems, se evalúa la actitud de los adolescentes hacia aquellas personas diagnosticadas de VIH y/o enfermas de sida. Ejemplo de ítem: “Estaría incómodo/a si en mi clase hubiese alguien con sida”.

Espada et al. (2013) analizaron la consistencia interna del cuestionario en una muestra de 1,216 adolescentes españoles y hallaron una fiabilidad de .77 (alfa de Cronbach) para el total de la escala. Así mismo, los coeficientes de fiabilidad estimados para cada subescala del cuestionario HIV-AS fueron los siguientes: Obstáculos,  $\alpha = .77$ ; Pruebas de detección,  $\alpha = .74$ ; Uso de preservativo,  $\alpha = .70$ ; y Personas afectadas,  $\alpha = .69$ . Este cuestionario presenta un formato de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 = “Totalmente en desacuerdo”, 2 = “En desacuerdo”,

3 = "De acuerdo", y 4 = "Totalmente de acuerdo". El estudiante debe escoger una opción de respuesta para cada ítem en la medida en que se sienta más o menos identificado/a con las afirmaciones presentadas, marcando con una cruz la casilla correspondiente.

- **Cuestionario de conducta sexual.**

Este cuestionario fue elaborado para la evaluación de la conducta sexual de los adolescentes así como para obtener mediante autoinforme una medida de la norma social percibida del uso del preservativo por parte de los iguales y la autoeficacia para acceder al uso del mismo. A partir de 14 ítems se indaga sobre los siguientes aspectos concretos del comportamiento sexual propio de los estudiantes:

- Ser o no ser sexualmente activo/a.
- Edad de inicio en las relaciones sexuales.
- Uso del preservativo en su primera relación sexual.
- Norma percibida respecto al uso del preservativo según comparación con sus iguales y autoeficacia (percepción de fácil acceso a los preservativos).
- Orientación sexual.
- Tipo de relaciones sexuales que practican.
- Número de parejas sexuales.
- Tipo de prácticas sexuales.
- Métodos de protección empleados en sus relaciones sexuales.
- Mantenimiento de relaciones sexuales bajo efectos de sustancias.

Aunque este cuestionario no ha sido sometido a estudio psicométrico sí fue generado por un grupo de expertos en VIH/sida, quienes en una primera fase de elaboración del instrumento identificaron las áreas más importantes de la conducta sexual de riesgo y participaron en la elaboración y posterior supervisión de los ítems incluidos en él.

Dicho instrumento combina varios tipos de escalas de respuestas según el tipo de ítems: escala de respuesta dicotómica (dos únicas opciones de respuesta), escala de respuesta tipo Likert (entre cuatro y seis puntos), y escala de respuesta abierta, donde el sujeto debe indicar él mismo su respuesta en el espacio dispuesto para ello.

- **Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca, 1998).**

Este instrumento está compuesto por 22 ítems, está dirigido a evaluar la ansiedad social en adolescentes, y consta de tres subescalas:

-Subescala de miedo ante las evaluaciones negativas de los pares (FNE). Ejemplo ítem: “Me preocupa lo que los demás digan de mí”.

-Subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o ante extraños (SAD-Extraños; SAD-N). Ejemplo ítem: “Sólo hablo con personas que conozco bien”.

-Subescala de ansiedad y evitación social en general (SAD-General; SAD-G). Ejemplo ítem: “Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo”.

Olivares, Ruiz, Hidalgo, García-López, Rosa y Piqueras (2005) analizaron la consistencia interna del cuestionario en una muestra de 1263 adolescentes españoles y hallaron una fiabilidad de .91 (alfa de Cronbach) para el total de la escala. Así mismo, los coeficientes de fiabilidad estimados para cada subescala del cuestionario SAS-A fueron los siguientes: FNE,  $\alpha = .94$ ; SAD-N,  $\alpha = .87$ ; SAD-G,  $\alpha = .80$ .

Respecto a la consistencia interna de este instrumento presentada en la muestra de este estudio, se ha obtenido un coeficiente de fiabilidad (alfa de Cronbach) igual a .89 para el total de la escala.

Ofrece una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos (“Nunca”; “Pocas veces”; “Algunas veces”; “Bastantes veces”; “Siempre”). Para la cumplimentación de esta prueba, el estudiante debe escoger una opción de respuesta para cada ítem, marcándola con una cruz en su casilla correspondiente.

CUADRO RESUMEN 2. Relación de instrumentos de medida y sus características.

INSTRUMENTO	¿QUÉ EVALÚA?	CARACTERÍSTICAS
<b>Cuestionario sociodemográfico</b>	Variables sociodemográficas (edad, sexo, centro de estudios, situación familiar, rendimiento académico, etc.).	<b>Número de ítems:</b> 7. <b>Tipo de escala de respuesta:</b> dicotómica (sí/no) y/o de respuesta abierta.
<b>Escala de Conocimientos sobre VIH/sida para adolescentes (HIV-KS; Espada et al., 2009).</b>	El grado de conocimiento sobre VIH/sida (aspectos generales y vías de transmisión).	<b>Número de ítems:</b> 10. <b>Subescalas o factores:</b> 3; “transmisión oral del VIH”, “efectos del VIH”, y “otras vías de transmisión”. <b>Tipo escala de respuesta:</b> dicotómica (verdadero/falso).
<b>Cuestionario de Actitudes hacia el sida para adolescentes (HIV-AS; Espada et al., 2013).</b>	La actitud de los adolescentes hacia el sida y la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH.	<b>Número de ítems:</b> 12. <b>Subescalas o factores:</b> 4; “obstáculos”, “pruebas de detección”, “uso del preservativo” y “personas afectadas”. <b>Tipo de escala de respuesta:</b> Likert de cuatro puntos, donde 1 = “Totalmente en desacuerdo”, 2 = “En desacuerdo”, 3 = “De acuerdo”, y 4 = “Totalmente de acuerdo”.
<b>Cuestionario de conducta sexual.</b>	Conducta sexual de los adolescentes. Norma percibida y autoeficacia respecto al uso del preservativo.	<b>Número de ítems:</b> 14. <b>Tipo de escalas de respuesta:</b> variable en función del tipo de ítems. Consta de: escala de respuesta dicotómica (dos únicas opciones de respuesta), escala de respuesta tipo Likert (entre cuatro y seis puntos), y escala de respuesta abierta.
<b>Escala de Ansiedad Social para Adolescentes (SAS-A; La Greca, 1998; Versión Española de Olivares y García-López, 1998)</b>	Tasa de ansiedad social en adolescentes.	<b>Número de ítems:</b> 22. <b>Subescalas o factores:</b> FNE; SAD-Extraños; SAD-General. <b>Tipo de escala de respuesta:</b> Likert de cinco puntos (“Nunca”; “Pocas veces”; “Algunas veces”; “Bastantes veces”; “Siempre”).



## 6.4. PROCEDIMIENTO

En la fase de reclutamiento de la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad comprendida entre los 15 y 18 años.
- Estar escolarizados en centros de educación secundaria españoles.
- No haber participado durante los dos cursos académicos anteriores en actividades preventivas del VIH/sida superiores a cuatro horas.

En base a estos criterios y siguiendo los objetivos de la investigación, se procedió a contactar por vía telefónica con diversos institutos de enseñanza secundaria de diferentes provincias españolas. Mediante este primer contacto telefónico se realizaron las presentaciones oportunas y se solicitaron entrevistas con los cargos directivos docentes de los centros. En las reuniones con los directores y/o jefes de estudios de los centros educativos implicados, se hizo entrega de un breve dossier informativo del proyecto de investigación, con ayuda del cual se procedió a explicarles el objetivo general de nuestra investigación, y se solicitó su participación en la misma y los permisos pertinentes para acceder a la muestra durante el curso escolar 2008-09.

Tras la confirmación de su participación y la obtención de los permisos necesarios, se establecieron las fechas para la aplicación de la batería de instrumentos de evaluación reservando aulas y horas necesarias, contando con el beneplácito de los docentes responsables en 4º de E.S.O. y 1º de B.A.T.

Finalmente, el proyecto contó con la participación de quince centros educativos españoles distribuidos en las siguientes provincias: Alicante (3), Murcia (3), Castellón (3), Madrid (3) y Oviedo (3).

Los investigadores estuvieron presentes durante la administración de las pruebas, haciéndose cargo del trabajo de campo y comprobando la correcta cumplimentación de la batería de cuestionarios. En esta fase, para el reclutamiento de la muestra, se contó con la colaboración de personal investigador de la Universidad Jaume I de Castellón, la Universidad Autónoma de Madrid y la Universidad de Oviedo.

Al inicio de la aplicación en cada grupo, se manifestó el carácter voluntario de la participación de los alumnos y se procedió a la lectura en voz alta de las instrucciones para la correcta cumplimentación. Se explicó la importancia de no dejar ninguna pregunta sin contestar,

enfaticando la necesidad de responder de forma independiente, y se aseguró el absoluto anonimato de su participación. Seguidamente, se aclararon las posibles dudas antes de comenzar a cumplimentar la batería de preguntas. El tiempo aproximado de aplicación de la prueba fue de 50 minutos.

## 6.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En cuanto finalizó el trabajo de campo, se eliminaron aquellos cuestionarios que no estaban correctamente cumplimentados, bien por no haber contestado a todos los ítems o bien por presentar un patrón de respuesta extraño que hiciese dudar de la veracidad de los datos aportados.

Tras esta primera criba se codificaron e introdujeron los datos recogidos. Una vez finalizada la base de datos, se estudiaron los valores perdidos para decidir el tipo de estimación de los mismos, en caso que fuera necesaria, procediendo con imputación múltiple cuando no se podían ignorar (Harel y Zhou, 2007). Posteriormente, se realizaron los análisis estadísticos necesarios para probar las hipótesis previamente redactadas. Para los análisis estadísticos se empleó el paquete estadístico SPSS 19.0, AMOS y MPlus.

- Análisis descriptivos y de frecuencias para evaluar los datos sociodemográficos de los participantes de la muestra y todas las variables incluidas en este estudio. Se analizaron las prevalencias comprobando la existencia de diferencias estadísticamente significativas en función del sexo y la edad de los participantes mediante la prueba chi cuadrado para las variables categóricas y la prueba t-student para las diferencias de medias de las variables cuantitativas.
- Análisis de regresión múltiple (bivariado) para evaluar el valor predictivo de cada variable incluida en el estudio respecto a la adopción de conductas sexuales de riesgo. Las variables cuantitativas se analizaron mediante regresión lineal, y las variables categóricas mediante regresión logística.

Los modelos de regresión permiten evaluar la relación entre una variable (dependiente) respecto a otras variables en conjunto (independientes). La regresión logística y lineal no puede

aplicarse indistintamente sin tener en cuenta el tipo de variable dependiente. Por ejemplo, la regresión lineal no es aplicable cuando la variable de interés es categórica, dado que al estimar el modelo de regresión no se respeta la restricción de que los valores de la variable dependiente oscilan entre una serie de valores que son los permitidos o reales, siendo el resto de valores imposibles. Es por eso que resulta más conveniente utilizar en ese caso el modelo de regresión logística. Sin embargo, ambos modelos de regresión se construyen aplicando modelos matemáticos similares (e.g., Nava y Pradad, 2008).

La regresión lineal es una técnica estadística que permite estudiar la relación entre variables, pudiéndose utilizar para explorar y cuantificar la relación entre la variable criterio (dependiente) y una o más variables predictoras (independientes) (Pardo y San Martín, 1998). Mediante el método de los mínimos cuadrados, consistente en calcular la suma de las distancias al cuadrado entre los puntos reales y los puntos definidos por la recta estimada a partir de las variables introducidas en el modelo, se obtuvo la mejor estimación que minimizó estas distancias. La predictibilidad de cada variable se cuantificó comparando su tamaño del efecto mediante el coeficiente de regresión obtenido y su significación estadística.

Por su parte, el modelado logístico permite estimar la probabilidad de que ocurra un evento o resultado (e.g., adoptar un comportamiento sexual de riesgo), frente a que no ocurra, en presencia de uno o más predictores (e.g., nivel de conocimientos sobre VIH, autoeficacia, etc.). Esta probabilidad se ha estimado mediante el tamaño del efecto cuantificado a través de *odd ratio* (OR) y su intervalo de confianza para determinar la significación. Si la OR es mayor que uno, por ejemplo 2, por cada vez que se dé el evento en ausencia de la variable independiente se dará dos veces si esta variable está presente. Por el contrario, si la OR es menor que uno, por ejemplo 0.5, la probabilidad de que se dé el evento en ausencia de la variable independiente será mayor que en su presencia (Hosmer y Lemeshow, 2000). Si el intervalo de confianza incluye el valor nulo, el 1 para la OR, concluiremos que dicho efecto no es significativo.

- Modelos de ecuaciones estructurales. El objetivo último de este estudio es evaluar si el modelo explicativo propuesto para la adopción de conductas sexuales de riesgo se ajusta a la muestra de estudiantes. Para ello se ha empleado esta técnica de análisis estadístico multivariante con la que se pueden contrastar modelos que proponen relaciones causales entre variables, permitiendo estimar el efecto y el tipo de relaciones entre dichas variables (e.g., Bollen y Long, 1993; Ruiz, Pardo y San Martín, 2010; Weston y Gore, 2006). Se consideran “modelos confirmatorios” porque su objetivo principal es confirmar mediante análisis de la muestra las relaciones propuestas a partir de la teoría explicativa que se haya empleado como referencia, siendo en este caso el Modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) y la versión del mismo que en este estudio se propone donde se incluye la variable ansiedad social. Según Ruiz et al. (2010), estos modelos son menos restrictivos y más flexibles que los modelos de regresión ya que permiten incluir errores de medida tanto en variables criterio (dependientes) como en variables predictoras (independientes). Además, presentan ventajas para la labor investigadora como permitir proponer el tipo y dirección de las relaciones que se esperan encontrar entre diversas variables incluidas en el modelo, para seguidamente estimar parámetros especificados por las relaciones propuestas a nivel teórico; es posible su representación gráfica; permiten hipotetizar efectos causales entre variables y concatenar efectos entre las mismas; son posibles las relaciones recíprocas; y permiten representar el efecto causal, predictor, mediacional y correlacional.

Según la medida, se distingue entre variable *observada* y *latente*. Las *observadas* son aquellas que son medidas directamente, y las *latentes* son aquellas características que se desearían medir pero no se pueden observar directamente y están libres de error de medición. Según el efecto, las variables pueden ser *exógenas* o *endógenas*. Una variable *exógena* es aquella que ejerce un efecto sobre otra variable, y una variable *endógena* es la que recibe el efecto de otra variable. En la Tabla 11 se exponen las variables incluidas en el modelo y su forma de evaluación de cada una de estas variables.

Tabla 11. Variables incluidas en el modelo explicativo de la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Variable	Según efecto	Según medida	Indicadores	Medida
Nivel de conocimientos sobre VIH	Exógena	Latente	Puntuaciones en subescalas “Vía de transmisión oral”; “Efectos del VIH” y “Otras vías de transmisión”	Escala HIV-KS
Actitudes hacia el VIH/sida	Endógena	Latente	Puntuaciones en las subescalas “Obstáculos”, “Uso del preservativo”, “Pruebas de detección del VIH” y “Personas seropositivas”	Escala HIV-AS
Norma social percibida	Endógena	Latente	Respuesta a ítems autoinformados: “uso preservativo” y “frecuencia de uso” por parte de los iguales	Cuestionario de Conductas Sexuales (ad hoc)
Comportamiento sexual de riesgo	Endógena	Latente	Respuestas a ítems autoinformados: “no uso del preservativo” y “frecuencia de relaciones sexuales”	Cuestionario de Conductas Sexuales (ad hoc)
Ansiedad social	Exógena	Latente	Puntuaciones en las subescalas “Miedo a la evaluación negativa de los pares”, “Ansiedad y evitación social a situaciones novedosas o extraños” y “Ansiedad y evitación social en general”	SAS-A

Los modelos propuestos se programaron mediante los programas estadísticos AMOS (Arbuckle, 1997) y Mplus (Muthen y Muthen, 1998-2009). En primer lugar se procedió a comprobar el cumplimiento de los supuestos de normalidad y linealidad y se usó imputación múltiple con Mplus para el pequeño número de valores perdidos. Seguidamente se evaluó el ajuste del modelo propuesto. Para ello, puesto que el estadístico  $\chi^2$  puede resultar significativo aún cuando los datos se ajusten de forma adecuada al modelo,

en el presente estudio se han tenido en consideración, además, las siguientes medidas de bondad de ajuste: índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), índice de ajuste normalizado (NFI), índice de bondad de ajuste (GFI), índice de bondad de ajuste corregido (AGFI) y raíz del residuo cuadrático medio estandarizado (RMSEA). La Tabla 12 muestra los valores de referencia que deben alcanzar cada uno de los estadísticos anteriormente mencionados para indicar un buen ajuste (Bentler, 1990; Ruiz et al., 2010). Finalmente se analizaron los efectos existentes entre las diferentes variables incluidas en los modelos, atendiendo a su tamaño del efecto y su significación.

Tabla 12. Estadísticos de bondad de ajuste y criterios de referencia

Estadístico	Abreviatura	Criterio
Chi-cuadrado	$\chi^2$	$p > .05$
Chi-cuadrado / grados de libertad	$\chi^2 / gl$	Menor que 3
Índice de bondad de ajuste comparativo	CFI	$p \geq .95$
Índice de Tucker-Lewis	TLI	$p \geq .95$
Índice de ajuste normalizado	NFI	$p \geq .95$
Índice de bondad de ajuste	GFI	$p \geq .95$
Índice ajustado de bondad de ajuste	AGFI	$p \geq .95$
Raíz del residuo estandarizado cuadrático medio	RMSEA	$p < .08$

Fuente: Ruiz et al., 2010.

## CAPÍTULO 7: RESULTADOS





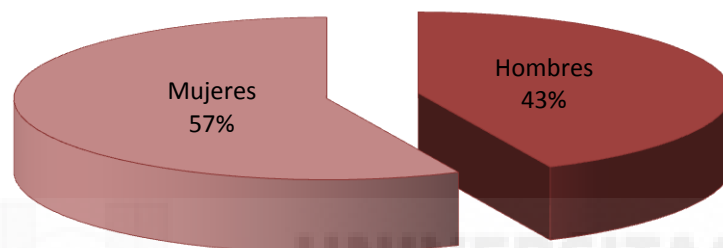


## 7.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

### 7.1.1. Sexo y edad

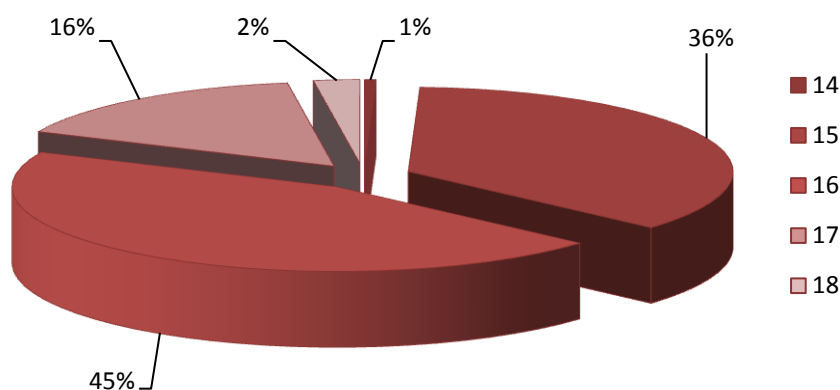
Un 56.9% de la muestra eran mujeres ( $n = 692$ ) y un 43.1% hombres ( $n = 524$ ).

Figura 15. Distribución de La muestra según el sexo (%).



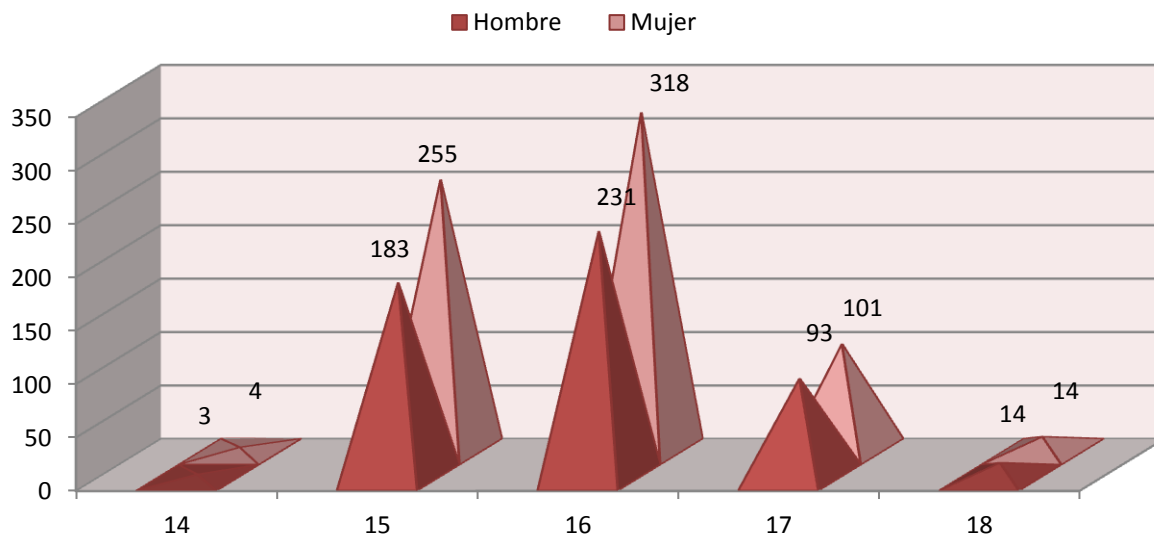
Los participantes se encontraban entre los 15-18 años de edad ( $M = 15.83$ ;  $DE = 0.78$ ).

Figura 16. Distribución de La muestra según La edad (%).



La edad promedio para las mujeres fue de 15.81 ( $DE = 0.76$ ) y para los hombres fue de 15.87 ( $DE = 0.80$ ). La prueba t-Student para muestras independientes permite concluir que no hay diferencias estadísticamente significativas en las medias de edad por sexo ( $t = 1.415$ ,  $p = 0.16$ ), asumiendo la igualdad de varianzas ( $F = .268$ ;  $p = .605$ ).

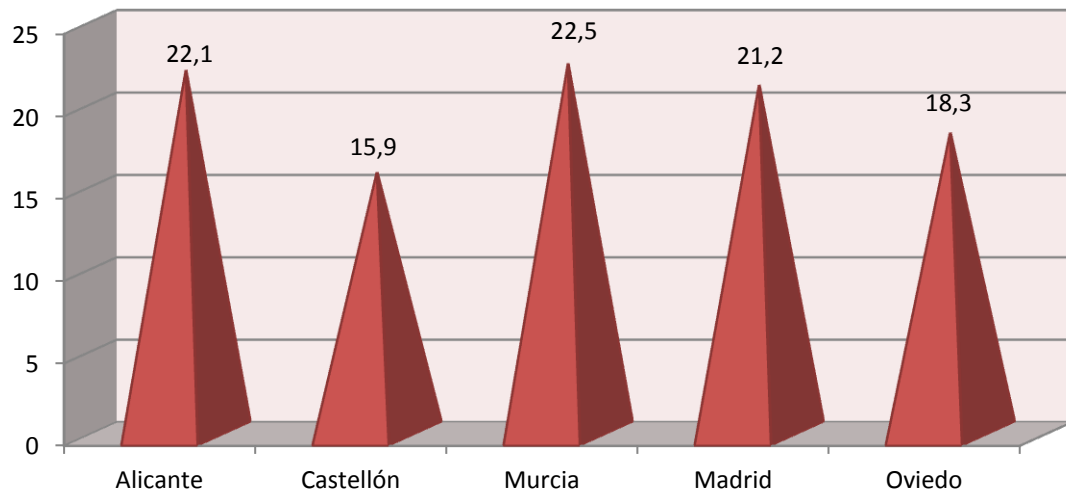
Figura 17. Distribución de la muestra según sexo y edad.



### 7.1.2. Procedencia geográfica y nivel de estudios

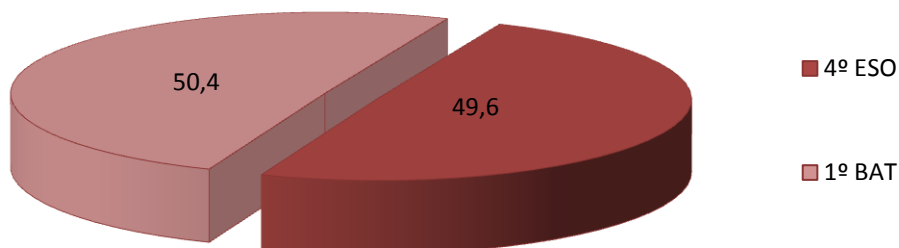
Los participantes se encontraban cursando estudios de 4º ESO y 1º BAT en 14 centros públicos de Enseñanza Secundaria distribuidos en cinco provincias españolas: Alicante, Murcia, Castellón, Madrid y Oviedo. De manera que, un 22.1% de los estudiantes de la muestra cursaban estudios en centros educativos de la provincia de Alicante ( $n = 269$ ), un 22.5% de los estudiantes proceden de la Región de Murcia ( $n = 273$ ), un 15.9% participantes estudiaban en Castellón ( $n = 193$ ), un 21.2% de los adolescentes pertenecían a centros educativos de la capital de Madrid ( $n = 258$ ), y un 18.3% de los estudiantes proceden de la provincia de Oviedo ( $n = 223$ ).

Figura 18. Distribución de la muestra según provincia española de procedencia (%).



Si se analiza la distribución de la muestra en función del curso en el que se encontraban estudiando, el 49.6% de los estudiantes ( $n = 603$ ) cursaban 4º de E.S.O., y el 50.4% ( $n = 613$ ) se encontraban en 1º de B.A.T.

Figura 19. Distribución de la muestra según el curso escolar (%).

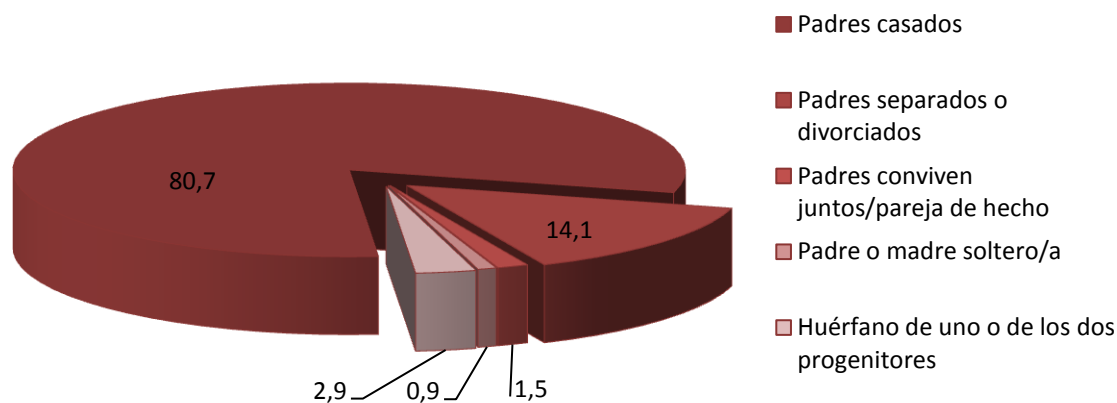


### 7.1.3. Estructura familiar

Respecto a la situación familiar informada por los sujetos, cabe destacar que la mayoría de los estudiantes indicaron que su situación familiar estaba caracterizada por la convivencia con ambos padres casados (80.7%). Y el 14.1% de los adolescentes manifestaron convivir con padres separados o divorciados. Un 1.5% de los participantes declararon ser hijos

de padre o madre soltero/a y, finalmente, un 2.9% afirmaron ser huérfanos de padre y/o madre.

Figura 20. Distribución de la muestra según situación familiar (%).



#### 7.1.4. Rendimiento académico

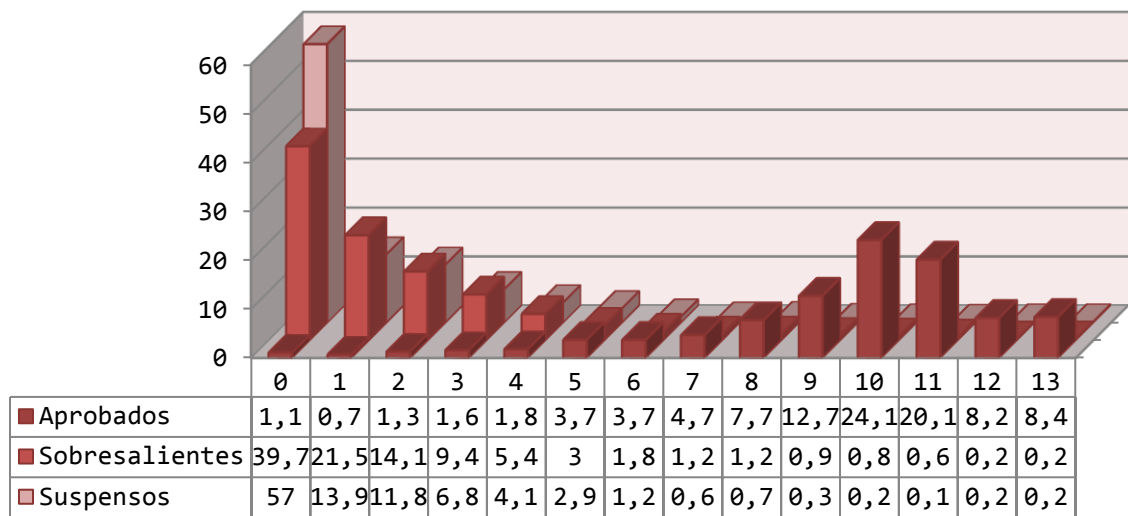
El promedio de suspensos obtenidos en la última evaluación escolar fue de 1.6 (DE = 1.873), el promedio de aprobados alcanzados fue de 9.36 (DE = 2.69), y el promedio de sobresalientes obtenidos fue de 1.70 (DE = 2.278).

Tabla 13. Descripción del rendimiento académico en la muestra.

	N	M	DE
R. A. Suspensos	1216	1.16	1.873
R. A. Aprobados	1216	9.36	2.688
R. A. Sobresalientes	1216	1.70	2.278

Nota: R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = desviación típica.

Figura 21. Distribución de la muestra según el rendimiento académico (%).



Las Tablas 14 y 15 indican el rendimiento académico en función del sexo.

Tabla 14. Promedio de calificaciones obtenidas en relación al rendimiento académico según sexo.

	Total muestra (N = 1216)	Sexo	M	DE
Nº suspensos	M = 1.16 DE = 1.873	HOMBRE	1.27	2.047
		MUJER	1.07	1.727
Nº aprobados	M = 9.36 DE = 2.688	HOMBRE	9.33	2.768
		MUJER	9.38	2.628
Nº sobresalientes	M = 1.70 DE = 2.278	HOMBRE	1.58	2.218
		MUJER	1.80	2.319

Nota: n = tamaño muestral; M = media; DE = desviación típica.

Tal como se expone en la Tabla 15, se llevó a cabo la prueba t-Student para muestras independientes asumiendo la igualdad de varianzas para todos los casos excepto para los datos relativos a las últimas calificaciones obtenidas que fueron “suspensos” ( $F = 5.969$ ;  $p = .015$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las chicas y los chicos en cuanto a su rendimiento académico en base al nº de suspensos, aprobados y sobresalientes obtenidos en su última evaluación.

Tabla 15. Diferencias en rendimiento académico según sexo.

Chicos (n = 524) Chicas (n = 692)	Prueba de Levene		Prueba T para diferencia de medias		
	F	p	t	gl	p
Nº suspensos	5.969	.015	1.809	1015.271	.071
Nº aprobados	.529	.467	-.038	1214	.758
Nº sobresalientes	1.503	.220	-1.712	1214	.087

Nota:  $n$  = tamaño muestral;  $F$  = estadístico de Levene;  $p$  = significación;  $t$  = t de student;  $gl$  = grados de libertad.

## 7.2. CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL

### 7.2.1. Actividad sexual

Entre los participantes un 47.9% afirmaron haber mantenido hasta el momento de la evaluación algún tipo de relación sexual. Es decir, un total de 582 estudiantes habían tenido algún tipo de experiencia sexual (masturbación y/o coito), mientras que 634 sujetos negaron haber tenido algún tipo de iniciación sexual hasta la fecha (52.1%). Los resultados difirieron significativamente entre la muestra masculina y femenina, mayor número de chicos que de chicas había tenido alguna iniciación sexual ( $\chi^2 = 18.601$ ;  $p = .001$ ).

Figura 22. Distribución de la muestra según actividad sexual (%).

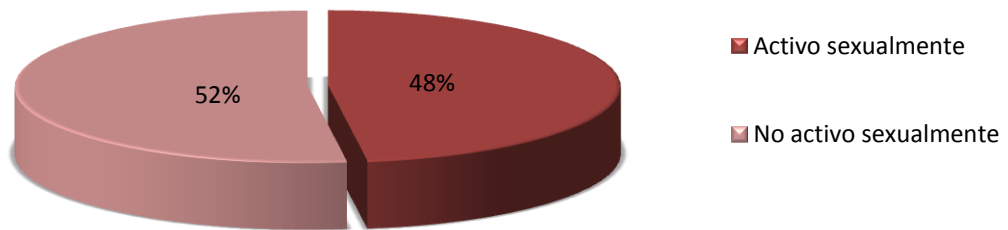
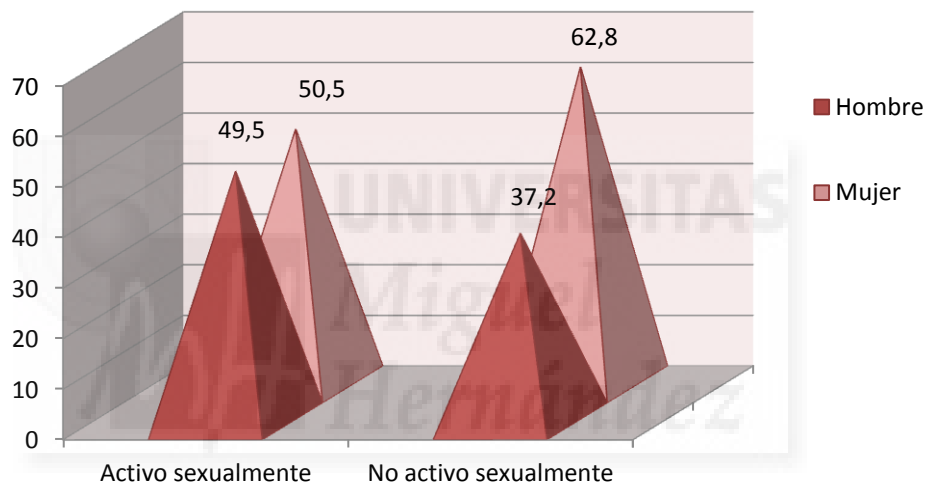


Figura 23. Distribución de la muestra según actividad sexual y sexo (%).



### 7.2.2. Edad de iniciación sexual

La edad media de la primera relación sexual de aquellos adolescentes activos sexualmente fue en torno a los 15 años. La prueba t-Student para muestras independientes muestra que no existen diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ( $t = -0.90$ ;  $p = 0.37$ ), asumiendo la igualdad de varianzas ( $F = 2.440$ ;  $p = .119$ ).

Tabla 16. Edad media de iniciación sexual según sexo.

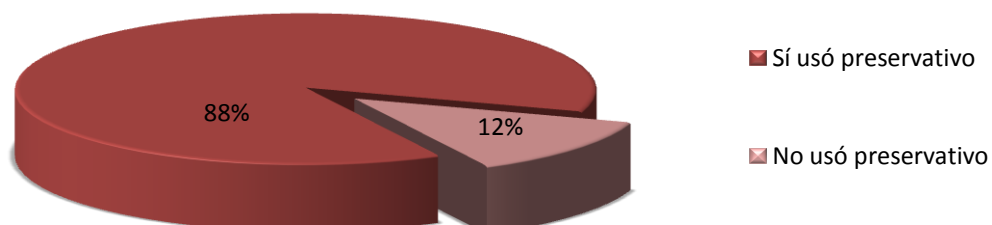
	SEXO	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>M</i>	<i>DE</i>
1ª RELACIÓN SEXUAL	Hombre	288	49.5	14.99	1.101
	Mujer	294	50.52	15.07	1.004

Nota: *n* = tamaño muestral; *n* (%) = porcentaje; *M* = media; *DE* = desviación típica.

### 7.2.3. Uso del preservativo en la primera relación sexual

El 87.6% de la muestra que se declaró sexualmente activa ( $n = 582$ ) sí utilizó el preservativo masculino en su primera relación sexual con penetración. Sin embargo, un 12.4% no lo utilizó.

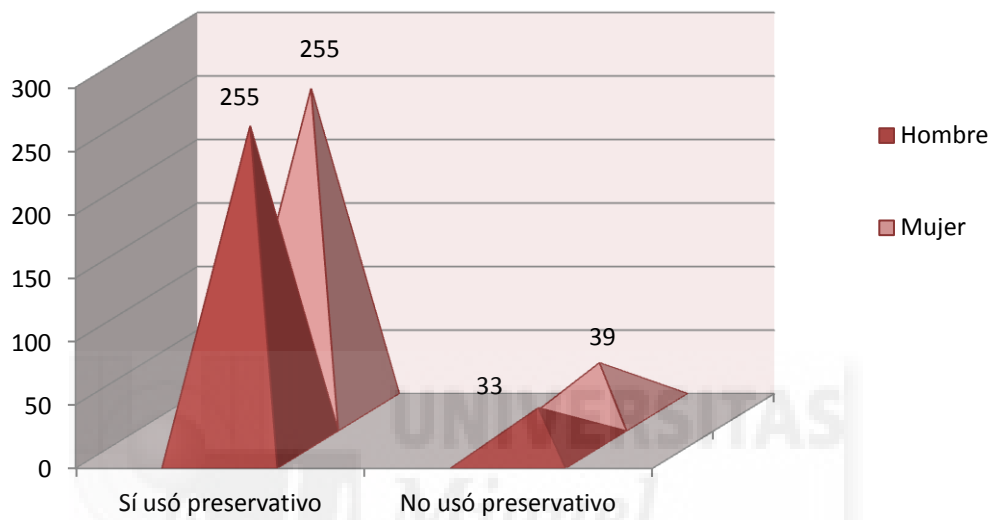
Figura 24. Distribución de la muestra según uso del preservativo en la primera relación sexual (%).





Del total de la muestra sexualmente activa, un 50% de los hombres y un 50% de las mujeres sí emplearon el preservativo en su primera relación sexual, mientras que un 45.8% de los hombres y un 54.2% de las mujeres no lo utilizaron, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $\chi^2 = .438$ ;  $p = .531$ ).

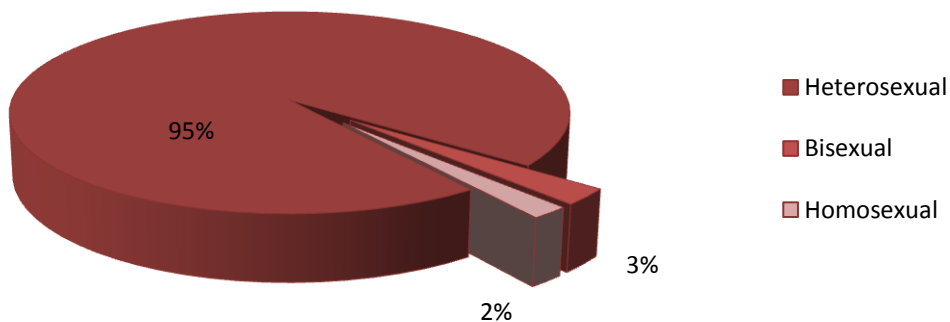
Figura 25. Distribución de la muestra según uso preservativo en la primera relación sexual y sexo.



#### 7.2.4. Orientación sexual

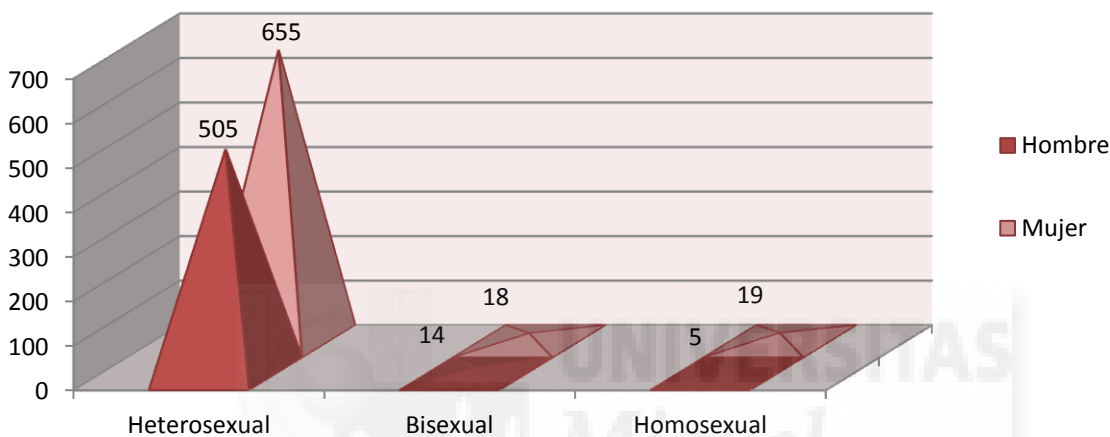
Entre los participantes un 95.4% ( $n = 1,160$ ) manifestó ser heterosexual, mientras que un 2.6% ( $n = 32$ ) de la muestra afirmó ser bisexual y un 2% ( $n = 24$ ) se declaró homosexual.

Figura 26. Distribución de la muestra según orientación sexual (%).



La distribución de la orientación sexual de los participantes según su sexo no presentó diferencias estadísticamente significativas al respecto ( $\chi^2 = 4.947$ ;  $p = .068$ ). Entre los participantes heterosexuales ( $n = 1,160$ ), un 43.5% eran hombres y un 56.5% eran mujeres. De igual modo, entre los participantes bisexuales ( $n = 32$ ), un 43.8% eran hombres y un 56.3% mujeres. Y por último, entre los participantes homosexuales registrados ( $n = 24$ ), el 20.8% eran hombres y el 79.2% mujeres.

Figura 27. Distribución de la muestra según orientación sexual y sexo.



### 7.2.5. Número de parejas sexuales

El número medio de parejas sexuales entre los adolescentes activos sexualmente durante los últimos 6 meses fue de 1.67 para los hombres y 1.39 para las mujeres, difiriendo de forma significativa ( $t = 2.54$ ;  $p = .011$ ).

Tabla 17. Número de parejas sexuales según sexo.

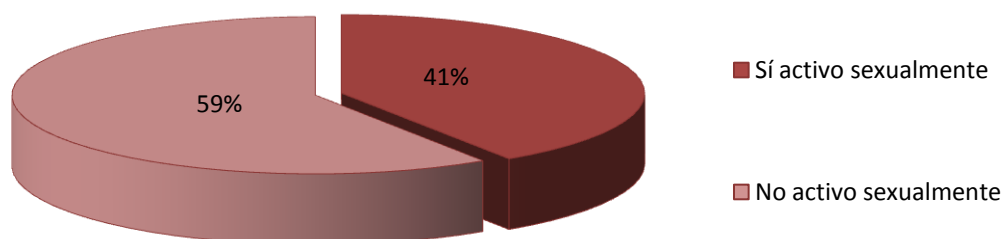
	SEXO	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	<i>M</i>	<i>DE</i>
Nº PAREJAS SEXUALES	Hombre	240	41.2	1.67	1.352
	Mujer	254	43.6	1.39	1.082

Nota: *n* = tamaño muestral; *n* (%) = porcentaje; *M* = media; *DE* = desviación típica.

### 7.2.6. Actividad sexual en los últimos 6 meses

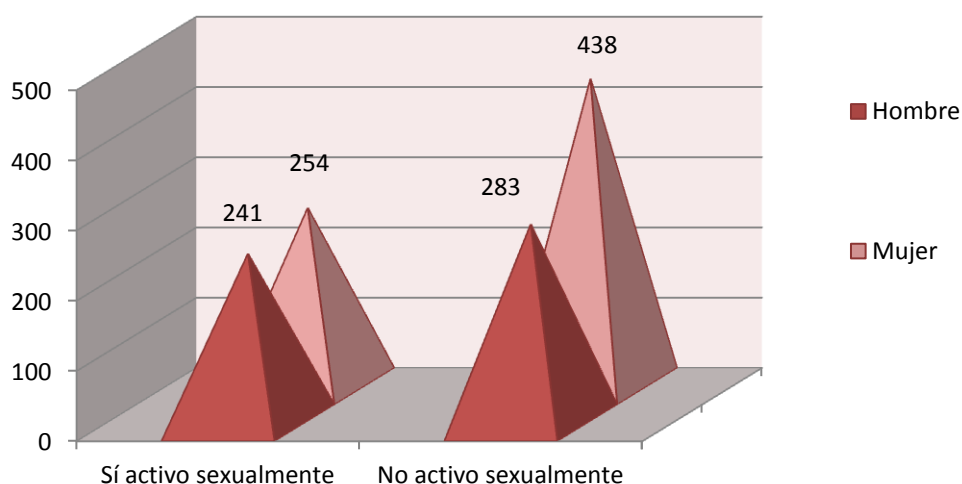
Del total de participantes (N = 1,216), un 40.7% (n = 495) confirmó ser sexualmente activos durante los últimos seis meses, mientras que un 59.3% (n = 721) señaló no haber mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.

Figura 28. Distribución de la muestra según actividad sexual en los últimos 6 meses (%).



Un 48.7% de los hombres y un 51.3% de las mujeres manifestaron haber mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses, mientras que un 39.3% y un 60.7% respectivamente negaron haberlas mantenido en ese período, difiriendo significativamente ( $\chi^2 = 10.656; p = .001$ ).

Figura 29. Distribución de la muestra según actividad sexual en los últimos 6 meses y sexo.



### 7.2.7. Frecuencia de las relaciones sexuales

Entre los adolescentes sexualmente activos en los últimos seis meses ( $n = 495$ ), las frecuencias de mantenimiento de relaciones sexuales que alcanzaron mayores porcentajes fueron: “2 ó 3 veces/mes” (29.1%), “1 vez/mes” (27%), y “1 ó 2 veces a la semana” (24%), no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en función del sexo ( $\chi^2 = 9.326$ ;  $p = .052$ ).

Figura 30. Distribución de la muestra según frecuencia de la actividad sexual en los últimos 6 meses (%).

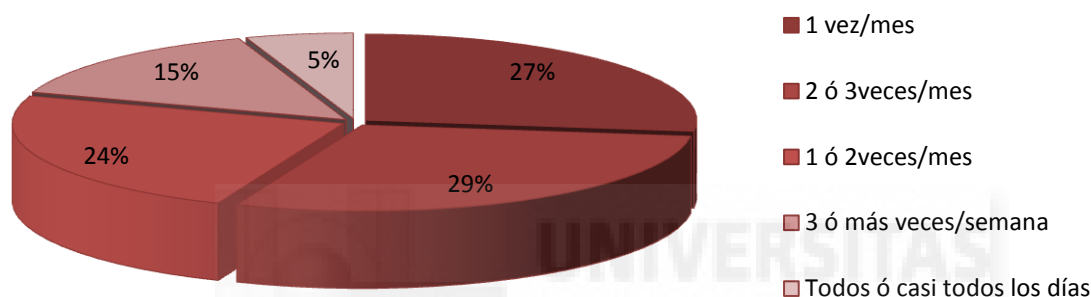


Tabla 18. Distribución de la muestra según frecuencia de actividad sexual en los últimos 6 meses y el sexo.

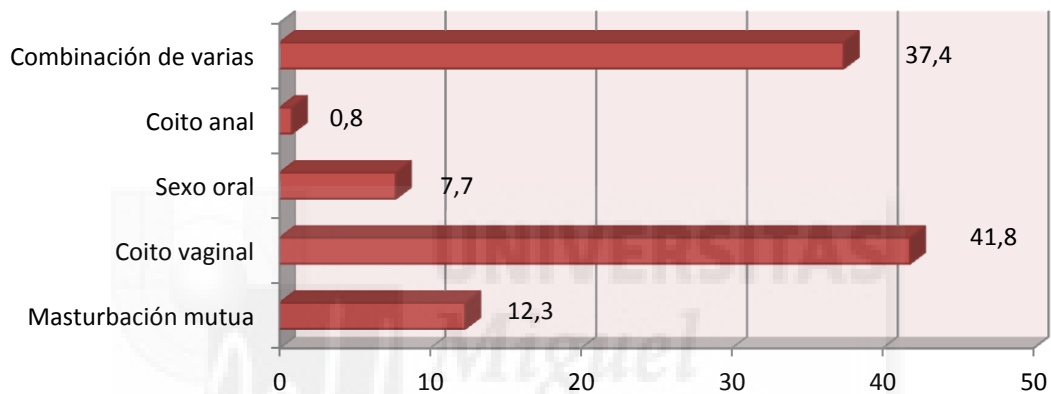
		Hombre	Mujer	Total
1 VEZ/MES	n	79	55	134
	%	59.0	41.0	100
2 Ó 3 VECES/MES	n	67	77	144
	%	46.5	53.5	100
1 Ó 2 VECES/SEMANA	n	48	71	119
	%	40.3	59.7	100
3 Ó MÁS VECES A LA SEMANA	n	34	38	72
	%	47.2	52.8	100
TODOS O CASI TODOS LOS DÍAS	n	13	13	100
	%	50.0	50.0	100
Total	n	241	254	495
	%	48.7	51.3	100

Nota:  $n$  = tamaño muestral; % = porcentaje.

### 7.2.8. Tipo de prácticas sexuales

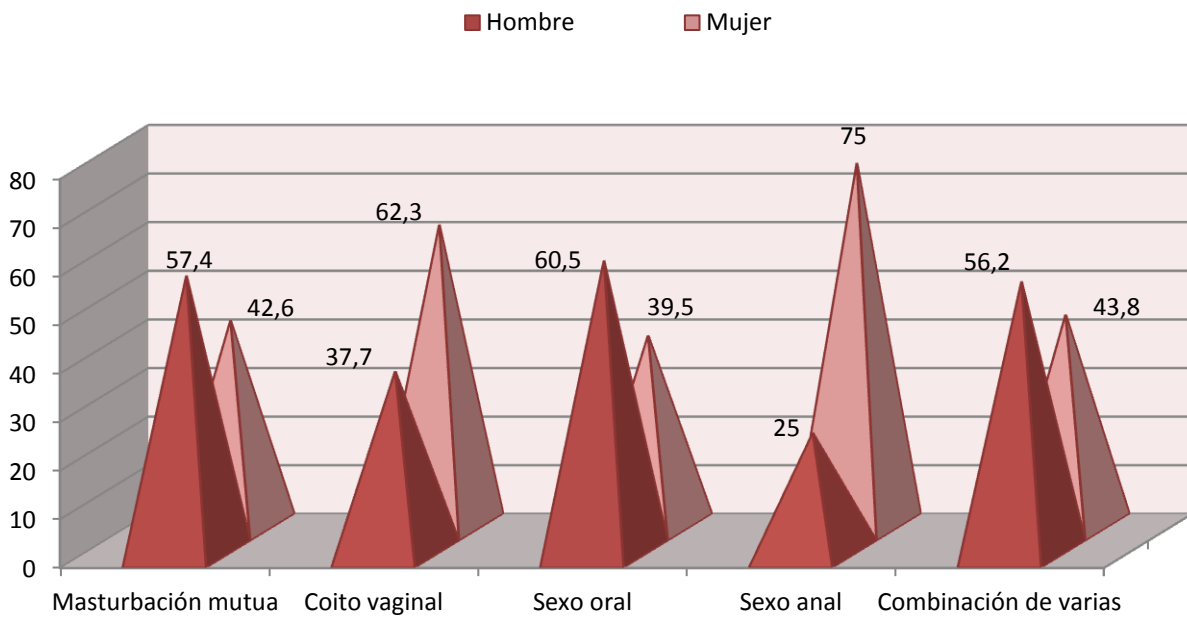
El tipo de práctica predominante entre los adolescentes sexualmente activos ( $n = 495$ ) fue el coito vaginal (41.8%), seguido de la masturbación mutua (12.3%), del sexo oral (7.7%) y del coito anal (0.8%). También destacó la combinación de dos o más tipos de práctica sexuales (37.4%).

Figura 31. Distribución de la muestra sexualmente activa, según tipo de práctica sexual (%).



Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de práctica sexual en función del sexo ( $\chi^2 = 19.109$ ;  $p = .001$ ). Los hombres sexualmente activos ( $n = 241$ ) señalaron en mayor medida practicar el sexo oral (60.5%), la masturbación mutua (57.4%), y la combinación de varias prácticas sexuales (56.2%). Por su parte, las mujeres informaron de una mayor práctica del coito anal y vaginal (75.0% y 62.3% respectivamente), seguido de la combinación de varias prácticas sexuales (43.8%) y la masturbación mutua (42.6%).

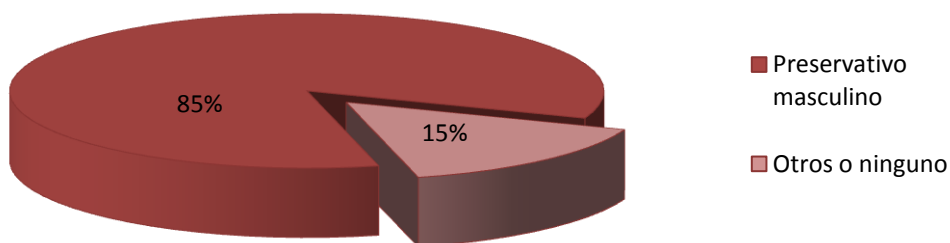
Figura 32. Distribución de La muestra sexualmente activa, según tipo de prácticas sexuales y sexo (%).



### 7.2.9. Uso de métodos de protección

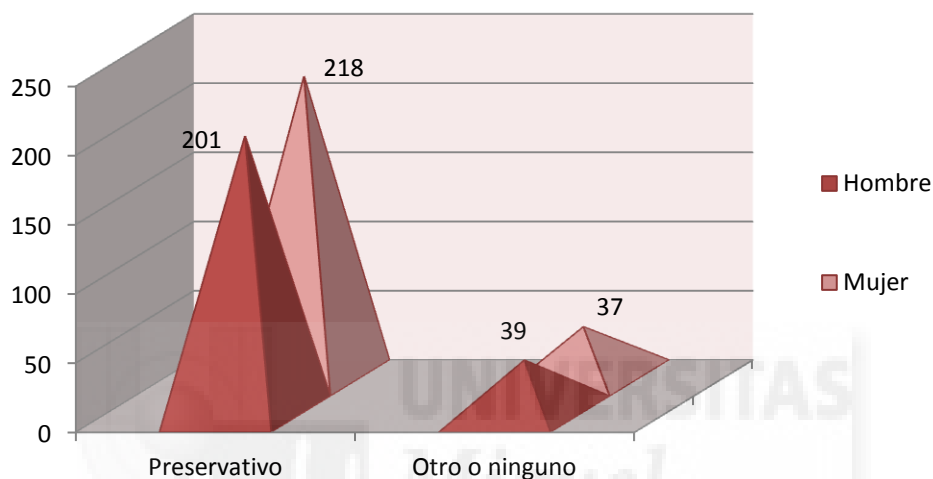
Entre los estudiantes sexualmente activos en los últimos 6 meses, un 84.6% (n = 419) escogió el preservativo masculino como método de protección utilizado en sus relaciones sexuales, frente al 15.35% (n = 76) que refirió el uso de otros métodos o de ninguno.

Figura 33. Distribución de La muestra sexualmente activa, según método de protección escogido (%).



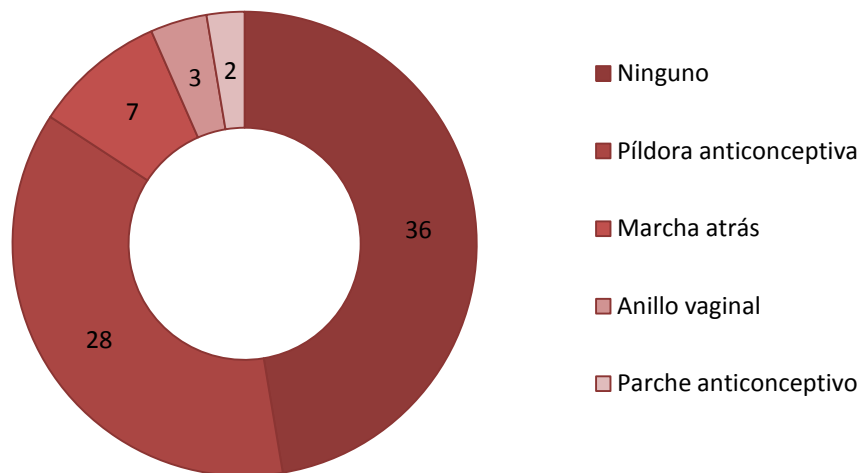
Del total de los 419 sujetos que señalaron que utilizan el preservativo, un 48% fueron hombres y un 52% mujeres. En cambio, de los 76 sujetos que señalaron utilizar “otro método o ninguno” (distinto del preservativo), un 51.3% fueron hombres y un 48.7% mujeres. Aunque las diferencias no eran estadísticamente significativas ( $\chi^2 = .288$ ;  $p = .619$ ).

Figura 34. Distribución de la muestra sexualmente activa, según método de protección escogido y sexo.



Aquellos adolescentes que aseguraron emplear “otros métodos o ninguno” ( $n = 76$ ) en lugar del preservativo masculino, señalaron la píldora anticonceptiva ( $n = 28$ ) y la marcha atrás ( $n = 6$ ) como los “otros métodos” utilizados con mayor frecuencia por detrás del preservativo. Además, del total de la muestra sexualmente activa en los últimos 6 meses, que manifestó emplear otros métodos diferentes del preservativo o ninguno ( $n = 76$ ), 36 sujetos informaron de no utilizar habitualmente “ningún método de protección”. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre hombre y mujeres.

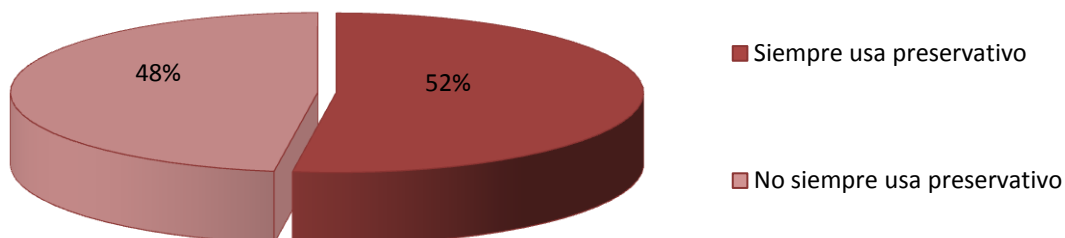
Figura 35. Distribución de La muestra sexualmente activa, según método de protección escogido, diferente del preservativo masculino.



#### 7.2.9.1. Consistencia del uso del preservativo

Entre los estudiantes que afirmaron ser sexualmente activos y escoger el preservativo masculino como método de protección en sus relaciones sexuales ( $n = 419$ ), un 52.3% ( $n = 219$ ) afirmaron utilizar el preservativo de forma consistente en sus relaciones sexuales (siempre o 100% de las veces). Mientras que un 47.7% ( $n = 200$ ) no utilizó el preservativo el 100% de las veces que mantienen relaciones sexuales.

Figura 36. Distribución de La muestra sexualmente activa, según consistencia del uso del preservativo (%).



Por otra parte, no existieron diferencias estadísticamente significativas en la consistencia del uso del preservativo entre chicos y chicas ( $\chi^2 = .013$ ;  $p = .922$ ).

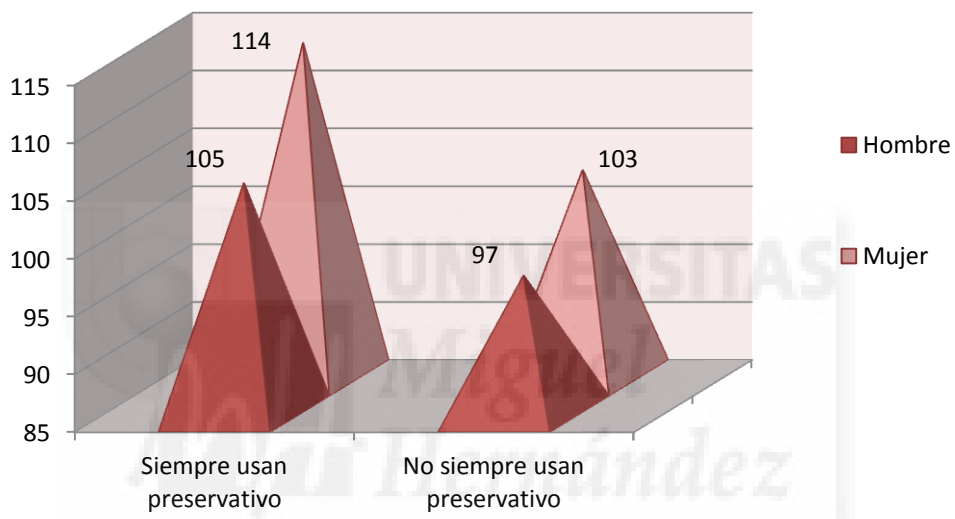


Tabla 19. Consistencia del uso del preservativo y sexo.

	SEXO	n	n (%)
CONSISTENCIA USO PRESERVATIVO	Hombre	105	47.9
	Mujer	114	52.1

Nota: n = tamaño muestral; n (%) = porcentaje.

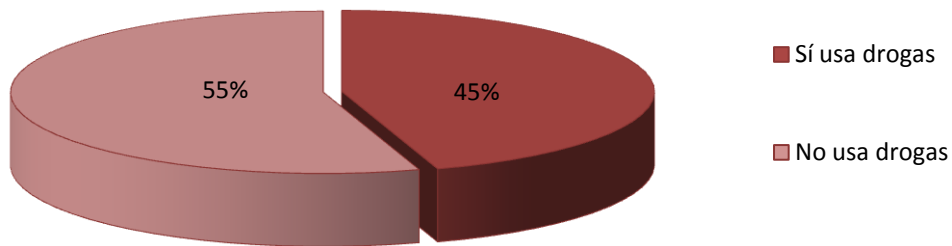
Figura 37. Distribución de la muestra sexualmente activa, según consistencia del uso del preservativo y sexo.



### 7.2.10. Relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas

De los 495 estudiantes sexualmente activos en los últimos 6 meses, el 45.1% (n = 223) afirmaron utilizar drogas antes y/o durante sus relaciones sexuales. Por su parte, el 54.9% de los adolescentes (272) negaron mantener relaciones sexuales bajo los efectos de sustancias.

Figura 38. Distribución de la muestra sexualmente activa, según uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales (%).



En el conjunto de estudiantes que sí consumen drogas antes y durante sus relaciones sexuales ( $n = 223$ ), un 53.4% eran hombres y un 46.6% mujeres. Observándose diferencias estadísticamente significativas entre éstos ( $\chi^2 = 10.805$ ;  $p = .001$ ). Estudiantes de ambos sexos alcanzan porcentajes altos de consumo en aquellas sustancias de mayor consumo en la población general como son el alcohol y el cannabis. Un 66.6% de dicha muestra consume cannabis y un 53.4% consume alcohol. Además, los resultados muestran cierta tendencia al consumo combinado de algunas sustancias antes y durante las relaciones sexuales. Un 31.8% de los adolescentes sexualmente activos que sí usaron drogas en sus relaciones sexuales, afirmaron consumir de forma conjunta cannabis y alcohol antes y durante sus relaciones sexuales, mientras que un 3.1% afirmaron consumir cannabis, alcohol y cocaína.

Figura 39. Distribución de la muestra sexualmente activa, según uso de drogas antes y durante las relaciones sexuales y sexo (%).

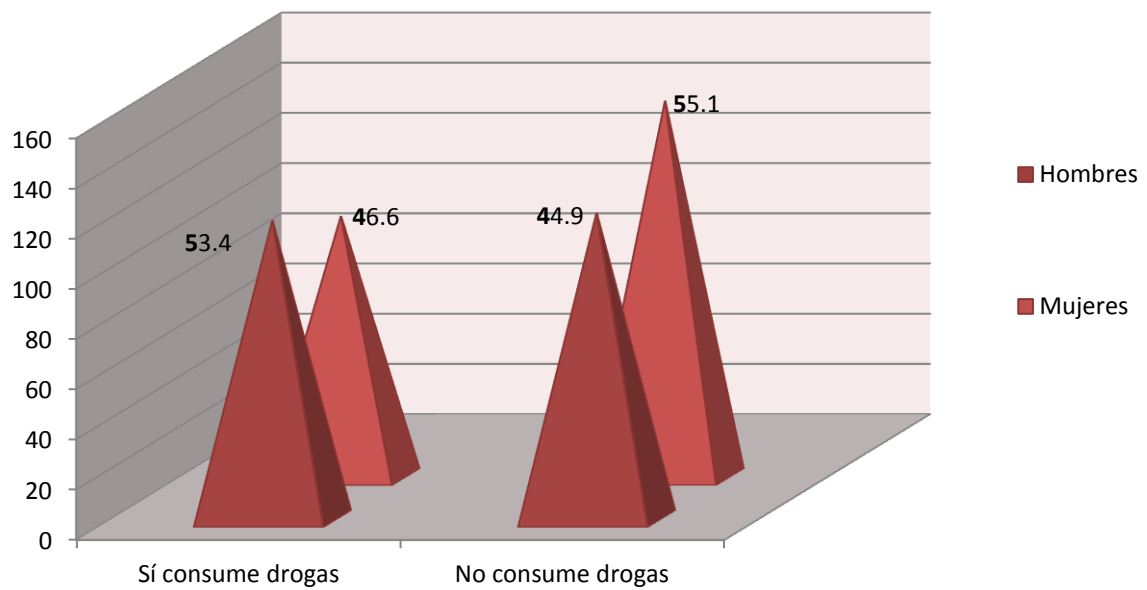
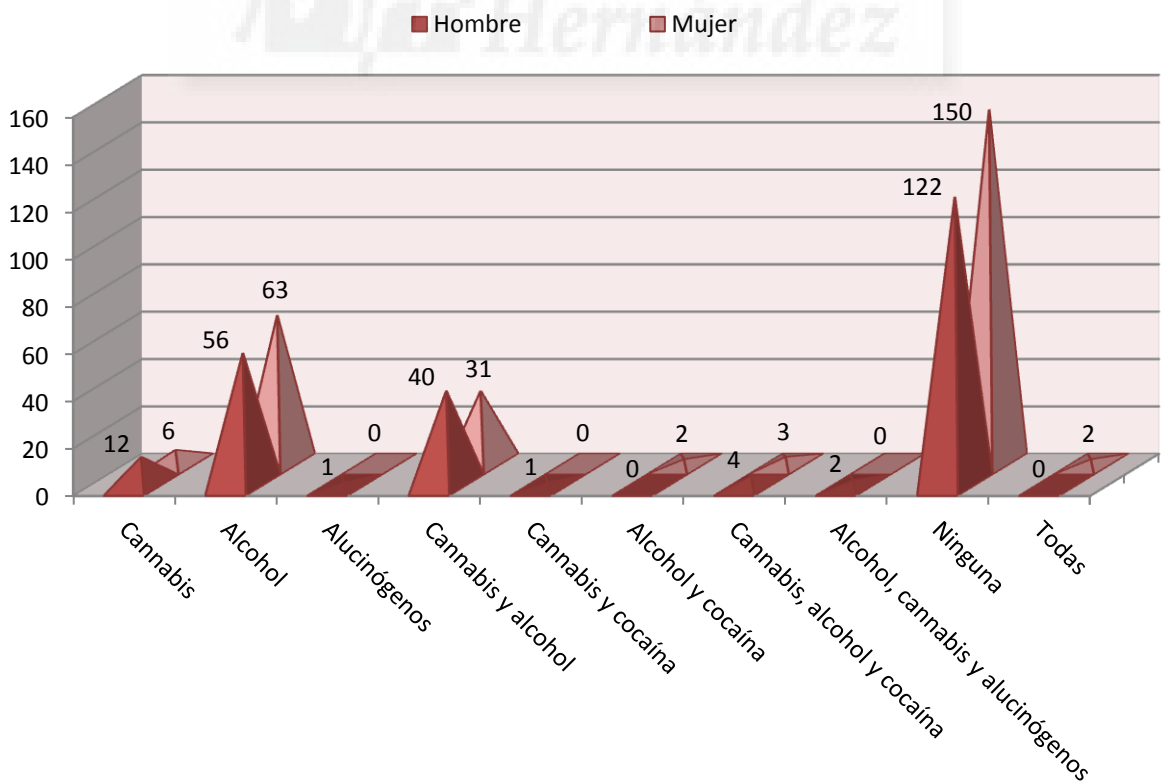


Figura 40. Distribución de la muestra sexualmente activa, según sustancias consumidas y sexo (%).



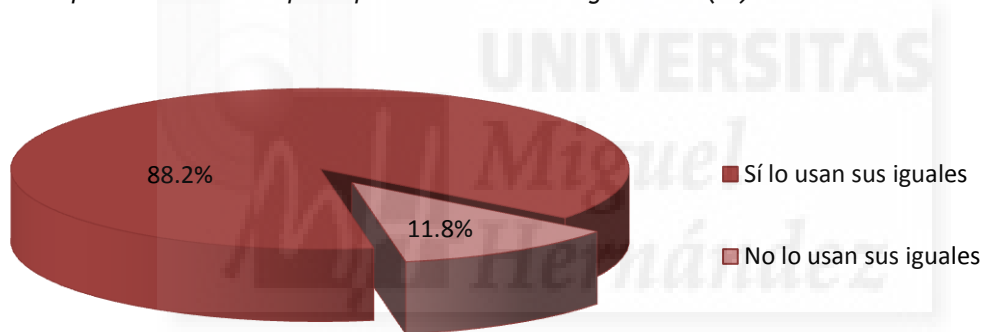
### 7.3. FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH/SIDA

#### 7.3.1. Descripción de los factores cognitivos de riesgo para la transmisión del VIH/sida

##### 7.3.1.1. Norma social percibida

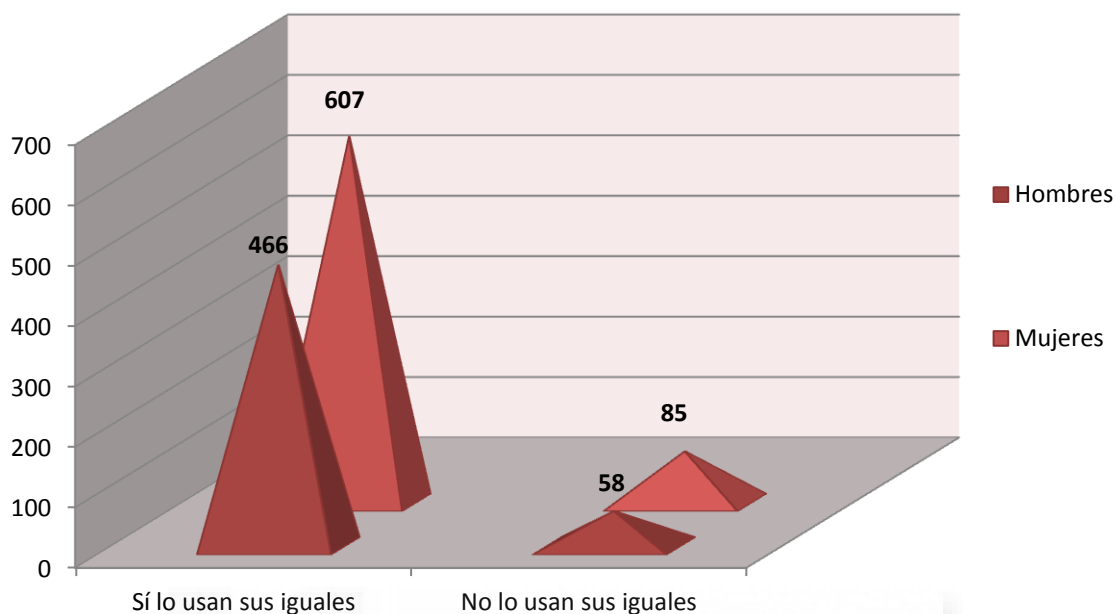
Un 88.2% (n = 1,073) de los estudiantes del total de la muestra (N = 1,216) afirmaron creer que sus compañeros/as sí utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales, mientras que un 11.8% (n = 143) manifestó creer que sus compañeros/as no lo utilizan.

Figura 41. Distribución de la muestra según norma percibida sobre uso del preservativo por parte de sus iguales (%).



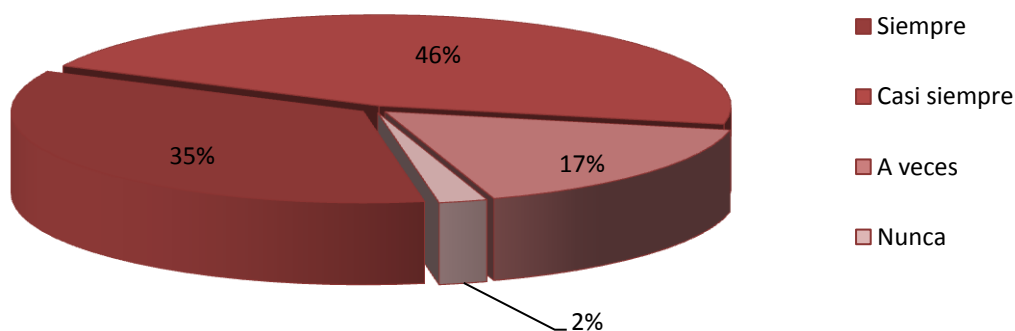
No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ( $\chi^2 = .424$ ;  $p = .531$ ). Del total de la muestra que sí tiene la percepción de que sus iguales emplean el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales, un 43.4% son hombres y un 56.6% son mujeres. Mientras que entre aquellos adolescentes que no tienen la percepción de que sus iguales utilicen dicho método de protección, un 40.6% son hombres y un 59.4% son mujeres.

Figura 42. Distribución de la muestra según norma percibida sobre uso del preservativo por parte de sus iguales y sexo.



En cuanto a la norma percibida sobre la frecuencia con que los estudiantes creen que sus iguales emplean el preservativo en sus relaciones sexuales (consistencia del uso del preservativo), sólo un 35% afirmó creer que sus compañeros emplean el preservativo el 100% de las veces que mantienen relaciones sexuales. En cambio, el 65% manifestó que sus compañeros no siempre usan el preservativo como método de protección en sus relaciones sexuales.

Figura 43. Distribución de la muestra según norma percibida sobre consistencia de uso del preservativo por parte de sus iguales (%).



Además, sí existieron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo en relación a la percepción de la frecuencia de uso del preservativo ( $\chi^2 = 18.962$ ;  $p = .000$ ), siendo los chicos quienes percibían un uso del preservativo con mayor frecuencia entre los pares.

Tabla 20. Distribución de La muestra según La norma percibida sobre consistencia de uso del preservativo entre sus iguales.

		Hombre	Mujer	Total
SIEMPRE	<i>n</i>	213	213	426
	%	50.0	50.0	100
CASI SIEMPRE	<i>n</i>	224	335	559
	%	40.1	59.9	100
A VECES	<i>n</i>	71	133	204
	%	34.8	65.2	100
NUNCA	<i>n</i>	16	11	27
	%	59.3	40.7	100
Total	<i>n</i>	524	692	1216
	%	43.1	56.9	100

Nota: *n* = tamaño muestral; % = porcentaje.

### 7.3.1.2. Nivel de conocimientos sobre VIH/sida

La puntuación media obtenida por los 1,216 participantes tras la administración de la escala HIV-KS, fue de 4.96 puntos (DE = 2.089), presentando la escala un rango de puntuación que oscila de 0 a 10 puntos en esta muestra.

Respecto a las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas que componen este instrumento de medida, se observó que:

-La puntuación media alcanzada sobre los conocimientos generales del VIH/sida fue de 1.40 puntos (DE = 1.142).

-La puntuación media obtenida sobre los conocimientos de los efectos del virus fue de 0.29 puntos (DE = 0.652).

-La puntuación media registrada sobre los conocimientos de las vías de transmisión del virus fue de 3.27 puntos (DE = 1.039).

En base al rango de puntuación establecido para la escala HIV-KS y sus subescalas, en la Tabla 21 se presentan las puntuaciones medias

obtenidas por los estudiantes encuestados según su sexo junto con las puntuaciones medias obtenidas en la muestra total aquí descritas.

Tabla 21. Puntuaciones medias en escala HIV-KS en la muestra total y según sexo.

ESCALA HIV-KS	Total muestra (n = 1216)	Sexo	M	DE
Escala total	M = 4.96 DE = 2.089 Rango = 0-10	HOMBRE	4.80	2.188
		MUJER	5.07	2.005
Conocimientos generales	M = 1.40 DE = 1.142 Rango = 0-3	HOMBRE	1.30	1.220
		MUJER	1.47	1.254
Efectos del VIH	M = 0.29 DE = 0.652 Rango = 0-3	HOMBRE	0.36	0.732
		MUJER	0.24	0.579
Vías de transmisión	M = 3.27 DE = 1.039 Rango = 0-4	HOMBRE	3.15	1.124
		MUJER	3.36	0.960

Nota: Rango de puntuación escala total: 0-10 puntos; n = tamaño muestral; M = media; DE = desviación típica.

Tal como se expone en la Tabla 22, se llevó a cabo la prueba t-Student para muestras independientes asumiendo la igualdad de varianzas para todos los casos excepto para los datos relativos a las puntuaciones en la subescala “Efectos del VIH” ( $F = 32.209$ ;  $p = .000$ ) y “Vías de transmisión” ( $F = 11.993$ ;  $p = .001$ ). Las chicas presentaron puntuaciones medias significativamente más altas que los chicos en la subescala “Conocimientos generales” ( $t = -2.343$ ;  $p = .019$ ); en la subescala “Vías de transmisión” ( $t = -3.463$ ;  $p = .001$ ); y también en el total de la escala ( $t = -2.214$ ;  $p = .027$ ). En cambio, son los chicos quienes alcanzaron puntuaciones medias significativamente más altas que las chicas en la subescala “Efectos del VIH” ( $t = -2.902$ ;  $p = .004$ ).

Tabla 22. Diferencias de puntuaciones medias en escala HIV\_KS según sexo.

Chicos ( <i>n</i> = 524) Chicas ( <i>n</i> = 692)	Prueba de Levene		Prueba T para diferencia de medias		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Escala total	2.519	.113	-2.214	1214	<b>.027</b>
Conocimientos generales	3.766	.053	-2.343	1214	<b>.019</b>
Efectos del VIH	32.209	.000	2.902	1214	<b>.004</b>
Vías de transmisión	11.993	.001	-3.463	1214	<b>.001</b>

Nota: *n* = tamaño muestral; *F* = estadístico de Levene; *p* = significación; *t* = t-Student; *gl* = grados de libertad.

### 7.3.1.3. Actitudes hacia el VIH/sida

La puntuación media total obtenida por los 1,216 participantes en la escala HIV-AS, fue de 40.13 puntos (DE = 4.778), presentando la escala un rango de puntuación que oscila de 16 a 48 puntos en esta muestra.

Respecto a las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas del instrumento, se observa que:

-La puntuación media alcanzada sobre las actitudes hacia los posibles obstáculos a la hora de adoptar conductas preventivas frente VIH/sida (“Obstáculos”) fue de 9.81 puntos (DE = 2.002).

-La puntuación media obtenida sobre las actitudes hacia el hecho de someterse a pruebas de detección de anticuerpos del VIH (“Pruebas VIH”) fue de 6.86 puntos (DE = 1.194).

-La puntuación media registrada sobre las actitudes hacia el uso del preservativo como único método de protección frente al VIH (“Uso preservativo”) fue de 13.90 puntos (DE = 1.955).

-La puntuación media lograda sobre las actitudes hacia las personas que viven con el VIH (“Personas seropositivas”) ha sido de 9.56 puntos (DE = 1.936).



Según el rango de puntuación que presenta la escala HIV-AS y sus subescalas, en la Tabla 23 se exponen las puntuaciones medias obtenidas por los estudiantes encuestados según su sexo junto con las puntuaciones medias obtenidas en la muestra total.

Tabla 23. Puntuaciones medias en escala HIV-AS en la muestra total y según sexo.

ESCALA HIV-AS	Total muestra ( <i>n</i> = 1216)	Sexo	<i>M</i>	<i>DE</i>
Escala total	<i>M</i> = 40.13 <i>DE</i> = 4.778	HOMBRE	38.90	4.799
		MUJER	41.06	4.548
Obstáculos	<i>M</i> = 9.81 <i>DE</i> = 2.002	HOMBRE	9.04	2.049
		MUJER	10.38	1.759
Pruebas VIH	<i>M</i> = 6.86 <i>DE</i> = 1.194	HOMBRE	6.73	1.262
		MUJER	6.96	1.131
Uso preservativo	<i>M</i> = 13.90 <i>DE</i> = 1.955	HOMBRE	13.90	1.996
		MUJER	13.90	1.996
Personas seropositivas	<i>M</i> = 9.56 <i>DE</i> = 1.936	HOMBRE	9.22	2.098
		MUJER	9.81	1.761

Nota: Rango de puntuación escala total: 16-48 puntos; *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = desviación típica.

Como se observa en la Tabla 24, se calculó la prueba t-Student para muestras independientes asumiendo la igualdad de varianzas para todos los datos excepto para los relativos a las subescalas “Obstáculos” ( $F = 6.173$ ;  $p = .013$ ), “Pruebas VIH” ( $F = 11.711$ ;  $p = .001$ ) y “Personas seropositivas” ( $F = 9.955$ ;  $p = .002$ ). La muestra femenina presentó puntuaciones medias significativamente más altas que la masculina en la subescala “Obstáculos” ( $t = -11.998$ ;  $p = .000$ ); en la subescala “Pruebas VIH” ( $t = -3.305$ ;  $p = .001$ ); en la subescala “Personas seropositivas” ( $t = -5.268$ ;  $p = .000$ ) y también en el total de la escala ( $t = -8.018$ ;  $p = .000$ ). En cambio, ninguno de los dos grupos alcanzaron puntuaciones medias significativamente altas en la subescala “Uso del preservativo” ( $t = .059$ ;  $p = .953$ ).

Tabla 24. Diferencias de puntuaciones medias en escala HIV\_AS según sexo.

Chicos ( <i>n</i> = 524) Chicas ( <i>n</i> = 692)	Prueba de Levene		Prueba T para diferencia de medias		
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Escala total	0.715	.398	-8.018	1214	.000
Obstáculos	6.173	.013	-11.998	1214	.000
Pruebas VIH	11.711	.001	-3.305	1214	.001
Uso preservativo	1.426	.233	.059	1214	.953
Personas seropositivas	9.955	.002	-5.268	1214	.000

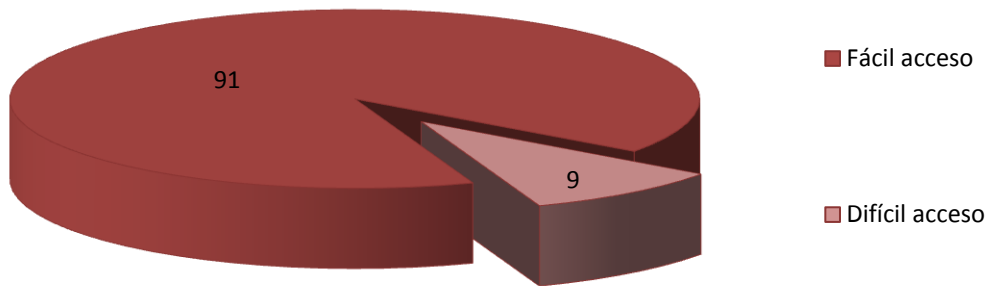
Nota: *n* = tamaño muestral; *F* = estadístico de Levene; *p* = significación; *t* = t-Student; *gl* = grados de libertad.

#### 7.3.1.4. Autoeficacia

La variable autoeficacia fue medida mediante el ítem “percepción de dificultad de acceso a los preservativos” que está incluido en la batería autoinformada sobre variables conductuales descrita en el anterior capítulo.

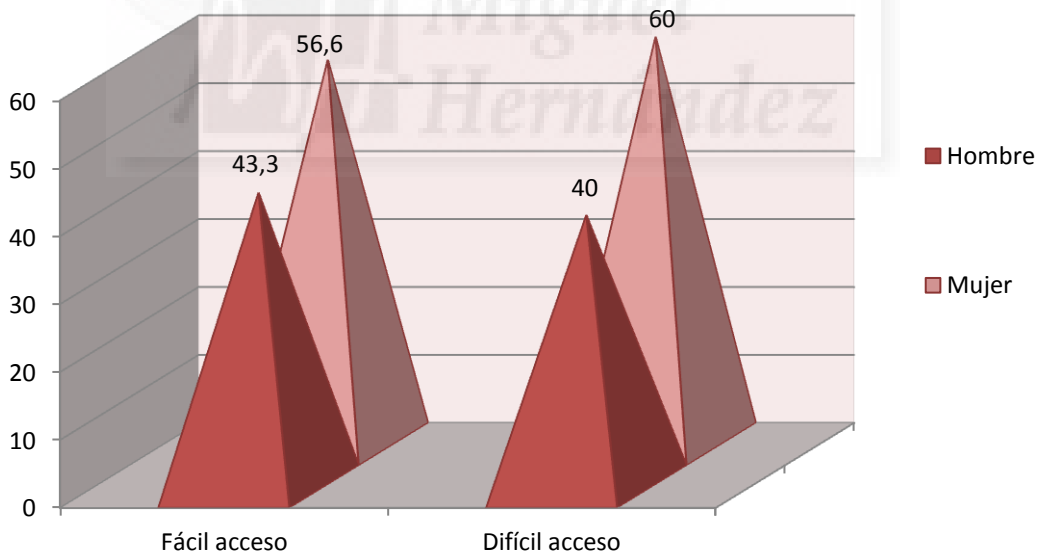
Al indagar sobre si los estudiantes de la muestra (*n* = 1,216) consideran que el acceso al uso de preservativos es fácil o difícil, se observa que un 90.5% (*n* = 1101) de los adolescentes afirmó creer que es fácil conseguir preservativos para su uso, mientras que un 9.5% (*n* = 115) manifestó percibir que es difícil acceder a ellos.

Figura 44. Distribución de la muestra según percepción sobre acceso al preservativo (%).



No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas ( $\chi^2 = .495$ ;  $p = .491$ ).

Figura 45. Distribución de la muestra según percepción sobre acceso al preservativo y sexo (%).



### 7.3.2. Descripción de los factores clínicos de riesgo para la transmisión del VIH/sida

#### 7.3.2.1. Ansiedad social

La puntuación media obtenida para la escala total por los 1,216 participantes de la muestra fue de 41.02 puntos (DE = 11.377), teniendo en cuenta que el rango de puntuación para la escala total oscila entre 1 y 90 puntos. En cuanto a las subescalas del SAS-A se han obtenido las siguientes puntuaciones medias:

-“Miedo a evaluaciones negativas de los pares” (FNE) obtuvo 19.19 puntos (DE = 6.028), rango = 1-40.

-“Ansiedad y evitación social ante situaciones novedosas o extraños” (SAD-N) presentó 14.47 puntos (DE = 4.411), rango = 1-30.

-“Evitación social o ansiedad general” (SAD-G) alcanzó 7.35 puntos (DE = 2.690), rango = 1-20.

En la Tabla 25 se presentan las puntuaciones medias obtenidas según el sexo junto con las puntuaciones medias.

Tabla 25. Puntuaciones medias en escala SAS-A en la muestra total y según sexo.

ESCALA SAS-A	Total muestra (n = 1216)	Sexo	M	DE
Escala total	M = 41.02 DE = 11.377	HOMBRE	39.46	11.670
		MUJER	42.20	11.013
FNE	M = 19.19 DE = 6.028	HOMBRE	18.00	5.906
		MUJER	20.10	5.965
SAS-N	M = 14.47 DE = 4.411	HOMBRE	14.17	4.647
		MUJER	14.71	4.212
SAS-G	M = 7.35 DE = 2.690	HOMBRE	7.30	2.714
		MUJER	7.39	2.673

Nota: Rango de puntuación escala total: 1-90 puntos; n = tamaño muestral; M = media; DE = desviación típica.

Tal como se expone en la Tabla 26, se llevó a cabo la prueba t-Student para muestras independientes asumiendo la igualdad de varianzas para todos los casos excepto para los datos relativos a las puntuaciones en la subescala SAS-E ( $F = 4.409$ ;  $p = .036$ ). Las chicas presentaron puntuaciones medias significativamente más altas que los chicos en la subescala FNE ( $t = -6.114$ ;  $p = .000$ ); en la subescala SAS-N ( $t = -2.091$ ;  $p = .037$ ); y en el total de la escala ( $t = -4.182$ ;  $p = .000$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas para las puntuaciones obtenidas en la subescala SAS-G ( $t = -.596$ ;  $p = .551$ )

Tabla 26. Diferencias de puntuaciones medias en escala SAS-A según sexo.

Chicos ( $n = 524$ ) Chicas ( $n = 692$ )	Prueba de Levene		Prueba T para diferencia de medias		
	$F$	$p$	$t$	$gl$	$p$
Escala total	1.109	.293	-4.182	1214	.000
FNE	.008	.929	-6.114	1214	.000
SAS-N	4.409	.036	-2.091	1214	.037
SAS-G	.077	.293	-.596	1214	.551

Nota:  $n$  = tamaño muestral;  $F$  = estadístico de Levene;  $p$  = significación;  $t$  = t-Student;  $gl$  = grados de libertad.

### 7.3.3. Análisis del efecto de los factores de riesgo para la transmisión del VIH/sida sobre el comportamiento sexual de los adolescentes.

En este apartado se procede a analizar cuál es el efecto que las variables independientes tienen sobre las variables dependientes expuestas a continuación en la Tabla 27.

Tabla 27. Variables dependientes e independientes.

CATEGORÍA		NOMBRE
<b>VARIABLES DEPENDIENTES</b>	<b>VARIABLES CONDUCTUALES (CONDUCTA SEXUAL)</b>	Ser sexualmente activo (haberse iniciado en la actividad sexual y ser sexualmente activo en los últimos seis meses).
		Orientación sexual.
		Edad de inicio en las relaciones sexuales.
		Uso del preservativo en la primera relación sexual.
		Consistencia del uso del preservativo (usarlo el 100% de las veces).
		Número de parejas sexuales.
		Tipos de prácticas sexuales (masturbación, masturbación mutua, coito vaginal, coito anal y / o sexo oral).
		Consumo de drogas antes y durante las relaciones sexuales.
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS</b>	Edad.
		Sexo.
		Situación familiar (padres divorciados).
		Rendimiento académico.
<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	<b>VARIABLES COGNITIVAS</b>	Nivel de conocimientos sobre el VIH/sida.
		Actitudes frente al sida y prácticas de riesgo.
		Percepción normativa.
		Autoeficacia (percepción de dificultad de acceso al uso del preservativo).
	<b>VARIABLE CLÍNICA</b>	Ansiedad social.

### 7.3.3.1. Ser sexualmente activo

#### *Efecto de Las variables sociodemográficas*

Los adolescentes sexualmente activos resultaron tener mayor edad y obtuvieron menores puntuaciones en rendimiento académico con diferencias estadísticamente significativas en ambas variables respecto a los adolescentes que se definieron como no sexualmente activos (ver Tabla 28).

*Tabla 28. Efecto de Las variables “edad” y “rendimiento académico” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo”.*

	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	582	16.06	0.80	14-18	634	15.62	0.69	14-18	10.25*	0.45
R.A.	582	11.45	2.15	0-13	634	12.20	1.48	1-13	-7.01*	1.27

*Nota:* R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente.

\*p < .05. \*\*p < .01

Por otra parte, los resultados muestran un porcentaje mayor ( $\chi^2 = .650$ ;  $p = .420$ ;  $OR = .90$ ) de estudiantes sexualmente activos cuyos padres están divorciados que entre aquellos cuyos padres no lo están (ver Tabla 29).

*Tabla 29. Efecto de la variable “padres divorciados” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo”.*

	Activo (codificado 0)	No activo (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 412 % = 47.1	n = 462 % = 52.9	n = 874
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 170 % = 49.7	n = 172 % = 50.3	n = 342
Total	n = 582	n = 634	n = 1216

*Nota:* n = tamaño muestral; % = porcentaje; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente.

### ***Efecto de Las variables cognitivas***

La Tabla 30 muestra que los participantes sexualmente activos presentaron niveles de conocimientos más altos en todas las subescalas analizadas que los adolescentes no activos sexualmente. Se observa que además esas diferencias son estadísticamente significativas para la subescala de “Transmisión oral del VIH” (OR = 0.90) y para el total de la puntuación de la Escala HIV-KS (OR = 0.93).

*Tabla 30. Efecto de La variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre La variable dependiente “ser sexualmente activo”.*

Conocimientos	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	582	1.48	1.24	0 - 3	634	1.32	1.24	0 - 3	2.35*	0.90
Efectos del VIH	582	0.33	0.67	0 - 3	634	0.26	0.64	0 - 3	1.73	0.86
Otras vías transmisión	582	3.30	1.04	0 - 4	634	3.23	1.03	0 - 4	1.24	0.93
Total	582	5.12	2.09	0- 10	634	4.81	2.08	0- 10	2.56*	0.93

*Nota:* n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

La Tabla 31 muestra los resultados en relación a la escala de actitudes. Los adolescentes sexualmente activos presentaron significativamente mejores actitudes con respecto al uso del preservativo (OR = 0.88) y hacia las personas con VIH (OR = 0.92). En cambio los no activos sexualmente presentaron mejores actitudes hacia los obstáculos del uso del preservativo (OR = 1.25).



Tabla 31. Efecto de la variable “actitudes hacia el VIH/sida” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo”.

Actitudes	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Obstáculos	582	9.36	2.15	3-12	634	10.22	1.76	3-12	-7.64***	1.25
Pruebas	582	6.82	1.24	2-8	634	6.91	1.15	2-8	-1.30	1.06
Uso preservativo	582	14.14	1.94	4-16	634	13.67	1.94	4-16	4.22***	0.88
Personas seropositivas	582	9.71	1.99	3-12	634	9.42	1.87	3-12	2.60**	0.92
Total	582	40.02	5.065	16-48	634	40.22	4.50	25-48	.48	1.01

Nota: n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Respecto a la autoeficacia, el porcentaje de estudiantes activos sexualmente predispuestos a usar preservativo es menor que en el caso de los no activos sexualmente. Por el contrario, los participantes activos sexualmente manifestaron percibir una mayor facilidad de acceso al preservativo y percibieron un mayor uso de éste por parte de sus amigos. Respecto a la percepción de la frecuencia de uso del preservativo por parte de los amigos, los participantes no sexualmente activos percibieron en mayor porcentaje que sus amigos siempre (100% de las veces) utilizan el preservativo. En la Tabla 32 se detallan los porcentajes, no existiendo diferencias significativas en ninguno de los casos descritos.

Tabla 32. Efecto de las variables "norma" y "autoeficacia" sobre la variable dependiente "ser sexualmente activo".

Intención, norma percibida y autoeficacia	Activo (codificado 0)		No activo (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	565	97.1	623	98.3	1.90	0.59
No	17	2.9	11	1.7		
Facilidad acceso preservativo						
Sí	532	91.4	569	89.7	.98	1.21
No	50	8.6	65	10.3		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	515	88.5	558	88	.066	1.047
No	67	11.5	76	12		
Frecuencia (amigos)						
Siempre <sup>a</sup>	198	34	228	36	3.60	
Casi siempre	279	47.9	280	44.2		0.87
A veces	96	16.5	108	17		0.98
Nunca	9	1.5	18	2.8		1.74

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente.

<sup>a</sup> Categoría de comparación

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### Efecto de la variable clínica

Las puntuaciones medias de ansiedad social de los participantes sexualmente activos son más bajas que las de los adolescentes no sexualmente activos en todas las subescalas y en el total de la escala. La Tabla 33 muestra los detalles para cada una y se observa además que esas diferencias son estadísticamente significativas en cada una de ellas.

Tabla 33. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo”.

Ansiedad social	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS_FNE	582	18.9	5.64	8-40	634	20.11	6.22	8-39	-5.63*	1.05
SAS_N	582	13.48	4.31	6-28	634	15.38	4.30	6-30	-7.66*	1.10
SAS_G	582	6.80	2.44	4-18	634	7.85	2.81	4-20	-6.93*	1.16
Total	582	38.48	10.80	18-82	634	43.34	11.40	18-86	-7.61*	1.04

Nota: n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente; No activo = no activo sexualmente; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

\* p < .05. \*\*p < .01.

### 7.3.3.2. Ser sexualmente activo los últimos 6 meses y tipo de práctica sexual

#### Efecto de las variables sociodemográficas

Los participantes sexualmente activos durante los últimos 6 meses presentaron mayor edad y un menor rendimiento académico, observándose diferencias estadísticamente significativas al compararlos con los estudiantes no sexualmente activos (ver Tabla 34).

Tabla 34. Efecto de las variables “edad” y “rendimiento académico” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo los últimos 6 meses”.

	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	495	16.06	.80	14-18	721	15.68	.72	14-18	8.49*	0.52
R.A.	495	11.44	2.19	0-13	721	12.11	1.56	1-13	-5.85*	1.21

Nota: R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente los últimos 6 meses; No activo = no activo sexualmente los últimos 6 meses.

\* p < .05. \*\*p < .01

En la Tabla 35 se detalla que los adolescentes sexualmente activos los últimos 6 meses que afirmaron practicar coito y/o sexo oral tenían mayor edad y un menor rendimiento académico, existiendo diferencias significativas respecto a aquellos que manifestaron practicar la masturbación.

Tabla 35. Efecto de las variables “edad” y “rendimiento académico” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo los últimos 6 meses” (para los que practican coito y/o sexo oral o masturbación).

	Coito y/o sexo oral (codificado 0)				Masturbación (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	434	16.09	.80	14-18	61	15.79	.73	15-18	2.83*	0.59
R.A.	434	11.35	2.26	0-13	61	12.11	1.45	7-13	-3.55*	1.25

Nota: R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

En relación a la estructura familiar, en la Tabla 36 los datos revelan que el porcentaje de estudiantes sexualmente activos durante los últimos 6 meses cuyos padres están divorciados es mayor que entre los no lo están ( $\chi^2 = .130$ ;  $p = .718$ ; OR = .95)

Tabla 36. Efecto de la variable “padres divorciados” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo los últimos 6 meses”.

	Activo (codificado 0)	No activo (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 353 % = 40.4	n = 521 % = 59.6	n = 874
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 142 % = 41.5	n = 200 % = 58.5	n = 342
Total	n = 495	n = 721	n = 1216

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje; Activo = activo sexualmente los últimos 6 meses; No activo = no activo sexualmente los últimos 6 meses.

En la Tabla 37 se observa un porcentaje significativamente mayor de adolescentes que tienen padres divorciados y afirmaron que generalmente practican coito y/o sexo oral, que aquellos cuyos padres no están divorciados ( $\chi^2 = 1.85$ ;  $p = .17$ ;  $OR = .64$ ).

*Tabla 37. Efecto de la variable "padres divorciados" sobre la variable dependiente "ser sexualmente activo los últimos 6 meses" (para los que practican coito y/o sexo oral o masturbación).*

	Coito y/o sexo oral (codificado 0)	Masturbación (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 305 % = 86.4	n = 48 % = 13.6	n = 353
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 129 % = 90.8	n = 13 % = 9.2	n = 142
Total	n = 434	n = 61	n = 495

*Nota:* n = tamaño muestral; % = porcentaje.

#### **Efecto de las variables cognitivas**

El nivel de conocimientos de los participantes sexualmente activos en los últimos 6 meses es más alto en todas las subescalas analizadas que para los adolescentes no activos sexualmente. La Tabla 38 muestra los detalles para cada una y se observa que esas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 38. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo en los últimos 6 meses”.

Conocimientos	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	495	1.45	1.23	0 - 3	721	1.36	1.25	0 - 3	1.24	0.94
Efectos del VIH	495	0.32	0.66	0 - 3	721	0.27	0.65	0 - 3	1.26	0.89
Otras vías transmisión	495	3.31	1.05	0 - 4	721	3.24	1.03	0 - 4	1.15	0.94
Total	495	5.08	2.07	0 - 10	721	4.87	2.10	0 - 10	1.70	0.95

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; *Activo* = activo sexualmente en los últimos 6 meses; *No activo* = no activo sexualmente en los últimos 6 meses.

Atendiendo solamente a los participantes sexualmente activos los últimos 6 meses que manifestaron practicar el coito vaginal y/o sexo oral y quienes practicaron solamente la masturbación, se observa que el nivel de conocimientos entre los participantes que practicaron el coito y/o sexo oral es más alto en las subescalas de “Transmisión oral del VIH”, “Efectos del VIH” y la puntuación total de la escala que los adolescentes que solamente practicaron la masturbación. En cambio, son éstos últimos quienes alcanzaron mayores puntuaciones en la subescala de “Efectos del VIH” aunque ninguna de las diferencias resultó significativa (ver tabla 39).

Tabla 39. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo en los últimos 6 meses” (para los que practican coito y/o sexo óralo masturbación).

Conocimientos	Coito y/o sexo oral (codificado 0)				Masturbación (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	434	1.48	1.24	0 - 3	61	1.21	1.14	0 - 3	1.72	0.81
Efectos del VIH	434	0.34	0.67	0 - 3	61	0.21	0.49	0 - 2	1.76	1.49
Otras vías transmisión	434	3.30	1.057	0 - 4	61	3.34	0.98	0 - 4	-.30	1.08
Total	434	5.13	2.10	0- 10	61	4.77	1.76	0 - 8	1.46	0.99

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio.

Aunque apenas hubo diferencias en la puntuación total de las actitudes entre los participantes sexualmente activos durante los últimos 6 meses y los que no lo eran, los primeros presentaron una puntuación significativamente más alta en las subescalas de “Uso del preservativo” (*OR* = 0.83) y “Personas seropositivas” (*OR* = 0.93) que los estudiantes no activos. En cambio, fueron los adolescentes no activos quienes obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en la subescala de “Obstáculos” (*OR* = 1.21) (ver Tabla 40).

Tabla 40. Efecto de la variable “actitudes hacia el VIH/sida” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses”

Actitudes	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Obstáculos	495	9.36	2.13	3-12	721	10.11	1.85	3-12	-6.37***	1.21
Pruebas	495	6.82	1.24	2-8	721	6.90	1.16	2-8	-1.16	1.05
Uso preservativo	495	14.28	1.83	4-16	721	13.64	1.99	4-16	5.72***	0.83
Personas seropositivas	495	9.72	2.00	3-12	721	9.44	1.89	3-12	2.44*	0.93
Total	495	40.18	4.94	16-48	721	40.09	4.67	17-48	.31	1.00

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; Activo = activo sexualmente en los últimos 6 meses; No activo = no activo sexualmente en los últimos 6 meses.

Aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, los participantes sexualmente activos que practicaba coito y/o sexo oral alcanzaron una puntuación total más alta en la escala de actitudes y en las subescalas de “Pruebas”, “Uso del preservativo” y “Personas seropositivas” que los adolescentes que manifestaron haber practicado solamente la masturbación. En cambio, en la subescala “Obstáculos”, son los estudiantes que solamente practicaban la masturbación los que consiguieron mayor puntuación (ver Tabla 41).

Tabla 41. Efecto de la variable “actitudes hacia el VIH/sida” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses” (para los que practican coito y/o sexo oral).

	Coito y/o sexo oral (codificado 0)				Masturbación (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Actitudes										
Obstáculos	434	9.32	2.14	3-12	61	9.62	2.043	4-12	-1.02	1.07
Pruebas	434	6.83	1.26	2-8	61	6.74	1.047	4-8	.52	0.94
Uso preservativo	434	14.32	1.84	4-16	61	13.97	1.77	9-16	1.43	0.91
Personas seropositivas	434	9.75	2.09	3-12	61	9.49	1.91	3-12	.95	0.94
Total	434	40.23	4.94	16-48	61	39.82	4.92	27-48	.61	0.98

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio.

El porcentaje de adolescentes activos sexualmente en los últimos 6 meses predispuestos a usar preservativo es menor que en el caso de los no activos sexualmente aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Los adolescentes activos sexualmente manifestaron en mayor porcentaje, aunque no significativamente diferente, una mayor facilidad de acceso al preservativo. Los adolescentes no sexualmente activos percibieron con una diferencia significativa respecto a los activos que sus amigos no usaban nunca el preservativo (OR = 8.30) (ver Tabla 42).



Tabla 42. Efecto de las variables "norma" y "autoeficacia" sobre la variable dependiente "ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses".

Intención, norma percibida y autoeficacia.	Activo (codificado 0)		No Activo (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	482	97.4	706	97.9	.39	.79
No	13	2.6	15	2.1		
Facilidad acceso preservativo						
Sí	451	91.1	650	90.2	.315	1.12
No	44	8.9	71	9.8		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	442	89.3	631	87.5	.89	1.19
No	53	10.7	90	12.5		
Frecuencia (amigos)						
Siempre <sup>a</sup>	170	34.3	256	35.5	<b>14.85**</b>	
Casi siempre	244	49.3	315	43.7		.86
A veces	79	16	125	17.3		1.05
Nunca	2	0.4	25	3.5		<b>8.30**</b>

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente durante los últimos 6 meses; No activo = no activo sexualmente durante los últimos 6 meses.

a Categoría de comparación

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

De entre los adolescentes activos sexualmente en los últimos 6 meses, los que afirmaron practicar coito y/o sexo oral están más predispuestos a usar preservativo e informaron de una mayor percepción de accesibilidad al preservativo, pero fueron los participantes que manifestaron practicar solamente la masturbación quienes presentaron una mayor percepción del uso del preservativo por parte de sus amigos. Respecto a la percepción de la frecuencia de uso del preservativo por parte de los amigos, los estudiantes que practicaban el coito y/o sexo oral percibieron en mayor porcentaje que sus amigos siempre (100% de las veces) utilizan el preservativo. En la Tabla 43 de detallan los porcentajes, no observándose diferencias significativas.

Tabla 43. Efecto de las variables “norma” y “autoeficacia” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses” (para los que practican coito y/o sexo oral).

Intención, norma percibida y autoeficacia.	Coito y/o sexo oral (codificado 0)		Masturbación (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	423	97.5	59	96.7	.12	1.30
No	11	2.5	2	3.3		
Facilidad acceso preservativo						
Sí	397	91.5	54	88.5	.57	1.39
No	37	8.5	7	11.5		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	385	88.7	57	93.4	1.25	0.55
No	49	11.3	4	6.6		
Frecuencia (amigos)						
Siempre <sup>a</sup>	151	34.8	19	31.1	.88	
Casi siempre	211	48.6	33	54.1		1.24
A veces	70	16.1	9	14.8		1.022
Nunca	2	0.5	0	0		-

Nota:  $n$  = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio.

<sup>a</sup> Categoría de comparación

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### Efecto de la variable clínica

Los adolescentes sexualmente activos en los últimos 6 meses obtuvieron puntuaciones medias en ansiedad social significativamente más bajas que los no sexualmente activos en todas las subescalas y en el total de la escala (ver Tabla 44).

Tabla 44. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses”.

Ansiedad social	Activo (codificado 0)				No Activo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS_FNE	495	18.07	5.67	8-40	721	19.97	6.14	8-39	-5.47*	1.05
SAS_N	495	13.27	4.21	6-28	721	15.30	4.35	6-30	-8.07*	1.11
SAS_G	495	6.61	2.38	4-18	721	7.86	2.76	4-20	-8.39*	1.21
Total	495	37.95	10.68	18-82	721	43.12	11.36	18-86	-7.99*	1.04

Nota: n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Activo = activo sexualmente en los últimos 6 meses; No activo = no activo sexualmente en los últimos 6 meses; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

Los participantes sexualmente activos los últimos 6 meses que informaron practicar la masturbación obtuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en todas las subescalas y en el total de la escala de ansiedad social frente a quienes practicaban coito y/o sexo oral, menos para la subescala de “ansiedad y evitación social en general” donde no resultaron significativas las diferencias (ver Tabla 45).

Tabla 45. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “ser sexualmente activo durante los últimos 6 meses” (para los que practican coito y/o sexo oral).

Ansiedad social	Coito y/o sexo oral (codificado 0)				Masturbación (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS_FNE	434	17.75	5.68	8-40	61	20.30	5.10	8-32	-3.30*	1.07
SAS_N	434	13.12	4.21	6-28	61	14.34	4.10	6-25	-2.13*	1.06
SAS_G	434	6.53	2.36	4-18	61	7.15	2.51	4-16	-1.8	1.10
Total	434	37.41	10.69	18-82	61	41.79	9.85	19-71	-3.02*	1.03

Nota: n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

### 7.3.3.3. Uso del preservativo en la primera relación sexual

#### Efecto de las variables sociodemográficas

Como se detalla en la Tabla 46, tanto la edad media como el rendimiento académico fueron mayores entre los estudiantes que usaron el preservativo en su primera relación sexual que entre aquellos que no lo hicieron, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 46. Efecto de las variables “edad” y “rendimiento académico” sobre la variable dependiente “uso del preservativo en la primera relación sexual”.

	Sí uso (codificado 0)				No uso (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	510	16.08	0.79	14-18	72	15.96	0.83	15-18	1.18	0.82
R.A.	510	11.46	2.15	0-13	72	11.40	2.16	4-13	1.99	0.98

Nota: R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Sí uso = sí usaron preservativo en la primera relación sexual; No uso = no usaron preservativo en la primera relación sexual.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

Además, se observó un porcentaje mayor de adolescentes, no estadísticamente significativo, cuyos padres no estaban divorciados que sí usaron el preservativo en su primera relación sexual comparados con aquellos cuyos padres estaban divorciados ( $\chi^2 = .297$ ;  $p = .586$ ;  $OR = 1.15$ ) (ver Tabla 47).

Tabla 47. Efecto de la variable “padres divorciados” sobre la variable dependiente “uso del preservativo en la primera relación sexual”.

	Sí uso (codificado 0)	No uso (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 363 % = 88.1	n = 49 % = 11.9	n = 412
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 147 % = 86.5	n = 23 % = 13.5	n = 170
Total	n = 510	n = 72	n = 582

Nota:  $n$  = tamaño muestral; % = porcentaje; Sí uso = sí usó preservativo en la primera relación sexual; No activo = no usó preservativo en la primera relación sexual.

#### **Efecto de las variables cognitivas**

Los participantes que afirmaron haber empleado el preservativo en su primera relación sexual obtuvieron puntuaciones más altas en todas las subescalas de la Escala HIV-KS y también una mayor puntuación total que los participantes que no lo usaron. En la Tabla 48 se muestran los datos para cada grupo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 48. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre la variable dependiente “uso del preservativo en la primera relación sexual”.

Conocimientos	Sí uso (codificado 0)				No uso (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	510	1.49	1.24	0 - 3	72	1.46	1.28	0 - 3	.97	0.98
Efectos del VIH	510	0.33	0.67	0 - 3	72	0.26	0.63	0 - 3	.83	0.84
Otras vías transmisión	510	3.31	1.04	0 - 4	72	3.25	1.08	0 - 4	.46	0.95
Total	510	5.13	2.07	0- 10	72	4.97	2.23	0- 10	.61	0.96

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; Sí uso = Sí usan el preservativo; No uso = no usan el preservativo.

Los estudiantes que afirmaron haber utilizado el preservativo en su primera relación sexual presentaron en general puntuaciones más altas en la Escala HIV-AS. Aunque, como se presenta en la Tabla 49, esas diferencias resultaron significativas para las subescalas de “Obstáculos” (*OR* = 0.69), “Uso del preservativo” (*OR* = 0.77) y para el total de la escala (*OR* = 0.88).

Tabla 49. Efecto de la variable "actitudes hacia el VIH/sida" sobre la variable dependiente "uso del preservativo en la primera relación sexual".

Actitudes	Sí uso (codificado 0)				No uso (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Obstáculos	510	9.58	2.00	3-12	72	7.76	2.45	3-12	6.010***	0.69
Pruebas	510	6.84	1.22	2-8	72	6.64	1.31	2-8	1.31	0.88
Uso preservativo	510	14.29	1.80	4-16	72	13.10	2.51	6-16	3.90***	0.77
Personas seropositivas	510	9.74	1.96	3-12	72	9.50	2.21	3-12	.94	0.94
Total	510	40.45	4.76	24-48	72	37.00	6.077	16-48	5.55***	0.88

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; Sí uso = Sí usan el preservativo; No uso = no usan el preservativo.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

La Tabla 50 muestra los datos donde se observa como la disposición a usar el preservativo ( $OR = 8.96$ ) y la percepción de uso del preservativo por parte de los amigos ( $OR = 3.45$ ) es significativamente mayor entre los adolescentes que afirmaron haber utilizado el preservativo en su primera relación sexual que entre quienes no lo usaron. La percepción de fácil acceso al uso de preservativo también es mayor entre quienes sí usaron el preservativo en su primera relación sexual aunque no significativamente. Por otra parte, quienes no emplearon el preservativo perciben en un porcentaje significativamente mayor que sus amigos no usan el preservativo nunca ( $OR = 13.6$ ).

Tabla 50. Efecto de las variables “norma” y “autoeficacia” sobre la variable dependiente “uso del preservativo en la primera relación sexual”.

Intención, norma percibida y autoeficacia.	Sí uso (codificado 0)		No uso (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	502	98.4	63	87.5	<b>26.59***</b>	<b>8.96***</b>
No	8	1.6	9	12.5		
Facilidad acceso condón						
Sí	470	92.2	62	86.1	2.94	1.89
No	40	7.8	10	13.9		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	462	90.6	53	73.6	<b>17.85***</b>	<b>3.45***</b>
No	48	9.4	19	26.4		
Frecuencia (amigos)						
Siempre <sup>a</sup>	187	36.7	11	15.3	<b>43.011***</b>	
Casi siempre	250	49	29	40.3		1.93
A veces	68	13.3	28	38.9		<b>7***</b>
Nunca	5	1	4	5.6		<b>13.6***</b>

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio; Sí uso = Sí usan el preservativo; No uso = no usan el preservativo.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### **Efecto de la variable clínica**

Los adolescentes que afirmaron haber empleado el preservativo en su primera relación sexual obtuvieron puntuaciones medias más bajas en todas las subescalas de ansiedad social que los participantes que no lo usaron. En la Tabla 51 se muestran los datos para cada grupo, no existiendo diferencias estadísticamente significativas.



Tabla 51. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “uso del preservativo en la primera relación sexual”.

Ansiedad social	Sí uso (codificado 0)				No uso (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS_FNE	510	18.15	5.61	8-40	72	18.51	5.89	9-38	-.51	1.01
SAS_N	510	13.44	4.32	6-28	72	13.81	4.26	6-27	-.67	1.02
SAS_G	510	6.75	2.41	4-17	72	7.21	2.58	4-17	-1.50	1.07
Total	510	38.34	10.77	18-82	72	39.53	11.07	21-82	-.87	1.01

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = *odd ratio*; Sí uso = Sí usaron el preservativo; No uso = no usaron el preservativo; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

#### 7.3.3.4. Uso consistente del preservativo

##### Efecto de las variables sociodemográficas

Como se presenta en la Tabla 52, los adolescentes que afirmaron no usar el preservativo de forma consistente tenían una mayor edad pero menor rendimiento académico que entre aquellos que lo emplean el 100% de las veces, no observándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 52. Efecto de las variables “edad” y “rendimiento académico” sobre la variable dependiente “uso consistente del preservativo”.

	No uso (100%) (codificado 0)				Sí uso (100%) (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	200	16.11	0.78	15-18	219	16.07	0.55	14-18	.54	0.93
R.A.	200	11.22	2.30	0-13	219	11.50	2.17	0-13	-1.31	1.05

Nota: R.A. = rendimiento académico; *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = *odd ratio*; Sí uso = sí uso consistente del preservativo; No uso (100%) = no uso consistente del preservativo.

\*  $p < .05$ . \*\* $p <$

Por lo que respecta la estructura familiar, en la Tabla 53 se observa un mayor porcentaje de adolescentes cuyos padres están divorciados que sí hicieron un uso consistente del preservativo comparados con aquellos cuyos padres no están divorciados ( $\chi^2 = .063$ ;  $p = .802$ ;  $OR = .94$ ).

Tabla 53. Efecto de la variable “padres divorciados” sobre la variable dependiente “uso consistente del preservativo”.

	No uso (100%) (codificado 0)	Sí uso (100%) (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 143 % = 47.4	n = 159 % = 52.6	n = 302
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 57 % = 48.7	n = 60 % = 51.3	n = 117
Total	n = 200	n = 219	n = 419

Nota:  $n$  = tamaño muestral; % = porcentaje; Sí uso (100%)= sí uso consistente del preservativo; No uso (100%) = no uso consistente del preservativo.

#### **Efecto de las variables cognitivas**

El nivel de conocimientos sobre VIH/sida es mayor en el caso de los sujetos que afirmaron utilizar el preservativo de forma consistente, excepto en la puntuación relativa a la subescala “Efectos del VIH”, en ésta son los participantes que no usan consistentemente el preservativo quienes obtuvieron mayor puntuación. En la Tabla 54 pueden comprobarse los datos y observar que no existen diferencias significativas.

Tabla 54. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre la variable dependiente “uso consistente del preservativo”.

Conocimientos	No uso 100% (codificado 0)				Sí uso 100% (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	183	1.42	1.22	0 - 3	210	1.57	1.24	0 - 3	-1.25	1.12
Efectos del VIH	183	0.37	0.71	0 - 3	210	0.34	0.66	0 - 3	.40	0.97
Otras vías transmisión	183	3.25	1.079	0 - 4	210	3.36	1.017	0 - 4	-1.051	1.090
Total	183	5.04	2.104	0 - 9	210	5.27	2.046	0- 10	-1.063	1.056

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = *t* de Student; *OR* = odd ratio; No uso 100 % = no usan el preservativo de forma consistente; Sí uso 100 % = sí usan el preservativo de forma consistente.

Los adolescentes que declararon un uso consistente del preservativo alcanzaron puntuaciones más altas en todas las subescalas y en el total de la escala de actitudes que los que afirmaron no usar el preservativo el 100% de las veces. Se muestran los datos para cada grupo en la Tabla 55, observando diferencias estadísticamente significativas para las subescalas “Obstáculos” (OR = 1.58); “Pruebas” (OR = 1.35); “Uso del preservativo” (OR = 1.28) y para el total de la escala (OR = 1.15).

Tabla 55. Efecto de la variable "actitudes hacia el VIH/sida" sobre la variable dependiente "uso consistente del preservativo".

Actitudes	No uso 100% (codificado 0)				Sí uso 100% (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Obstáculos	183	8.56	1.92	3-12	210	10.23	1.83	3-12	-8.83***	1.58
Pruebas	183	6.60	1.29	2-8	210	7.05	1.16	2-8	-3.65**	1.35
Uso preservativo	183	14.07	1.71	9-16	210	14.73	1.55	6-16	-3.99***	1.28
Personas seropositivas	183	9.61	1.97	3-12	210	9.93	2.006	3-12	-1.62	1.09
Total	183	38.83	4.40	28-48	210	41.94	4.34	24-48	-7.053***	1.15

Nota:  $n$  = tamaño muestral;  $M$  = media;  $DE$  = Desviación típica;  $t$  =  $t$  de Student;  $OR$  = odd ratio; No uso 100 % = no usan el preservativo de forma consistente; Sí uso 100 % = sí usan el preservativo de forma consistente.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Los estudiantes que afirmaron emplear el preservativo de forma consistente resultaron ser un porcentaje significativamente mayor y quienes perciben en mayor porcentaje que sus amigos sí lo usan ( $OR = 0.46$ ) y que éstos lo utilizan con mayor frecuencia (casi siempre,  $OR = 0.36$ ) y a veces ( $OR = 0.18$ ) (ver Tabla 56).

Tabla 56. Efecto de las variables “norma” y “autoeficacia” sobre la variable dependiente “uso consistente del preservativo”.

Intención, norma percibida y autoeficacia.	No uso 100% (codificado como 0)		Sí uso 100% (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	179	97.8	208	99	.99	0.43
No	4	2.2	2	1		
Facilidad acceso preservativo						
Sí	164	89.6	196	93.3	1.76	0.62
No	19	10.4	14	6.7		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	157	85.8	195	92.9	5.22*	0.46*
No	26	14.2	15	7.1		
Frecuencia (amigos)						
Siemprea	42	23	102	48.6	34.84***	
Casi siempre	102	55.7	89	42.4		0.36***
A veces	39	21.3	17	8.1		0.18***
Nunca	0	0	2	1		-

Nota:  $n$  = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio; No uso 100 % = no usan el preservativo de forma consistente; Sí uso 100 % = sí usan el preservativo de forma consistente.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### Efecto de la variable clínica

En la Tabla 57 se presenta cómo los participantes que informaron de no usar el preservativo de forma consistente (100%) alcanzaron puntuaciones medias más altas en ansiedad social, éstas fueron significativamente más altas para la subescala de “ansiedad social ante la evaluación negativa de los pares” ( $t = 2.45$ ; OR = 0.95) y para la puntuación total del SAS-A ( $t = 2.05$ ; OR = 0.98).

Tabla 57. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “uso consistente del preservativo”.

Ansiedad social	No uso 100% (codificado 0)				Sí uso 100% (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS-FNE	200	18.52	5.59	0-38	219	17.19	5.47	8-40	2.45*	0.95
SAS-N	200	13.37	4.21	6-24	219	12.86	4.10	6-28	1.24	0.97
SAS_G	200	6.72	2.39	4-16	219	6.44	2.33	4-15	1.17	0.95
Total	200	38.60	10.61	18-76	219	36.49	10.38	18-82	2.05*	0.98

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; OR = odd ratio; No uso 100 % = no usan el preservativo de forma consistente; Sí uso 100 % = sí usan el preservativo de forma consistente; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

### 7.3.3.5. Relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas

#### *Efecto de las variables sociodemográficas*

Aquellos adolescentes que afirmaron haber consumido drogas antes y durante sus relaciones sexuales tenían una mayor edad y un menor rendimiento académico estadísticamente significativos que aquellos que no consumieron (ver Tabla 58).

Tabla 58. Efecto de las variables "edad" y "rendimiento académico" sobre la variable dependiente "uso de drogas asociado a las relaciones sexuales".

	Sí drogas (codificado 0)				No drogas (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Edad	224	16.17	0.82	14-18	887	15.77	0.74	14-18	7.16*	0.51
R.A.	224	11.27	2.53	0-13	887	11.97	1.66	1-13	-3.91*	1.18

Nota: R.A. = rendimiento académico; n = tamaño muestral; M = media; DE = Desviación típica; t = t-Student; OR = odd ratio; Sí drogas = sí ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; No drogas = no ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$

También se observa en la Tabla 59 un mayor porcentaje, no estadísticamente significativo, de adolescentes cuyos padres están divorciados que negaron usar drogas con respecto de aquellos cuyos padres no lo están ( $\chi^2 = .905$ ;  $p = .342$ ; OR = 3.96).

Tabla 59. Efecto de la variable "padres divorciados" sobre la variable dependiente "uso de drogas asociado a las relaciones sexuales".

	Consumo drogas + sexo (codificado 0)	No consumo drogas + sexo (codificado 1)	Total
Sin padres divorciados (codificado 0)	n = 156 % = 19.5	n = 646 % = 80.5	n = 802
Con padres divorciados (codificado 1)	n = 68 % = 22.0	n = 241 % = 78.0	n = 309
Total	n = 224	n = 887	n = 1111

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje; Sí drogas = sí ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; No drogas = no ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses.

### ***Efecto de Las variables cognitivas***

Los participantes que habían declarado haber consumido drogas antes y durante sus relaciones sexuales, alcanzaron puntuaciones significativamente mayores en la subescala de “Efectos del VIH” (OR = 0.76). La Tabla 60 muestra como, aunque en todas las subescalas salvo en la de “Otras vías de transmisión”, obtuvieron mayores puntuaciones los consumidores de drogas, las diferencias entre ambos grupos no fueron significativas para el total y el resto de subescalas.

*Tabla 60. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre la variable dependiente “uso de drogas asociado a las relaciones sexuales”.*

	Consumo de drogas + sexo (codificado 0)				No consumo de drogas + sexo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Transmisión oral del VIH	223	1.54	1.22	0 - 3	272	1.38	1.23	0 - 3	1.44	0.90
Efectos del VIH	223	0.38	0.69	0 - 3	272	0.28	0.62	0 - 3	1.69*	0.76
Otras vías transmisión	223	3.26	1.11	0 - 4	272	3.34	0.99	0 - 4	-.82	1.073
Total	223	5.18	2.16	0- 10	272	5	1.99	0- 10	.98	0.95

*Nota:* *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; Sí drogas = sí ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; No drogas = no ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

La Tabla 61 presenta los resultados en cuanto a las actitudes. Los adolescentes que no consumían drogas antes ni durante los encuentros sexuales obtuvieron puntuaciones totales significativamente mayores (OR = 1.054) en actitudes, especialmente en la subescala “Obstáculos” (OR = 1.30).



Tabla 61. Efecto de la variable "actitudes hacia el VIH/sida" sobre la variable dependiente "uso de drogas".

Actitudes	Consumo de drogas + sexo (codificado 0)				No consumo de drogas + sexo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
Obstáculos	223	8.74	2.14	3-12	272	9.87	1.99	4-12	-6.09***	1.30
Pruebas	223	6.78	1.24	2-8	272	6.85	1.23	2-8	-.66	1.04
Uso preservativo	223	14.28	1.94	4-16	272	14.28	1.74	6-16	-.031	1.00
Personas seropositivas	223	9.69	2.04	3-12	272	9.74	1.96	3-12	-.29	1.01
Total	223	39.48	5.03	16-48	272	40.75	4.79	24-48	-2.85**	1.05

Nota:  $n$  = tamaño muestral;  $M$  = media;  $DE$  = Desviación típica;  $t$  = t-Student;  $OR$  = odd ratio; Sí drogas = sí ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; No drogas = no ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

Un porcentaje significativamente mayor de adolescentes que no usaban drogas se mostraron más dispuestos a usar el preservativo ( $OR = 0.24$ ) y percibían en porcentaje significativamente mayor que sus amigos sí lo utilizan a veces ( $OR = 0.57$ ) (ver Tabla 62).

Tabla 62. Efecto de las variables "norma" y "autoeficacia" sobre la variable dependiente "uso de drogas".

Intención, norma percibida y autoeficacia.	Consumo de drogas + sexo (codificado 0)		No consumo de drogas + sexo (codificado 1)		$\chi^2$	OR
	n	%	n	%		
Disposición a usar preservativo						
Sí	213	95.5	269	98.9	5.48*	0.24*
No	10	4.5	3	1.1		
Facilidad acceso preservativo						
Sí	201	90.1	250	91.9	.48	0.80
No	22	9.9	22	8.1		
Uso preservativo (amigos)						
Sí	193	86.5	249	91.5	3.20	0.59
No	30	13.5	23	8.5		
Frecuencia (amigos)						
Siempre <sup>a</sup>	65	29.1	105	38.6	5.32	
Casi siempre	116	52	128	47.1		0.68
A veces	41	18.4	38	14		0.57*
Nunca	1	0.4	1	0.4		0.62

Nota: n = tamaño muestral; % = porcentaje;  $\chi^2$  = chi cuadrado; OR = odd ratio; No uso 100 % = no usan el preservativo de forma consistente; Sí uso 100 % = sí usan el preservativo de forma consistente.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### Efecto de la variable clínica

Los adolescentes que habían declarado no haber consumido drogas antes y durante sus relaciones sexuales, alcanzaron mayores puntuaciones medias en todas las subescalas de ansiedad social así como una mayor puntuación total. Los datos se presentan en la Tabla 63, mostrando las diferencias estadísticamente significativas para todas las subescalas y la puntuación total del SAS-A.

Tabla 63. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre la variable dependiente “uso de drogas asociado a las relaciones sexuales”.

Ansiedad social	Consumo de drogas + sexo (codificado 0)				No consumo de drogas + sexo (codificado 1)				t	OR
	n	M	DE	Rango	n	M	DE	Rango		
SAS-FNE	224	17.49	5.57	8-38	887	19.55	6.13	8-40	-4.58*	1.06
SAS_N	224	12.75	3.95	6-24	887	14.84	4.49	6-30	-6.36*	1.12
SAS_G	224	6.26	2.25	4-15	887	7.59	2.76	4-20	-7.54*	1.25
Total	224	36.50	10.34	18-76	887	41.99	11.53	18-86	-6.49*	1.04

Nota: *n* = tamaño muestral; *M* = media; *DE* = Desviación típica; *t* = t-Student; *OR* = odd ratio; Sí drogas = sí ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; No drogas = no ha consumido drogas antes y durante del sexo en los últimos 6 meses; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

### 7.3.3.6. Edad de inicio, frecuencia de las relaciones sexuales y número de parejas

A continuación se procede a describir los efectos que las variables sociodemográficas, cognitivas y clínica han tenido sobre las variables dependientes continuas: edad de inicio sexual, número de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones.

#### **Efecto de las variables sociodemográficas**

En la Tabla 64 se pueden observar relaciones estadísticamente significativas pero pequeñas de la edad de inicio con el número de parejas sexuales y con la frecuencia del sexo. De modo que, la edad de iniciación sexual, el número de parejas sexuales y la frecuencia de relaciones sexuales informadas aumenta cuando la edad de los participantes es mayor.

Respecto al rendimiento académico, se observan también relaciones estadísticamente significativas pero con un pequeño efecto con del número de parejas sexuales y con la frecuencia de relaciones sexuales. De manera que, cuanto mayor rendimiento académico presentan los adolescentes, menor

tendencia a un elevado número de parejas y menos frecuencia de relaciones sexuales.

*Tabla 64. Efecto de las variables “edad, rendimiento académico y estructura familiar” sobre las variables dependientes “edad de inicio sexual, números de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones sexuales” ( $\theta$ ).*

	Edad del inicio	Número de parejas	Frecuencia de las relaciones
EDAD	<b>0.242*</b>	<b>0.091*</b>	<b>0.166*</b>
RA	-.010	<b>-.193*</b>	<b>-.107*</b>
ESTRUCTURA	-0.041	0.074	0.017

*Nota:*  $\theta$  = coeficientes beta estandarizados de modelos de regresión bivariados. RA = rendimiento académico.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

#### **Efecto de las variables cognitivas**

Respecto al efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre las variables conductuales descritas en la Tabla 65, se comprobó que no existen resultados estadísticamente significativas.

*Tabla 65. Efecto de la variable “nivel de conocimientos sobre el VIH/sida” sobre las variables dependientes “edad de inicio sexual, números de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones sexuales” ( $\theta$ ).*

Conocimientos	Edad del inicio	Número de parejas	Frecuencia de las relaciones
Transmisión oral del VIH	-.005	-0.004	0.021
Efectos del VIH	-.027	-0.022	0.025
Otras vías transmisión	0.098	-0.018	-0.029
Total	0.038	-0.018	0.006

*Nota:*  $\theta$  = coeficientes beta estandarizados de modelos de regresión bivariados.

Existen relaciones estadísticamente significativas pero pequeñas con el “número de parejas sexuales” y con la “frecuencia de relaciones sexuales” para la subescala “Obstáculos” y para el total de la escala HIV-AS (ver Tabla 66). De modo que, cuanto mayor puntuación en la subescala de obstáculos hacia el uso del preservativo, menor número de parejas sexuales y menor frecuencia de relaciones sexuales. Y cuanto más favorables son las actitudes hacia el VIH/sida en general, menor frecuencia de relaciones sexuales por parte de los participantes.

Tabla 66. Efecto de la variable “actitudes hacia el VIH/sida” sobre las variables dependientes “edad de inicio sexual, números de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones sexuales” ( $\theta$ ).

Actitudes	Edad del inicio	Número de parejas	Frecuencia de las relaciones
Obstáculos	.091	-.18**	-.19**
Pruebas	-.030	.030	.014
Uso preservativo	.006	-.012	-.061
Personas seropositivas	.004	-.035	-.025
Total	.040	-.11*	-.12**

Nota:  $\theta$  = coeficientes beta estandarizados de modelos de regresión bivariados.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

En la Tabla 67 se observan relaciones estadísticamente significativas pero nuevamente pequeñas con la edad de inicio, el número de parejas y con la frecuencia de relaciones sexuales para la disposición del uso del preservativo (intención de uso) y la frecuencia en la que se cree que los iguales lo usan (norma social). Así la edad de inicio es menor, hay mayor número de relaciones y frecuencia sexual cuando existe disposición a usar el preservativo. La frecuencia sexual también es mayor en aquellos casos en los que existe un valor normativo alto.

Tabla 67. Efecto de la variable “norma y autoeficacia” sobre las variables dependientes “edad de inicio sexual, números de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones sexuales” ( $\beta$ ).

Intención, norma y autoeficacia.	Edad del inicio	Número de parejas	Frecuencia de las relaciones
Disposición a usar preservativo	<b>-.083*</b>	<b>.16**</b>	<b>.13**</b>
Facilidad acceso preservativo	-.062	.040	.064
Uso preservativo (amigos)	-.016	.033	.088
Frecuencia del uso (amigos)	-.029	.012	<b>.13**</b>

Nota:  $\beta$  = coeficientes beta estandarizados de modelos de regresión bivariados.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

#### Efecto de la variable clínica

La Tabla 68 presenta los resultados para la variable ansiedad social. El número de parejas es significativamente menor cuando la ansiedad y evitación social ante situaciones novedosas y extraños son altas. Además, la edad de inicio es significativamente mayor cuando hay presencia de ansiedad social generalizada y total alta.

Tabla 68. Efecto de la variable “ansiedad social” sobre las variables dependientes “edad de inicio sexual, números de parejas sexuales y frecuencia de las relaciones sexuales” ( $\beta$ ).

Ansiedad social	Edad del inicio	Número de relaciones	Frecuencia de las relaciones
SAS-FNE	0.037	-0.014	-0.067
SAS-N	0.102	<b>-0.124*</b>	-0.066
SAS_G	<b>0.096*</b>	-0.067	-0.080
Total	<b>0.082*</b>	-0.071	-0.079

Nota:  $\beta$  = coeficientes beta estandarizados de modelos de regresión bivariados; FNE = miedo a la evaluación negativa de los pares; N = ansiedad y evitación social ante situaciones novedosas y extraños; G = ansiedad y evitación social en general; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general.

\*  $p < .05$ . \*\* $p < .01$ . \*\*\* $p < .001$ .

CUADRO RESUMEN 3. Resumen de resultados descriptivos y bivariados.

V. D. \ V. I.	Sí sexualmente activo	Sí activo últimos seis meses	Sí relaciones de riesgo (no masturbación)	No uso preservativo la primera vez	No 100% uso del preservativo	Sí consumo de drogas	Debut sexual temprano	Número parejas (>1)	Frecuencia sexual
Sexo (masculino)	+	+	+	+	-	+	+	+	+
Edad	+	+	+	-	+	+	+	+	+
RA	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Padres divorciados	+	+	+	+	+	+	-	+	+
<b>Conocimientos</b>									
Transmisión oral	+	+	+	-	-	+	-	-	+
Efectos	+	+	+	-	+	-	-	-	+
Otras vías	+	+	-	-	-	+	+	-	-
Total	+	+	+	-	-	+	+	-	+
<b>Actitudes</b>									
Obstáculos	-	-	-	-	-	-	+	-	-
Pruebas	-	-	+	-	-	-	-	+	+
Uso preservativo	+	+	+	-	-	-	+	-	-
Personas VIH	+	+	+	-	-	-	+	-	-
Total	-	+	+	-	-	-	+	-	-
<b>Norma</b>									
Amigos uso	+	+	-	-	-	-	-	+	+
Amigos frec. uso	-	-	+	-	-	-	-	+	+
<b>Intención</b>	-	-	+	-	-	-	-	+	+
<b>Autoeficacia</b>	+	+	+	-	-	-	-	+	+
<b>Ansiedad social</b>									
SAS-FNE	-	-	+	+	+	-	+	-	-
SAS-N	-	-	+	+	+	-	+	-	-
SAS-G	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Total	-	-	+	+	+	-	+	-	-

Nota: V.D. = variable dependiente; V.I. = variable independiente; RA = rendimiento académico; Padres divorciados = adolescentes con padres divorciados; Intención = dispuesto a usar preservativo; Autoeficacia = percibe fácil acceso al uso del preservativo; Amigos uso = percibe que sus amigos usan el preservativo; Amigos frec. uso = percibe que sus amigos usan preservativo con frecuencia; SAS\_FNE = subescala de miedo a las evaluaciones negativas de los pares; SAS\_N = subescala de ansiedad y evitación social ante situaciones sociales novedosas o antes extraños; SAS\_G = subescala de ansiedad y evitación social en general. \*Todo lo que semánticamente significa "mayor riesgo" está codificado como 0; + = Relación positiva: a mayor peso/presencia de una variable, mayor peso/presencia de otra; - = Relación negativa: a menor peso/presencia de una variable, mayor peso/presencia de otra.

## 7.4. MODELO PREDICTIVO

### 7.4.1. Ajuste del Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (The Information, Motivation and Behavioral Skills Model, IMB; Fisher y Fisher, 1992) para la adopción de conductas sexuales de riesgo en adolescentes españoles

El último objetivo propuesto en este estudio es evaluar si el modelo explicativo IMB (Fisher y Fisher, 1992) se ajusta a la muestra de adolescentes sexualmente activos ( $n = 582$ ), así como elaborar un modelo predictivo que constituya una variación del Modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992), al cual se denominará como modelo IMB-A, mediante la inclusión de las variables “norma social”, “autoeficacia”, “rendimiento académico” y “ansiedad social”.

#### ✓ Modelo IMB

El Modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) se ha podido confirmar con la muestra de este estudio y los indicadores (cuadrados) de nuestras medidas para representar las variables latentes (elipses) del modelo (ver Figura 46).

El modelo de medida se ha definido utilizando la escala de conocimientos (HIV-KS) y la de actitudes (HIV-AS) respectivamente, ambas con sus subescalas correspondientes. La “norma social” se ha definido mediante dos ítems como indicadores de la misma y el “comportamiento” con dos de las cuestiones que se hicieron a los participantes sobre su comportamiento de riesgo (ítems autoinformados).

En dicho modelo se observa que todos los indicadores de las variables latentes presentan cargas factoriales altas y positivas sobre sus constructos (*Conocimientos, Actitudes, Norma social y Comportamiento*) con valores significativos entre  $\beta = .442$  y  $\beta = .725$ . Excepto los indicadores “efectos VIH” en el constructo de “conocimientos” y “frecuencia sexo” en la variable latente de “comportamiento”, siendo sus cargas factoriales no significativas ( $\beta = .111$  y  $\beta = .210$ , respectivamente).



El modelo estructural definido por Fisher y Fisher (1992) se elaboró con la variable latente de “conocimientos”, las variables latentes de “actitudes” y “norma” para indicar la “motivación” y, por último, el “comportamiento”. Se pueden observar las cargas factoriales que indican qué relaciones se han establecido entre las variables latentes. Se trata de cargas factoriales altas y positivas para el efecto de las variables latentes “conocimientos” y “norma social” sobre las variables latentes “actitudes” y “comportamiento” respectivamente, con valores significativos entre  $\beta = .407$  y  $\beta = .281$ .

Por otro lado, se encuentra una carga factorial alta y negativa para el efecto de la variable latente “actitudes” sobre la variable latente “comportamiento”, con valor significativo de  $\beta = -.455$ . No ocurriendo lo mismo con el efecto de la variable latente “conocimientos” sobre la variable “norma social”, ya que presenta una carga factorial muy pequeña y no significativa ( $\beta = -.077$ ).

#### ✓ Modelo IMB-A

Una vez confirmado el ajuste del modelo IMB en la muestra de este estudio, se procedió a elaborar una variación de dicho modelo de Fisher y Fisher (1992).

En el modelo de medida se observa que todos los indicadores de las variables latentes presentan cargas factoriales altas y positivas sobre sus constructos (*Conocimientos, Actitudes, Norma social, Ansiedad social y Comportamiento*) con valores significativos entre  $\beta = .347$  y  $\beta = .980$ . Excepto los indicadores “efectos VIH” en el constructo de “conocimientos” y “frecuencia sexo” en la variable latente de “comportamiento”, siendo sus cargas factoriales menores de .22 y no significativas ( $\beta = .106$  y  $\beta = .225$  respectivamente).

En cuanto al modelo estructural IMB-A, se pueden observar las relaciones establecidas entre las variables latentes a partir de las cargas factoriales. Se muestran cargas factoriales altas y positivas para el efecto de las variables latentes “conocimientos”, “ansiedad social” y “norma social” sobre las variables latentes “actitudes”, “norma social” y “comportamiento” respectivamente, con valores significativos entre  $\beta = .189$  y  $\beta = .368$ .

Por otro lado, se encuentran cargas factoriales altas y negativas para el efecto de las variables latentes “ansiedad” y “actitudes” sobre las variables latentes “actitudes” y “comportamiento”, con valores significativos de  $\beta = -.175$  y  $\beta = -.420$  respectivamente. No ocurriendo lo mismo con el efecto de la variable latente “conocimientos” sobre la variable “norma social”, ya que presenta una carga factorial muy pequeña y no significativa ( $\beta = -.022$ ).

Tanto el modelo IMB como el IMB-A, que se presentan finalmente aquí, son los modelos obtenidos tras seguir las reespecificaciones para lograr el ajuste óptimo y las estimaciones más ajustadas y eficientes. En ambos modelos se utilizaron otros indicadores del comportamiento como por ejemplo, más ítems para el constructo del comportamiento (e.g., consumo de drogas, número de parejas sexuales) o ítems para elaborar el constructo de intención de uso del preservativo. Pero ninguno de éstos obtuvo un buen ajuste.

Una vez confirmado el IMB y ajustado siguiendo las reespecificaciones indicadas, se probó el modelo original hipotetizado con la inclusión de los constructos “norma social”, “autoeficacia”, “rendimiento académico” y “ansiedad social”, pero sólo la inclusión de “ansiedad social” mantenía un ajuste óptimo en el modelo.

Los resultados de los modelos no se veían afectados cuando se controlaban las variables “edad” y “sexo”. El análisis de invarianza en función del sexo presentaba invarianza indiferentemente del sexo, es decir, el modelo principal mantenía las mismas tendencias.

A continuación se presentan los datos y representación gráfica tanto del modelo IMB (ver Figura 46 y Tabla 69) como de la variación que se propone en este estudio (ver Figura 47 y Tabla 70), así como los índices de ajuste del modelo original y de su variación (ver Tabla 71).

Figura 46: Modelo IMB.

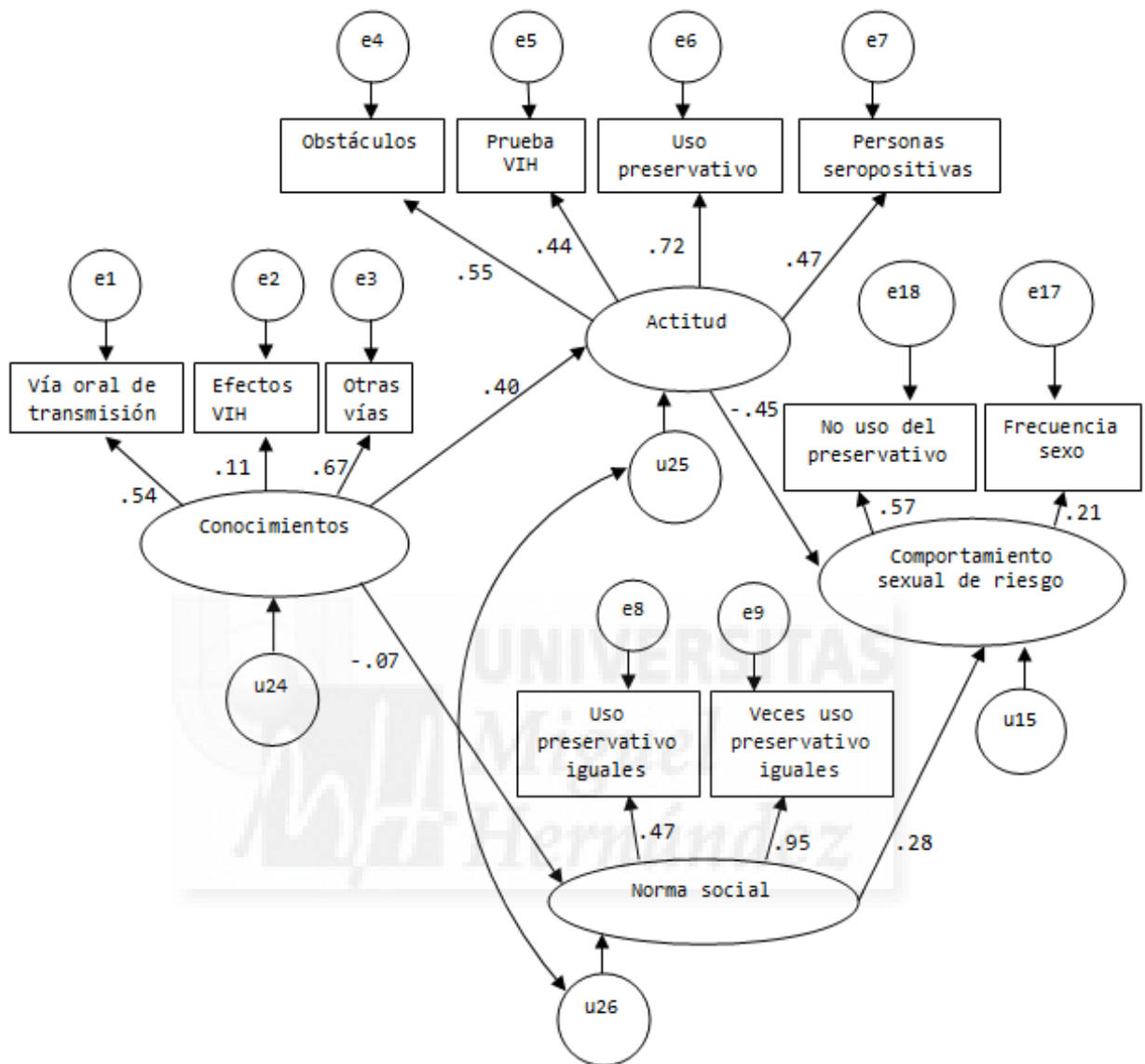


Tabla 69. Efectos entre las variables incluidas en modelo IMB.

Indicadores y variables latentes			B	S.E.	p
Actitudes	<---	Conocimientos	.407	.154	***
Norma	<---	Conocimientos	-.077	.015	.254
Comportamiento	<---	Actitudes	-.455	.045	.023
Comportamiento	<---	Norma	.281	.229	.037
Vía transmisión oral	<---	Conocimientos	.673	.263	***
Efectos VIH	<---	Conocimientos	.111	.060	.066
Otras vías	<---	Conocimientos	.548	4.959	.066
Obstáculos	<---	Actitudes	.517	.304	***
Prueba VIH	<---	Actitudes	.442	.075	***
Uso preservativo	<---	Actitudes	.725	.158	***
Personas seropositivas	<---	Actitudes	.477	.124	***
Uso preservativo iguales	<---	Norma	.471	.700	.002
Veces uso preservativo iguales	<---	Norma	.958	1.488	.002
Frecuencia sexo	<---	Comportamiento	.210	.373	.019
No uso del preservativo	<---	Comportamiento	.574	.491	.019

Nota: \*\*\* =  $p < .001$

Figura 47: Modelo IMB-A.

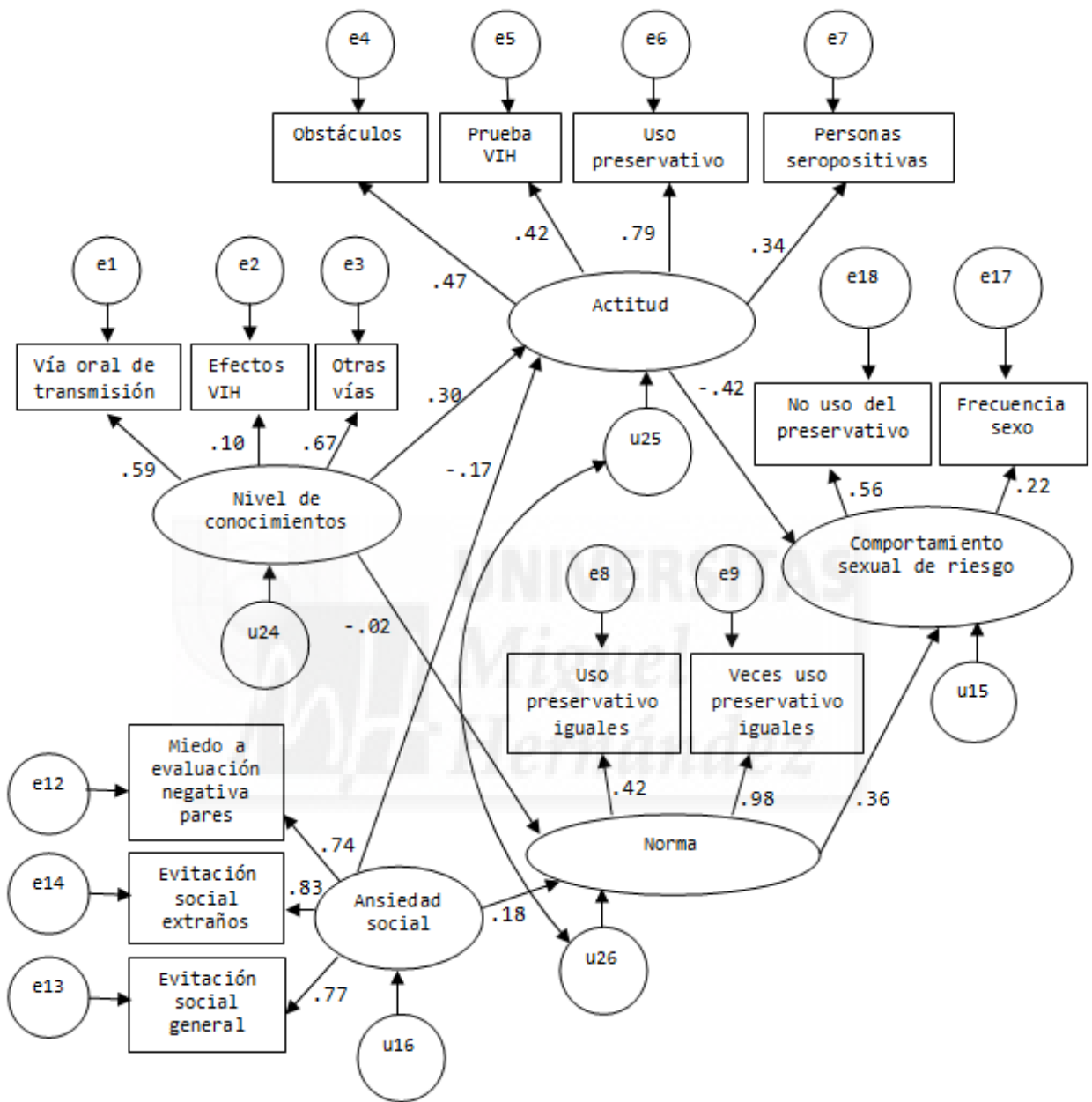


Tabla 70. Efectos entre las variables incluidas en modelo IMB-A.

Indicadores y variables latentes			B	S.E.	p
Actitudes	<---	Conocimientos	.305	.122	***
Norma	<---	Conocimientos	-.022	.009	.667
Actitudes	<---	Ansiedad	-.175	.014	.004
Norma	<---	Ansiedad	.189	.002	.006
Comportamiento	<---	Actitudes	-.420	.043	.009
Comportamiento	<---	Norma	.368	.289	.009
Vía transmisión oral	<---	Conocimientos	.671	.273	***
Efectos VIH	<---	Conocimientos	.106	.053	.076
Otras vías	<---	Conocimientos	.595	.295	***
Obstáculos	<---	Actitudes	.472	.302	***
Prueba VIH	<---	Actitudes	.422	.081	***
Uso preservativo	<---	Actitudes	.796	.213	***
Personas seropositivas	<---	Actitudes	.347	.129	***
Uso preservativo iguales	<---	Norma	.420	.047	***
Veces uso preservativo iguales	<---	Norma	.980	1.589	***
Miedo evaluación negativa pares	<---	Ansiedad	.749	.077	***
Evitación social extraños	<---	Ansiedad	.833	.053	***
Evitación social general	<---	Ansiedad	.773	.028	***
Frecuencia sexo	<---	Comportamiento	.225	.343	.006
No uso preservativo	<---	Comportamiento	.564	.383	.006

Nota: \*\*\* =  $p < .001$

Tabla 71. Índices de ajuste del modelo IMB y modelo IMB-A

Modelo	$\chi^2$	<i>p</i>	CFI	NFI	IFI	RMSEA
1	75.555	.000	.941	.892	.943	.045
2	95.378	.008	.975	.928	.976	.031

Nota:  $\chi^2$  = Chi-cuadrado; CFI = Índice de bondad de ajuste comparativo; NFI = Índice de ajuste normalizado; IFI = Índice del incremento de ajuste; RMSEA = Raíz del residuo cuadrático medio estandarizado.







# **CAPÍTULO 8: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**





## 8.1. DISCUSIÓN

El objetivo general de este estudio fue aportar datos actualizados sobre los factores de riesgo frente al VIH en población adolescente española. A su vez, los objetivos específicos fueron describir de forma exhaustiva el perfil del comportamiento sexual de la población adolescente; analizar la capacidad predictiva de variables sociodemográficas, cognitivas y clínicas; y contrastar un modelo teórico de las conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida.

A continuación se procede a comentar las hipótesis establecidas.

### *Comportamiento sexual de Los adolescentes*

Tal y como proponía la *hipótesis 1*, se esperaba que la mayoría de los participantes presentaran conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida caracterizadas por un predominio del porcentaje de adolescentes sexualmente activos, una edad temprana para la iniciación sexual, más de una pareja sexual, así como una alta frecuencia de tipos de prácticas sexuales con coito y/o combinadas. Hipótesis que se ha visto confirmada excepto para las variables de riesgo “ser sexualmente activo” y “no uso del preservativo en la primera relación sexual” como se procede a explicar.

Analizando cada una de las conductas sexuales de riesgo evaluadas en este estudio se puede comprobar, en primer lugar, que casi la mitad de los estudiantes de la muestra eran sexualmente activos, aunque no resultó ser la mayoría. En los últimos años el porcentaje de adolescentes sexualmente activos es cada vez mayor, igualando o superando en algunos casos al porcentaje de adolescentes no sexualmente activos (Faílde et al., 2008; Lameiras et al. 2004; Teva et al., 2009b).

En segundo lugar, se han observado diferencias significativas según el sexo, de manera que el porcentaje de chicos sexualmente activos ha sido más alto. Resultados coherentes con la teoría en la que primaba una mayor motivación sexual en los chicos que en las chicas, orientándoles a querer experimentar sexualmente más que las chicas (Lameiras et al., 2004; Teva et al., 2009b; Tung et al., 2008), y en ocasiones argumentando este hecho en base a los diferentes roles experimentados en el sexo, siendo las chicas quienes esperan relaciones basadas en el amor platónico y

caracterizado por una mayor intimidad y complicidad, aspectos menos requeridos por los chicos para involucrarse en una relación sexual (Mitchell y Wellins, 1998; Navarro-Pertusa et al., 2003).

En tercer lugar, la edad de inicio en las relaciones sexuales de los adolescentes de la muestra sería temprana, informando de un debut sexual en torno a los 15 años. La tendencia observada en décadas anteriores ya establecía el debut sexual entre los 15 y 17 años (Bimbela y Cruz, 1997; Cerwonka et al., 2000; INJUVE, 2002, 2005; Luengo-Arjona et al., 2007). En este estudio se ha comprobado que la edad media del debut sexual ha ido descendiendo en los últimos años y en la muestra encuestada ha sido establecida en torno a los 15 años, no encontrando diferencias significativas entre chicos y chicas para esta variable. Estos datos van orientados en la misma línea que los ofrecidos por la literatura científica reciente que advertía de un descenso progresivo de la edad de iniciación sexual tanto a nivel internacional como nacional, y que fijaban dicha edad en la misma establecida por este estudio (Bermúdez et al., 2010; Caminis et al., 2007; Teva et al., 2009a; Teva, Ramiro, Uribe-Rodríguez et al., 2012). Además, la temprana edad de iniciación sexual ha resultado serlo igualmente tanto para los chicos como para las chicas, confirmando la tendencia observada por Castro et al. (2011) en su estudio, donde advertían de un descenso notable de la iniciación sexual también en las chicas, quienes presentaban una mayor probabilidad de iniciarse sexualmente que los chicos. Datos contrarios a los expuestos en otros estudios que establecían una edad de iniciación sexual inferior a los 15 años (Carrión y Traverso, 2012; Cerwonka et al., 2000; Trani et al., 2005) y significativamente más temprana para los chicos que para las chicas (Strachman et al., 2005; Teva et al., 2009a; Weinberg et al., 1998).

Respecto al número de parejas sexuales, se estimaba que los adolescentes informarían de haber tenido varias parejas en los últimos 6 meses, y el número medio para chicos y chicas no supera las dos parejas. Es importante señalar que para esta variable se han encontrado diferencias estadísticamente significativas según el sexo, siendo los chicos quienes informaban de un mayor número de parejas sexuales. Datos en total consonancia con los aportados por otros trabajos donde se informaba de la tendencia a tener más de una pareja por parte de los adolescentes e incluso a simultanear relaciones sexuales (Luengo-Arjona et al., 2007; Teva et al., 2009a), y de que dicha tendencia fuera mayor entre los chicos

(Bermúdez y Teva, 2003; Carrión y Traverso, 2012; Crosby et al., 2003; Faílde et al., 2008; Forehand y Miller, 2001).

Sobre el tipo de prácticas sexuales llevadas a cabo con mayor frecuencia, se esperaba que los participantes informaran de prácticas diversas que conllevaran riesgo de transmisión del VIH, así como una alta frecuencia de veces que eran llevadas a cabo. Finalmente, el tipo de práctica sexual predominante fue el coito vaginal así como las prácticas sexuales combinadas. Se observaron diferencias significativas según el sexo, de manera que ellos preferían practicar el sexo oral y tipos de prácticas sexuales combinadas, mientras que las chicas se decantaron por el coito vaginal y prácticas combinadas también. Como se puede observar estos tipos de prácticas escogidas por los participantes conllevan riesgo de transmisión del VIH/sida al ser prácticas en las que se producen intercambio de fluidos vaginales y semen, además de poder producir microlesiones (ONUSIDA, 2009). Tendencia en cuanto a tipo de prácticas muy similares a las informadas en otros estudios actuales con población española (Faílde et al., 2008).

La frecuencia "2/3 veces al mes" fue la frecuencia con que los adolescentes llevaban a cabo estas prácticas más informada por la muestra. Una frecuencia de mantenimiento de relaciones sexuales con penetración que les sitúa en una posición vulnerable frente al VIH, y que también ha sido recogida por otros estudios españoles en la última década (Faílde et al., 2008; Teva et al., 2009a; 2009b). También hay estudios extranjeros donde se respalda una moderada-alta frecuencia de prácticas sexuales con penetración y/o combinadas (coito vaginal, sexo oral y sexo anal) sobre todo entre los chicos (Hernderson et al., 2002; Murphy et al., 1998).

Siguiendo con la *hipótesis 1*, se han observado altos porcentajes de una inadecuada historia del uso del preservativo entre los adolescentes sexualmente activos. Es decir, se esperaba que los sujetos de la muestra no hubiesen empleado este método de protección en su primera relación sexual, y aunque sí se hipotetizaba que la mayoría escogiese el preservativo como principal método de protección frente a otros métodos preventivos de embarazos no deseados y ETS (píldora anticonceptiva, abstinencia, etc.), no se esperaba que hiciesen un uso consistente del mismo (que lo usen el 100 % de las veces). Pero dicha hipótesis no se ha cumplido para esta variable porque, aunque se ha podido observar que un alto porcentaje de participantes sexualmente activos escogió el

preservativo como método de primera elección, también un alto porcentaje sí utilizó el preservativo en su debut sexual en contra de la tendencia que se esperaba.

Por otra parte, aunque los porcentajes de uso del preservativo, tanto en el debut sexual como en relaciones habituales han sido altos, se ha observado que su uso no es consistente. Es decir, existe un considerable porcentaje de estudiantes que no emplean este método siempre que mantienen relaciones sexuales. Tendencia ya observada en estudios dentro y fuera de España, donde se concluyó que de forma progresiva se va abandonando el uso del preservativo a favor de la píldora anticonceptiva cuando las relaciones adquieren un carácter estable (Hock-Long et al., 2012) o bien porque se desconoce la función profiláctica del preservativo y de la cual carecen otros métodos (Santín et al., 2003).

Aunque el uso del preservativo en la primera relación sexual se va afianzando, estudios siguen informando de porcentajes pequeños pero aún reticentes a su uso (Belza et al., 2006; Bimbela y Cruz, 1997; Castro, 2005; Teva et al., 2009a; 2009b).

Tal y como se esperaba, casi la mitad de estudiantes utilizan drogas antes y/o durante de las prácticas sexuales. Siendo éste un hábito de riesgo más frecuente entre los chicos que en las chicas. Es abundante la literatura científica que viene a respaldar los hallazgos al respecto en este trabajo, predominando estudios con muestra adolescentes española donde primaba el consumo de drogas legales como al alcohol e ilegales como el cannabis en contextos de ocio y en estrecha relación con las conductas sexuales de riesgo (Becoña et al., 2008; Espada et al., 2003; Planes, 1994; Toledo et al., 2002). Estudios donde coinciden al concluir que el consumo de drogas a menudo conduce al sexo no planificado, alterando el juicio y la percepción de riesgo (Cooper, 2006; Parkes et al., 2007). En la muestra de este estudio la mitad de los adolescentes declararon consumir drogas antes y durante sus relaciones sexuales, informando preferentemente del consumo de alcohol y cannabis. Resultados muy similares y que incluso superan ligeramente en porcentaje a los publicados por Teva et al. (2009) en una muestra española, pudiendo sugerir que el consumo de drogas asociado al sexo podría seguir incrementándose.

Y por lo que respecta a la orientación sexual, la *hipótesis 2* planteaba que dicha variable presentaría una baja capacidad predictiva de las conductas sexuales de riesgo. En su mayoría la muestra se declaró

heterosexual con un pequeño porcentaje que no alcanza ni un 5% para otras orientaciones. Los datos epidemiológicos confirman hace décadas que el colectivo bisexual y homosexual es un grupo vulnerable frente al VIH (Centro Nacional de Epidemiología, 2011). Se esperaba que la orientación sexual fuera una variable descriptiva que aportase información detallada sobre la conducta sexual de los adolescentes, pero no que desempeñara un papel relevante en esta investigación como variable predictora del comportamiento sexual de riesgo. Como se ha podido comprobar en los resultados relativos a la elaboración del modelo predictivo del comportamiento sexual de riesgo, dicha variable no tuvo un peso relevante y por tanto factores de riesgo no fueron analizados para la misma. Por otra parte, la edad propia de los participantes, inmersos en plena etapa de la adolescencia y en el desarrollo de su identidad personal, podría explicar el papel poco relevante de esta variable e incluso poner en duda los porcentajes registrados sobre la tendencia del deseo sexual, ya que muchos de los adolescentes encuestados podrían todavía no conocer con seguridad su orientación sexual (Giménez, 2008).

***Análisis de variables predictivas del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH/sida.***

***Variables sociodemográficas***

La hipótesis 3 planteaba que las variables sociodemográficas (edad, sexo, estructura familiar y rendimiento académico) explicarían el comportamiento sexual de riesgo esperando que los chicos se involucrasen más a menudo en situaciones de riesgo que los hiciesen más vulnerables y que cuanto menor edad tuviesen los adolescentes, mayor probabilidad de exponerse al riesgo de contraer VIH (Faílde et al., 2008; Henderson et al., 2002; Lameiras et al., 2004; Teva et al., 2009).

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas según el sexo en el comportamiento sexual de los adolescentes. De manera que, los chicos tienden más a involucrarse en conductas sexuales de riesgo, son sexualmente más activos, tienen un mayor número de parejas sexuales, llevan a cabo prácticas sexuales combinadas con mayor frecuencia que las chicas, y consumen drogas antes y durante el sexo en mayor porcentaje que ellas. De nuevo, esta tendencia de ser los chicos los que se involucran en conductas sexuales de riesgo en mayor medida que las chicas, podría

relacionarse con una mayor motivación en ellos que en ellas por vivir experiencias sexuales y los diferentes roles de género desempeñados por cada uno en el sexo y en las relaciones afectivas (Mitchell y Wellins, 1998; Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003).

La edad también ha sido una variable evaluada dada su relevancia en la etapa adolescente y su vulnerabilidad frente al VHI (Bayés, 1995; Crosby et al., 2003; Espada, Quiles et al., 2003; Johnson et al., 2003; Papalia y Odds, 1997; Uribe, 2005). Teva et al. (2009a) observaron que a menor edad tenían los sujetos de su muestra, más decrecía la edad del debut sexual. De igual modo, concluyeron en una muestra más amplia que la edad tenía un claro efecto significativo sobre el número de parejas sexuales y de nuevo en la edad de iniciación sexual. En la muestra de este estudio se han observado diferencias estadísticamente significativas según la edad respecto a ciertas conductas sexuales de riesgo pero en una dirección opuesta a la descrita en la literatura científica no permitiendo confirmar la hipótesis. Es decir, cuanto mayor era la edad de los participantes, más se daban las siguientes conductas de riesgo: ser sexualmente activo (haber experimentado el sexo alguna vez), ser sexualmente activo los últimos 6 meses, escoger prácticas sexuales de mayor riesgo como el coito y/o sexo oral, mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas, debut sexual temprano, mayor número de parejas sexuales y mayor frecuencia de relaciones sexuales con coito.

La hipótesis 3 planteaba que los adolescentes con padres separados o divorciados presentarían una mayor predisposición a involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo, resultados que se han presentado y detallado en otros trabajos ya publicados (Orgilés et al., 2012). En esta muestra tan sólo la mitad de estudiantes tenían padres separados o divorciados y aunque informaron de un mayor número de conductas sexuales de riesgo, tan sólo la conducta “mantener relaciones sexuales de riesgo que incluyen coito” ha resultado ser estadísticamente significativa. Es decir, se ha observado una tendencia general en los adolescentes cuyos padres estaban divorciados a adoptar conductas sexuales de riesgo, pero sólo se ha podido demostrar la evidencia de las mismas en relación al mantenimiento de relaciones sexuales con coito.

En general y en sintonía con uno de los primeros estudios en analizar dichas variables en muestra española (Orgilés et al., 2012), los estudiantes con padres divorciados tendían más a ser sexualmente activos



(haber experimentado sexo alguna vez) y ser sexualmente activos los últimos 6 meses. Además de no utilizar el preservativo en su primera relación sexual, usarlo de forma inconsistente en sus relaciones habituales y practicar sexo bajo los efectos de sustancias.

Teniendo en cuenta la falta de resultados estadísticamente significativos, la *hipótesis 3* no se puede confirmar para esta variable. En contra de las sugerencias halladas en la literatura sobre la vulnerabilidad e inestabilidad que los hijos de padres divorciados o que viven en familias desestructuradas sufren ante los cambios derivados de la ruptura, y cómo éstas podrían afectar a sus conductas de salud (Donahue et al., 2010, Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008), se concluye que a pesar de vivir las consecuencias propias de un divorcio en la familia, ello no supone un incremento significativo del comportamiento sexual de riesgo frente al VIH.

Por último, en la *hipótesis 3* se esperaba que los adolescentes con un menor rendimiento académico presentasen mayor probabilidad de adoptar conductas sexuales de riesgo frente al VIH.

En general, y a pesar de las escasas investigaciones a nivel nacional e internacional sobre el papel desempeñado por el rendimiento académico en cuanto a la adopción de comportamiento sexual de riesgo para la transmisión del VIH, se puede afirmar que sí existen estudios que defienden la relación entre un bajo rendimiento académico y la predisposición a involucrarse en conductas no saludables como el uso de drogas (Alfonso et al., 2006; Alfonso et al., 2009). En consonancia a estas relaciones defendidas por estudios previos entre bajo rendimiento y conducta no saludable, y a la relación entre desempeño académico y mantenimiento de relaciones sexuales defendido por Palacios y Andrade (2007), en este trabajo se ha evaluado el efecto del rendimiento académico en relación a las variables conductuales de riesgo incluidas. Y se puede concluir la existencia de un efecto estadísticamente significativo del rendimiento académico sobre varias conductas sexuales de riesgo: a menor rendimiento académico registrado en la muestra de estudiantes, en mayor porcentaje se encontraban adolescentes que eran sexualmente activos (habían experimentado sexo alguna vez), que eran también sexualmente activos los últimos 6 meses, que llevaban a cabo prácticas sexuales de mayor riesgo como el coito y/o sexo oral y que consumían drogas antes y durante el sexo, que tenían un mayor número de parejas sexuales informadas

y que con mayor frecuencia mantenían relaciones sexuales con coito y/o combinadas.

Estos resultados se pueden explicar alegando que los estudiantes con un mayor rendimiento académico están más orientados a involucrarse en actividades académicas y escolares que les restan oportunidades potenciales de involucrarse en comportamiento poco saludables como las conductas sexuales de riesgo (Chewing et al., 2001; Palacios y Andrade, 2007).

Finalmente, se concluye que la *hipótesis 3* solamente se confirma para las variables sociodemográficas “sexo” y “rendimiento académico” que han marcado diferencias estadísticamente significativas en un notable número de conductas sexuales de riesgo evaluadas en esta investigación.

### ***Variables cognitivas***

La *hipótesis 4* planteaba en primer lugar que los estudiantes no percibirían un uso normativo del preservativo por parte de sus iguales, creyendo por tanto que sus compañeros y amigos no lo usan como método de protección (norma social). Además, su autoeficacia para hacer frente a conductas de riesgo sería baja al percibir un difícil el acceso al uso de los preservativos. Del mismo modo, se esperaba que tanto la norma social como la autoeficacia (disposición a acceder y usar el preservativo) tuvieran un efecto predictor significativo sobre la adopción de conductas sexuales de riesgo.

En contra de lo esperado, los resultados han mostrado que un amplio porcentaje de estudiantes de la muestra percibía un uso normativo del preservativo por parte de sus iguales. Al mismo tiempo, la mayoría de los participantes opinaba que es fácil acceder al uso de preservativos.

Al ser analizado el efecto que ambas variables cognitivas, norma social y autoeficacia, tienen sobre la adopción de las conductas sexuales de riesgo incluidas en este trabajo, se observan resultados significativos al comprobar que los sujetos que percibían en mayor medida que sus iguales utilizaban el preservativo, son los que adoptaban en menor medida las conductas sexuales de riesgo “no utilizar el preservativo la primera vez” y “no usar el preservativo de forma consistente”.

También se observaron resultados significativos al comprobar que los adolescentes que percibían que sus amigos utilizaban el preservativo con gran frecuencia (casi siempre) son quienes menos adoptaban las conductas

sexuales de riesgo “ser sexualmente activos en los últimos 6 meses”, “no usar el preservativo la primera vez” y “no usar el preservativo consistentemente”. En una dirección diferente, resultó significativo que cuanto más percibían que sus iguales utilizaban con frecuencia el preservativo, mayor frecuencia de mantenimiento de relaciones sexuales con coito informaron.

Respecto a la intención de usar el preservativo, se han obtenido resultados estadísticamente significativos al observar que los participantes que mayor intención de usar el preservativo tenían son los que en menor medida adoptaban las conductas sexuales de riesgo “no usar el preservativo la primera vez”, “mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas” y “debutar en el sexo a una edad temprana”. Por el contrario, estos adolescentes con una óptima intención del uso del preservativo fueron quienes informaron significativamente de un mayor número de parejas sexuales y de una mayor frecuencia de relaciones que incluyen el coito.

En general, los resultados descritos sobre el efecto de la norma social y la intención del uso del preservativo siguen la misma línea expuesta por la literatura científica, demostrando que aquellos que perciben que el uso del preservativo está socialmente aceptado entre sus iguales, son más susceptibles de utilizarlo (DiClemente, 1991) y por tanto tiene un papel decisivo en la adopción de conductas sexuales de riesgo (Sánchez y Muñoz, 2001).

Por otra parte, en cuanto a la autoeficacia, los resultados reflejados son coherentes con la literatura científica a pesar de no haber sido estadísticamente significativos. Los adolescentes que percibían en mayor medida que es fácil acceder al uso de los preservativos (autoeficacia) son sexualmente más activos y se involucran en relaciones sexuales que incluyen el coito, pero al mismo tiempo usan en mayor medida el preservativo en su primera relación sexual, lo usan en mayor medida de forma consistente y practican sexo bajo los efectos de las drogas en menor medida. Resultados que siguen la línea teórica comprobada sobre que la autoeficacia resulta ser un constructo esencial para el trabajo de prevención del VIH dada su relación con el uso del preservativo, de manera que los adolescentes que mayor autoeficacia presentan, más dispuestos están a adoptar conductas preventivas (Ballester et al., 2013; Bandura, 1977; Bermúdez, Herencia-Leva et al., 2009).

Se puede afirmar que la *hipótesis 4* no se confirma en cuanto a los niveles de norma social y autoeficacia esperada ya que, al contrario de lo esperado, los participantes de la muestra presentaban porcentajes altos en ambas variables respecto al uso del preservativo.

En cambio, sí se cumple la *hipótesis 4* respecto al efecto de dichas variables sobre la adopción de las conductas sexuales de riesgo “no uso del preservativo la primera vez” y “uso inconsistente del preservativo”. Resultados similares a los apuntados por otros estudios recientes que defienden que a mayor norma social y autoeficacia mejor historia de uso del preservativo se observa (e.g., Barrera et al., 2004; Colón et al., 2000; DiClemente et al., 2004; Park et al., 2002).

Siguiendo con el planteamiento de la *hipótesis 4*, los estudiantes alcanzarían puntuaciones por debajo de la puntuación media en la escala que medía su nivel de conocimientos (HIV-KS). Es decir, cabría esperar una carencia de información sobre el VIH/sida. Y además se esperaba que tuviese un claro efecto sobre la adopción de conductas sexuales de riesgo. En base a los resultados alcanzados, los adolescentes de la muestra tan sólo han logrado una puntuación media de 4.9. Puntuación que se encuentra por debajo de la puntuación media de la escala HIV-KS. Además, han existido diferencias significativas ya que los chicos han obtenido puntuaciones menores que las chicas en la mayoría de las subescalas y en la puntuación total.

Estos resultados confirman parte de la *hipótesis 4* con la que se esperaba que el nivel de conocimientos de los sujetos de la muestra no fuera satisfactorio. También otros trabajos previos hallaron en muestras españolas y extranjeras niveles bajos de conocimientos sobre el VIH en población adolescente que evidenciaban el riesgo al que se expone dicha población (Ballester et al., 2009; Caballero y Villaseñor, 2003; Castillo et al., 2001; Lanouette et al., 2003; Morris et al., 2003). Esta circunstancia demuestra el estado de vulnerabilidad en la que se encuentran los adolescentes frente al riesgo de contraer VIH, siendo los conocimientos una de las variables cognitivas más estudiadas y tenidas en cuenta para el trabajo preventivo del VIH tal y como concluyen diversos estudios (e.g., Bermúdez et al., 1999; DiClemente et al., 2002).

En cuanto al efecto que esta variable cognitiva ejerce respecto a las conductas sexuales de riesgo, es importante señalar resultados llamativos como que los estudiantes que afirmaron ser sexualmente activos presentaron

mejores puntuaciones en toda la escala HIV-KS, siendo estadísticamente significativas las puntuaciones relativas a la vía de transmisión oral y el total de la escala. Por otra parte, es curioso comentar que aunque no resultó estadísticamente significativo, los participantes que sí emplearon el preservativo en su primera relación sexual, fueron quienes alcanzaron puntuaciones mayores en toda la escala HIV-KS. Y ocurrió lo mismo para aquellos adolescentes que sí afirmaron usar el preservativo de forma consistente. Es decir, se observa una tendencia basada en que un mayor conocimiento sobre VIH posibilita un mayor uso del preservativo en el debut sexual y un uso consistente (Planes et al., 2004). No obstante, en la muestra de este estudio no hubo suficiente evidencia para alcanzar la significación estadística.

Finalmente, también resultó llamativo que quienes manifestaron no usar drogas antes y durante el sexo, obtuvieron puntuaciones significativamente mayores sólo en la subescala “efectos del VIH” y no en el resto relativas a las vías de transmisión.

Aunque los resultados no fueron estadísticamente significativos para todas las variables conductuales de riesgo analizadas, se ha podido observar una tendencia basada en que a mayores puntuaciones obtenidas en la escala de conocimientos sobre VIH/sida, en menor medida se adoptaron conductas sexuales de riesgo relativas al uso del preservativo (no usarlo la primera vez y usarlo de forma inconsistente).

Los resultados obtenidos en relación al nivel de conocimientos sobre VIH, no hacen más que alertar de la necesidad de insistir en el fomento del trabajo sobre los conocimientos del VIH de cara a la planificación e implementación de programas preventivos en población adolescente, que podrían no estar logrando sus objetivos en la dirección esperada en cuanto al nivel de conocimientos (Navarro y Vargas, 2003).

La *hipótesis 4* respecto a la variable cognitiva “actitudes hacia el VIH/sida” planteaba que los estudiantes obtendrían puntuaciones por debajo de la puntuación media en la escala de evaluación de las actitudes hacia el sida y las conductas de riesgo (HIV-AS). Es decir, que sus actitudes en relación al VIH/sida no serían favorables, y esto ejercería un claro efecto sobre la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Sin embargo, tras la evaluación de las actitudes generadas hacia el VIH/sida mediante la escala HIV-AS (Espada et al., 2012), se ha comprobado que los participantes presentaron actitudes favorables en general,

alcanzando puntuaciones por encima de la puntuación media de la escala. Es decir, su actitud se muestra favorable a hacer frente de forma eficaz a las posibles situaciones de riesgo, a realizarse pruebas de detección del VIH, a usar el preservativo y a convivir con personas seropositivas. De nuevo son las chicas quienes manifestaron actitudes más favorables y positivas que en el caso de los chicos frente al VIH/sida. En concreto, las chicas mostraron una actitud más favorable hacia el manejo de los posibles obstáculos que puedan encontrar para llevar a cabo conductas saludables, las pruebas de detección de VIH y el contacto y convivencia con las personas afectadas.

Respecto al efecto ejercido por las actitudes en relación a las conductas sexuales de riesgo, cabe destacar que resultó ser estadísticamente significativo que a mayores puntuaciones obtenidas en la subescala "Obstáculos", en menor medida adoptaban los adolescentes las conductas sexuales de riesgo "ser sexualmente activo", "ser sexualmente activo los últimos 6 meses" y "practicar sexo bajo efectos de las drogas". Igualmente significativo resultó ser que los adolescentes con mayores puntuaciones obtenidas en la subescala "Obstáculos" adoptaban en menor medida conductas de riesgo como "no usar el preservativo la primera vez", "no usar el preservativo de forma consistente", "tener varias parejas" e "informar de una alta frecuencia sexual". Por tanto, en general se observa una tendencia de que a mayores puntuaciones obtenidas respecto a las actitudes generadas frente a los obstáculos, menos conductas de riesgo se adoptan.

Estadísticamente significativo fue el efecto de las actitudes favorables hacia el uso del preservativo sobre la adopción de las conductas sexuales de riesgo "ser sexualmente activo", "ser sexualmente activo los últimos 6 meses", ya que a mayores puntuaciones obtenidas en mayor medida informaron los adolescentes sobre dichas conductas. En cambio, a mayores puntuaciones obtenidas, menos informaron los adolescentes de mantener relaciones sexuales bajo riesgo, por ejemplo "no usar preservativo la primera vez" y "uso inconsistente del preservativo". De manera que, a mejores actitudes sobre el uso del preservativo, mayor uso del mismo y mayor uso consistente.

Estos resultados que resaltan la relación entre las actitudes favorables hacia el VIH/sida y la adopción de conductas sexuales de riesgo relacionadas con el uso del preservativo, aún no garantizando su

cumplimiento totalmente, sí predicen una mayor probabilidad de aparición (Fisher y Fisher, 1992). De hecho, estudios como el de Ballester et al. (2009) reflejan que aún observándose actitudes favorables hacia el uso del preservativo en una amplia muestra de adolescentes, el uso del mismo no alcanzó porcentajes elevados. En la muestra estudiada en este trabajo, las actitudes favorables predominantes han tenido un efecto decisivo en el uso del preservativo por parte de los adolescentes, ya que a mayor puntuación total en la escala, menor adopción de riesgo en cuanto la uso del preservativo la primera vez, su uso consistente y la práctica de sexo bajo los efectos de las drogas, que como argumenta la literatura pueden alterar la percepción de riesgo y el correcto uso del preservativo (Espada y Quiles, 2002). Resultados coherentes con los trabajos publicados que afirman que cuando las actitudes hacia el uso del preservativo son negativas, constituyen un factor de riesgo influyendo en la intención de uso del mismo (Bermúdez et al., 2000; Leickness, 2005).

Una vez discutidos los resultados se puede afirmar que la *hipótesis 4* respecto al análisis de las actitudes se ha visto confirmada en cuanto a su efecto sobre el uso del preservativo. Es decir, a mayores actitudes favorables mayor conducta preventiva frente al VIH. Por otra parte, los adolescentes encuestados alcanzaron puntuaciones mayores a las esperadas por esta hipótesis en la escala HIV-AS, no predominando las actitudes desfavorables hipotetizadas.

En general, se esperaba que los resultados al analizar las variables cognitivas incluidas en este estudio indicaran un claro estado de vulnerabilidad de esta población frente a los riesgos del VIH/sida, y así ha sido en cuanto al nivel de conocimientos sobre el VIH/sida, pero no en relación a las actitudes, norma social y autoeficacia.

Es esencial señalar que los conocimientos y las actitudes son dos variables que interaccionan entre sí. En este estudio han sido evaluadas y se ha mostrado que quienes poseen un bajo nivel de conocimientos sobre VIH/sida tienden a elaborar actitudes desfavorables hacia la epidemia, las personas seropositivas y el uso del preservativo (Bermúdez y Teva, 2004).



### ***Variable clínica***

En base a la *hipótesis 5*, se esperaba que los adolescentes que puntuasen en ansiedad social, tendieran en mayor porcentaje a la adopción de conductas sexuales de riesgo.

En los resultados de este trabajo, fueron las chicas quienes alcanzaron puntuaciones significativamente más altas en comparación con los chicos, especialmente en las subescalas de “miedo a la evaluación negativa de los pares” y “ansiedad y evitación social antes situaciones novedosas o extraños”, y también en la puntuación total de la escala fue más alta.

Se procedió a evaluar el efecto de esta variable clínica respecto a las conductas sexuales de riesgo en función de las puntuaciones medias obtenidas en la escala SAS-A, siguiendo la misma línea de estudio que algunos autores establecieron para evaluar la relación entre la ansiedad social y diversas consecuencias relacionadas para el desarrollo del adolescente como el bajo rendimiento académico o adopción de conductas no saludables como el uso de drogas (Essau, 1999; Himle y Hill, 1991; Stein et al., 2001).

Aunque son pocos los trabajos publicados que sugieren una relación directa entre ansiedad social y comportamiento sexual en adolescentes (Hart y Heimberg, 2005), sí se hipotetiza con que algunos de ellos con ansiedad social, lejos de aislarse y sucumbir a las conductas de evitación social, adopten conductas desinhibidas de riesgo, a menudo caracterizadas por el consumo de alcohol, para hacer frente a sus miedos y así llevar a cabo un intento de adaptación al entorno para dejar de sentir que se pierden experiencias importantes propias de la adolescencia. Es decir, muchos de ellos pueden verse atraídos por las conductas de riesgo para la salud como un medio para integrarse entre sus iguales (Kashdan, 2007; La Greca y López, 1998) y desinhibirse para sobrellevar las situaciones social (García-López, 2000). Siguiendo estos postulados previos, el presente estudio hipotetizó que para hacer frente a su ansiedad social, decisiones como involucrarse en conductas sexuales de riesgo podrían estar sirviéndoles como vía de escape a sus pensamientos ansiógenos y emociones negativas, y como una forma de restaurar su propio control. Hipótesis fundamentada en conclusiones como las publicadas por Kashdan, Elhai y Breen (2008), quienes observaron que un alto porcentaje de la muestra con ansiedad social en su estudio dejó constancia de que percibían ciertas



actividades sociales que conllevaban agresividad o riesgo como una oportunidad de satisfacer su curiosidad. Y lo más importante, es que estos jóvenes opinaban que adoptar conductas sexuales de riesgo les brindaba la oportunidad de mejorar su estatus social ante sus iguales.

No obstante, y a pesar de las líneas de trabajo coherentes con la hipótesis 5 planteada en este estudio, al analizar el efecto de la ansiedad social respecto a la adopción de conductas sexuales de riesgo, se ha observado que dicha hipótesis no se cumple para la mayoría de las conductas sexuales de riesgo evaluadas. De modo que, los adolescentes con ansiedad social no han presentado una tendencia significativa a un amplio abanico de conductas sexuales de riesgo en el sentido esperado.

El estudio muestra cómo los adolescentes que afirmaban ser sexualmente activos (haber experimentado sexo alguna vez), ser sexualmente activos en los últimos 6 meses y practicar sexo bajo los efectos de las sustancias, eran quienes presentaban puntuaciones significativamente más bajas en todas subescalas de ansiedad social y en la puntuación total de la misma. Es decir, a mayor puntuación en ansiedad social, menor adopción de las conductas sexuales “ser sexualmente activo”, “ser sexualmente activo los últimos 6 meses” y “mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas”. Resultados estadísticamente significativos y similares a las publicaciones que defienden que los adolescentes con altas puntuaciones en ansiedad social evitarían exponerse a situaciones de interacción social con el sexo opuesto (Bados, 2001; Olivares, Rosa y García-López, 2004), por lo que se reducen las posibilidades de involucrarse en conductas no saludables como las conductas sexuales de riesgo (Bodinger et al., 2002).

Según Bodinger et al. (2002) los fóbicos sociales, en comparación con personas sin patología, informaron de menos relaciones sexuales y menor satisfacción sexual. También presentaron con mayor frecuencia dolor y pérdida de deseo durante el sexo. Los fóbicos sociales varones tuvieron su primera relación sexual más tarde que los varones control, y las mujeres con fobia social habían tenido menos compañeros sexuales que las mujeres control. Por tanto aquí, la fobia social estaría actuando como factor protector ante la adopción de conductas sexuales de riesgo. La psicopatología reduce notablemente sus habilidades

sociales así como sus deseos de iniciar cualquier interacción con el sexo opuesto (Bados, 2001).

En cambio, sí ha habido resultados significativos y en consonancia a las teorías expuestas anteriormente para la adopción de las conductas sexuales “mantener relaciones sexuales con coito y/o combinadas”, “no uso consistente del preservativo” y “tener un debut sexual temprano”. Es decir, los adolescentes que más puntuaron en ansiedad social, más adoptaron de forma significativa estas conductas sexuales de riesgo. Resultados estadísticamente significativos y próximos a la teoría que defendía que los adolescentes con altas puntuaciones en ansiedad social tenderían a involucrarse en conductas de riesgo para enmascarar su fobia, desinhibirse en situaciones sociales y lograr popularidad y aceptación social (García-López, 2000; Hart y Heimberg, 2005; Kashdan, 2007).

Es importante señalar que, respecto al uso del preservativo, aquellos adolescentes que obtuvieron mayores puntuaciones significativas en ansiedad social, en concreto, en la subescala de “miedo a la evaluación negativa de los pares” y en la puntuación total de la escala, fueron los que más informaron de un uso inconsistente del preservativo en sus relaciones sexuales.

Estos últimos resultados evidencian que aunque entre los estudiantes con ansiedad social no predominan los que son sexualmente activos o llevan a cabo conductas de riesgo como usar drogas o tener varias parejas, sí existe un efecto significativo a considerar en cuanto al uso del preservativo. Aquellos adolescentes con mayores puntuaciones en ansiedad social de la muestra podrían estar exponiéndose a la conducta sexual de riesgo de no usar el preservativo de forma consistente, como forma de adquirir una mejora de estatus social y atractivo ante sus iguales (Kashdan et al., 2008).

Aunque se han obtenido pocos resultados significativos que presenten a la ansiedad social como factor de riesgo, no se puede ignorar la literatura científica que otorga relevancia suficiente a esta variable como para incluir en la mayoría de intervenciones para la prevención del VIH/sida el entrenamiento en habilidades sociales como la asertividad (Johnson et al., 2003; Johnson et al., 2011), dado que muchos adolescentes carecen de habilidad asertiva que les facilite negarse a adoptar conductas de riesgo para su salud.

### ***Modelo predictivo***

La hipótesis 6 sugería que la muestra reclutada para la investigación confirmaría el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (*The Information, Motivation and Behavioral Skills Model*, IMB; Fisher y Fisher, 1992).

En base a los resultados obtenidos se puede confirmar dicha hipótesis ya que el Modelo IMB ha sido confirmado con la muestra de adolescentes y con los indicadores de las medidas empleadas en este estudio para representar las variables latentes propuestas por Fisher y Fisher (1992) en su modelo.

A medida que los conocimientos sobre VIH/sida eran mayores, daba lugar a una motivación positiva que reducía el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes.

Por su parte, la hipótesis 7 proponía que variables cognitivas como la norma social y la autoeficacia, la variable clínica “ansiedad social” y la variables sociodemográfica “rendimiento académico” actuarían correlacionando como variables moderadoras de la motivación que media entre el conocimiento y las conductas sexuales de los adolescentes, permitiendo así crear una variante del modelo IMB.

Sin embargo, ya en los análisis bivariados de regresión se observó que la variable “autoeficacia” no predecía casi ninguno de los comportamientos de riesgo y ninguno de los incluidos en el modelo. Así pues, el modelo con la inclusión de la variable “autoeficacia” no ha resultado ofrecer un mejor ajuste, ni la variable ha tenido una carga en ninguno de los constructos del modelo. Por su parte, el “rendimiento académico” que sí resultó ser en los análisis bivariados una variable predictora para un considerable número de conductas sexuales de riesgo, no ha ofrecido finalmente un buen ajuste del modelo.

En cambio, las variables cognitivas “norma social” y “actitudes” han resultado ser variables latentes que correlacionan indicando la motivación incluida en el modelo IMB. Ambas ejercen efectos significativos sobre el resto de indicadores incluidos en el modelo predictivo para formar parte del constructo “motivación” tal y como defienden entre otros Fisher y Fisher (1992) y como además se demuestra en los análisis bivariados de este estudio para la gran mayoría de comportamientos analizados y especialmente para aquellos incluidos en el modelo.

La *hipótesis 7* también argumentaba que el modelo IMB con la inclusión de la variable clínica “ansiedad social” obtendría un mejor ajuste que estando constituido sólo por los conocimientos, la motivación y el comportamiento tal y como proponen Fisher y Fisher (1992). Dado que la ansiedad social ha resultado ser un trastorno con una prevalencia considerable en la población adolescente durante los últimos años (Bados, 2001) que presenta una notable comorbilidad con la adopción de conductas no saludables como el consumo de drogas (García-López, 2000), cabría esperar que dicha variable clínica pueda estar moderando las conductas sexuales de riesgo entre los adolescentes.

Existen dos posibles vías en las que la ansiedad social pueda estar moderando el comportamiento sexual de riesgo. En primer lugar, que los adolescentes con ansiedad social se expongan al riesgo porque perciban el comportamiento sexual de riesgo como una vía de escape para desinhibirse a la hora de afrontar situaciones sociales con el sexo opuesto y así sentirse más integrado en su entorno (Hart y Heimberg, 2005; Kashdan, 2007). Y en segundo lugar, que la falta de habilidad asertiva, característica de la ansiedad social (Bados, 2001; García-López, 2000), no permita a los adolescentes rechazar peticiones o propuestas para involucrarse en comportamientos sexuales de riesgo (e.g. practicar sexo sin usar preservativo, practicar sexo bajo los efectos de las drogas), no siendo así capaces de hacer valer sus derechos y opiniones para acabar exponiéndose también al comportamiento sexual de riesgo.

En base a los resultados obtenidos la *hipótesis 7* se confirma ya que la “ansiedad social” ha resultado ser una variable moderadora entre la variable “conocimientos” y el comportamiento sexual de riesgo. El modelo IMB-A, adaptado del IMB (Fisher y Fisher, 1992), muestra, en primer lugar, que cuanto mayor es el conocimiento sobre el VIH, mejores son las actitudes y menor es la influencia de la norma social, dando lugar a un menor comportamiento de riesgo. En segundo lugar, se observa que a medida que se incrementa la ansiedad social, mayor es la influencia de la norma social y menor el efecto de las actitudes, dando lugar a una motivación positiva por adoptar un comportamiento sexual de riesgo.

Por tanto, el modelo final con mejor ajuste resultó ser el formado por los *conocimientos*, la *motivación (norma + actitudes)*, la *ansiedad social* y el *comportamiento*.

Como se puede observar en el modelo IMB-A, la ansiedad social ha presentado resultados significativos en cuanto a su efecto para explicar el comportamiento sexual de riesgo en los adolescentes, no habiendo ocurrido lo mismo en los análisis bivariados de regresión previamente realizados. Al analizar el efecto predictor de la ansiedad social sobre las conductas sexuales de riesgo incluidas en este estudio, se pudo observar que dicho efecto tan sólo resultó significativo para las conductas sexuales de riesgo “manejar relaciones con coito y/o combinadas”, “uso inconsistente del preservativo” y “debut sexual temprano”, y no siendo siempre significativos en la totalidad de las subescalas evaluadas. Dado que su efecto sobre el comportamiento no es directo, sino que actúa como una variable moderadora de la motivación.

## 8.2. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se presentan las siguientes conclusiones:

1. El comportamiento sexual de los adolescentes evaluados se caracteriza por:

- Un considerable porcentaje, aunque no mayoritario, son sexualmente activos. Es decir, han mantenido alguna relación sexual incluyendo el coito.
- Un debut sexual temprano en torno a los 15 años.
- Tener o haber tenido más de una pareja sexual.
- Presentar una alta frecuencia de prácticas sexuales con coito y/o combinadas.
- Una historia de uso del preservativo basada en el uso del mismo en la primera relación sexual, siendo el método de protección de primera elección informado, pero presentando un uso inconsistente del mismo.
- Una considerable tendencia a practicar sexo bajo los efectos de las drogas.

2. El sexo y la edad son variables que pueden predisponer a adoptar comportamientos sexuales de riesgo. Los chicos tienden a involucrarse con mayor frecuencia en conductas sexuales de riesgo frente al VIH que las chicas. Son ellos quienes resultan ser sexualmente activos y practicar el coito o prácticas combinadas de riesgo en mayor porcentaje que las chicas. También son los chicos quienes informan de un mayor número de parejas sexuales o consumen con mayor frecuencia drogas antes o durante el sexo (principalmente alcohol, cannabis y cocaína). Por su parte, a mayor edad más sexualmente activos son, más practican relaciones con coito y prácticas sexuales combinadas. También cuanto mayor edad tienen, más veces practican sexo bajo los efectos de las drogas, mayor número de parejas sexuales tienen, más temprano es su debut sexual y mayor frecuencia sexual informan.

3. La estructura familiar donde predominan los padres separados o divorciados no predice la adopción del comportamiento sexual de riesgo, a pesar de haberse observado una tendencia positiva para la mayoría de conductas sexuales de riesgo evaluadas.

4. El rendimiento académico tiene un efecto significativo sobre la mayoría de conductas sexuales de riesgo evaluadas. En general, a menor rendimiento académico, mayor comportamiento de riesgo. No obstante, su efecto predictor no ha resultado decisivo para su posterior inclusión en el modelo predictivo.

5. La mayoría de adolescentes percibía un frecuente uso del preservativo por parte de sus iguales (norma social), al tiempo que consideran que es fácil acceder a la utilización de los mismos (autoeficacia). La norma social y la autoeficacia no han desempeñado un efecto predictor significativo del comportamiento sexual de riesgo. No obstante, la norma social sí ha desempeñado un efecto moderador junto con las actitudes conformando el constructo “motivación” en el ajuste del modelo IMB (Fisher y Fisher, 1992) en la muestra de este estudio.

6. Los adolescentes presentan un conocimiento medio-bajo sobre el VIH/sida, es decir, sobre sus características, sintomatología, implicaciones y vías de transmisión. Siendo las chicas las que obtienen mejores puntuaciones en el total de la Escala HIV-KS y la mayoría de las subescalas. No obstante, ambos poseen un déficit de información adecuada que les hace vulnerables frente a la epidemia y que es necesario potenciar de cara al diseño de intervenciones futuras.

7. En general, la mayoría de adolescentes poseen actitudes favorables hacia el VIH/sida, es decir, hacia las personas seropositivas, las pruebas de detección del VIH, el uso del preservativo así como hacer frente a los obstáculos hacia un comportamiento saludable. Las chicas fueron quienes obtuvieron mejores puntuaciones en el total de la Escala HIV-AS y en la mayoría de las subescalas. En cambio, los chicos manifiestan actitudes menos favorables hacia el VIH/sida. Además, se ha observado un efecto importante de las actitudes sobre las conductas sexuales de riesgo, de manera que cuantas más actitudes favorables hacia el uso del preservativo presentaban los adolescentes, menor porcentaje de prácticas de riesgo y mayor uso del preservativo.

8. El modelo IMB de Fisher y Fisher (1992) ha sido confirmado en la muestra de este estudio en relación a la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH.

9. El modelo IMB-A, ha sido el modelo final obtenido como variante al modelo IMB de Fisher y Fisher (1992) aportando la novedosa inclusión de la variable clínica "ansiedad social" como variable moderadora de la motivación. La inclusión de esta variable ha permitido un mejor ajuste en la muestra reclutada, explicando mejor la adopción de conductas sexuales de riesgo.

Estas conclusiones muestran cómo se ha obtenido un actualizado perfil del comportamiento sexual de los estudiantes que ofrece la posibilidad de establecer cuáles son o siguen siendo hoy por hoy aquellas situaciones de riesgo principales en las que nuestros jóvenes siguen exponiéndose abiertamente al peligro de contraer el virus del sida. Siendo estas variables conductuales las que más protagonismo habrán de cobrar en la

labor preventiva destinada a ellos. De igual modo, este estudio ofrece datos relevantes sobre la capacidad predictiva que algunas variables sociodemográficas, cognitivas y clínicas ejercen sobre la conducta sexual de riesgo. Ello permite discriminar la importancia del rol desempeñado por cada una de estas variables en la adopción de conductas de riesgo, y así potenciar la inclusión del trabajo de variables cognitivas, sociales y clínicas en las iniciativas de prevención que hasta el momento se centraban casi de forma exclusiva en el manejo de variables conductuales como por ejemplo entrenamiento en el uso del preservativo, ignorando otros aspectos relevantes como la norma percibida, las actitudes o la ansiedad social. Sin duda, variables que también ejercen un rol relevante en el comportamiento sexual del adolescente y pueden marcar diferencias considerables a la hora de exponerse al riesgo.

Pero la aportación más importante de este trabajo es la confirmación del modelo IMB en la muestra adolescente reclutada para este estudio y sobretodo la elaboración de una variante de dicho modelo logrando un buen ajuste al incluir en él la variable "ansiedad social". Se puede afirmar que se ha incluido de forma innovadora una variable de corte clínico que, a pesar de no haber tenido un papel sobresaliente en los resultados de los análisis bivariados de regresión respecto a las conductas sexuales de riesgo evaluadas, sí ha tenido un papel fundamental al ser incluido en el modelo predictivo IMB-A. Esta innovación contribuye a impulsar el estudio de la prevención de las conductas sexuales de riesgo frente al VIH en población adolescente, incluyendo no solamente variables de corte cognitivo, sociodemográfico o conductual, sino teniendo también en cuenta variables clínicas que actualmente pueden estar afectando a una de las poblaciones más vulnerables. Por lo general, el contenido trabajado a nivel internacional en las intervenciones preventivas que normalmente se aplican sobre población adolescente contiene educación sobre VIH/sida (91%), entrenamiento en habilidades conductuales y/o personales (69%), información sobre uso del preservativo (38%) y contenido motivacional (12%) (Johnson et al., 2011). Razón por la que los resultados de este estudio en cuanto al rol desempeñado por una variable de corte clínico en el modelo predictivo del comportamiento sexual de riesgo elaborado, pueden estar indicando la necesidad de potenciar mucho más el estudio e inclusión de este tipo de variables en el diseño de futuras intervenciones preventivas sobre población adolescente. Dado que la ansiedad social tiene



una considerable prevalencia en la etapa adolescente, y observándose que ejerce un papel moderador en cuanto a la adopción de conductas sexuales de riesgo, no se puede pretender intervenir de forma eficaz en las aulas frente el VIH/sida sin tener en cuenta la presencia de esta variable clínica y diseñar un mayor número de estrategias útiles orientadas al trabajo de aquellas capacidades o habilidades carentes cuando la ansiedad social está presente (e.g. la asertividad).

Finalmente, aunque cada vez son mayores los esfuerzos gubernamentales dedicados a evaluar el comportamiento sexual de riesgo en población adolescente tanto a nivel nacional como internacional, es necesario insistir sobre la importancia de evaluar todas las variables implicadas en la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH/sida que favorecen el desarrollo de programas preventivos, así como mejorar la evaluación de las intervenciones que son aplicadas, de forma que permitan corregir las deficiencias y mejorar los resultados obtenidos.

### **8.3. LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN**

El presente estudio ofrece un perfil muy detallado y descriptivo del comportamiento sexual de los adolescentes en la actualidad así como las conductas de riesgo que les hace vulnerables frente al VIH/sida y la capacidad predictiva de las variables implicadas en la adopción de conductas de riesgo que han sido evaluadas, suponiendo todo ello una interesante y actualizada aportación al campo de la prevención del VIH/sida en la adolescencia. No obstante, presenta ciertas limitaciones que deberían ser subsanadas en futuras investigaciones y que se describen a continuación.

En primer lugar, aunque el tamaño muestral en este estudio es grande ( $n = 1,216$ ) y de procedencia variada, el tipo de muestreo empleado para la recogida de datos no permite generalizar suficientemente los resultados obtenidos al resto de la población. En futuros trabajos sería conveniente no optar por el muestreo no probabilístico por conveniencia y declinarse por un muestreo aleatorio que permita una mayor generalización de los resultados.

En segundo lugar, algunas de las variables independientes incluidas en este estudio han sido medidas únicamente mediante ítems aislados. Es el caso de la autoeficacia, el rendimiento académico, la norma percibida y la estructura familiar que han sido evaluadas a través del autoinforme en ítems específicos en lugar de haberlas evaluado mediante cuestionarios mejor validados o incluso mediante entrevistas.

Emplear únicamente medidas de autoinforme puede introducir sesgos derivados de la deseabilidad social. Aspecto que resulta particularmente importante si se tiene en cuenta que los estudiantes han tenido que informar sobre cuestiones como las calificaciones académicas para evaluar el rendimiento académico, además de variables directamente relacionadas con su conducta sexual. Por tanto, puede suponer una limitación al disminuir la fiabilidad de las respuestas de los participantes debido a la deseabilidad social a la hora de hablar sobre su comportamiento sexual siendo éste un tema íntimo y comprometido (Cabañeros, García y Lozano, 2003; Suárez, Pedrosa, Pérez y García, 2010). Tanto es así, que algunos estudios han demostrado que cuando se trata de comportamientos relacionados con la conducta sexual y el uso de sustancias ilegales, los adolescentes no informan adecuadamente sobre sus comportamientos (García-Vega, Menéndez, García y Rico, 2010; Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2000; Van-Griengren et al., 2001).

El uso de esta batería de ítems en particular en este estudio para la evaluación de estas variables no es otra que el intento de reducir el número de cuestionarios incluidos en la batería de instrumentos a aplicar en la muestra. Un número excesivo de escalas podría haber aumentado el cansancio de los participantes y disminuido la fiabilidad en sus respuestas.

No obstante, en futuros trabajos deberá tenerse en cuenta las limitaciones que esta decisión ha supuesto en el desarrollo de los análisis y emplear pruebas de evaluación validadas que se ajusten a tales objetivos y verificar la consistencia de estos resultados que se han obtenido en este trabajo utilizando otros cuestionarios (e.g., Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2003; López-Rosales y Moral-de la Rubia, 2001) e incluso otras técnicas de recogida de información como la inclusión de entrevistas con los adolescentes y los padres para medir variables como la “estructura familiar” .

En tercer lugar y en una línea similar a la anterior, algunos de los datos autoinformados son además de carácter retrospectivo y esto también ha podido introducir sesgos en el estudio al dudar sobre la fiabilidad de la memoria de algunos estudiantes para informar con exactitud sobre algunas variables analizadas. Por ejemplo, algunos de ellos debieron hacer un esfuerzo para recordar las calificaciones exactas obtenidas en la última evaluación (rendimiento académico) o sobre si emplearon el preservativo en su primera relación sexual. Por tanto, posibles errores de memoria e incluso el contexto social donde tiene lugar la evaluación (e.g. en el aula junto a sus iguales) pueden estar afectando a la fiabilidad y validez de los resultados de la medida (Schroder, Carey y Vanable, 2003).

En futuras investigaciones se intentará reducir al máximo este sesgo, por ejemplo haciendo las gestiones pertinentes y obtener los permisos necesarios para poder acceder a los expedientes académicos de los estudiantes de la muestra que permitan disponer de una medida colateral para comparar su validez, así como controlar lo máximo posible los factores ambientales del contexto donde se realice la evaluación.

En cuarto lugar, se ha podido observar que la variable sociodemográfica “estructura familiar” (padres separados o divorciados) apenas ha ofrecido resultados estadísticamente significativos cuando en otros trabajos publicados como el de Orgilés et al. (2012) se ha comprobado la influencia de dicha variable sobre el comportamiento sexual de riesgo. Es posible que la falta de significación pueda deberse a la diferencia muestral que ha habido entre sujetos con padres divorciados y sujetos con padres no divorciados. En futuras investigaciones sería interesante ampliar la muestra en este sentido y así esperar reducir dicha descompensación. También sería aconsejable incrementar el número de ítems para medir adecuadamente el concepto de estructura familiar.

A pesar de las limitaciones surgidas en el desarrollo de esta investigación, los resultados obtenidos ponen de manifiesto importantes resultados y conclusiones expuestas anteriormente que deben ser tenidas en cuenta para el diseño, planificación e implementación de programas preventivos del VIH/sida en la vulnerable población adolescente española.



## REFERENCIAS





- Aalsma, M.C., Tong, Y., Wiehe, S.E. y Tu, W. (2010). The Impact of delinquency on young adult sexual risk behaviors and sexually transmitted infections. *Journal of Adolescent Health, 46*, 17-24.
- Abma, J.C., Martínez, G.M., Mosher, W.D. y Dawson, B.S. (2004). Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use and childbearing, 2002. *Vital Health Statistics, 24 (1)*, 1-48.
- Aguado, C. y Zarco, J. (Eds.).(2006). *Infección por el VIH: preguntas y respuestas desde atención primaria. Guía de manejo de La infección VIH desde Atención Primaria*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Dorsey Press.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50*, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albano, A. M. y Detweiler, M. F. (2001). The developmental and clinical impact of social anxiety and social phobia in children and adolescents. En S. G. Hofmann y P. M. DiBartolo (dirs.), *From social anxiety to social phobia* (pp. 162-178). Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Albarracín, D., Ho, R.M., McNatt, P.S., Williams, W.R., Rhodes, F., Malotte, C.K., Hoxworth, T., Bolan, G.A., Zenilman, J., Iatesta, M. y Project RESPECT Study Grp. (2000). Structure of outcome beliefs in condom use. *Health Psychology, 19*, 458-468.
- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M. y Muellerleile, P.A. (2001). Theories of reasoned action and planned behavior as models of condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 127 (1)*, 142-161.
- Albarracín, D., Kumkale, G.T. y Johnson, B.T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: a research synthesis. *AIDS Care, 16 (6)*, 700-723.
- Alfonso, J.P., Espada, J.P., Lloret, D. y García del Castillo, J.A. (2006). Diferencias de género y curso en el consumo de cannabis y la percepción de su accesibilidad. Póster presentado en el VIII Congreso Internacional sobre el Estudio de la Conducta. Santiago de Compostela. Septiembre.

- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25 (2), 330-338.
- Alsaker, F.D. y Olweus, D. (1992). Stability and self-esteem in early adolescence: a cohort longitudinal study. *Journal of Research on Adolescence*, 2, 123-145.
- Alves, C., Rutherford, G., Borges, G., Galano, E., Hudes, E.S. y Hearst, N. (2008). Family structure and adolescent sexual behavior in a poor area of Sao Paulo, Brazil. *Journal of Adolescent Health*, 42, 177-183.
- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (cuarta edición, revisada). Washington, DC: Author.
- Antón, F. A. y Espada, J. P. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología*, 25 (2), 344-350.
- Arbuckle, J.L. (1997). *Amos Users' Guide. Version 3.6*. Chicago: SmallWaters Corporation.
- Armitage, C., Sheeran, P., Conner, M. y Arden, M.A. (2004). Stages of change or changes of stage? Predicting transitions in transtheoretical model stages in relation to healthy food choice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), 491-499.
- Arnold, P., Fletcher, S. y Farrow, R. (2002). Condom use and psychological sensation seeking by college students. *Sexual and Relationship Therapy*, 17, 355-365.
- Aspy, C., Vesely, S.K., Oman, R.F., Rodine, S., Marshall, L., Fluhr, J. y McLeroy, K. (2006). Youth-parent communication and youth sexual behavior: implications for Physicians. *Family Medicine*, 38 (7), 500-504.
- Aspy, C., Vesely, S.K., Oman, R.F., Rodine, S., Marshall, L. y McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of Adolescence*, 30, 449-466.
- Babikian, T., Freier, M.C. y Hopkins, G. (2004). An assessment of HIV/AIDS risk in higher education students in Yerevan, Armenia. *AIDS and Behavior*, 8, 47-61.
- Bados, A. (2001). *Fobia social*. Madrid: Síntesis.



- Bados, A. (2009). Fobia social. Documento no publicado. Disponible en web:<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/6321/1/Fobia%20social.pdf>
- Ballester, R. y Gil, M.D. (2006). La sexualidad en niños de 9 a 14 años. *Psicothema*, 18, 25-30.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C. y Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (3), 181-191.
- Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E. y Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del sida. *Anales de Psicología*, 29 (1), 76-82.
- Bagnall, G., Plant, M. y Warwick, W. (1990). Alcohol, drugs, and AIDS-related risks: results from a prospective study. *AIDS Care*, 2, 309-317.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward unifying theory of behavioral change. *Psychologica Review*, 8, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 2, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1990). Selective activation and disengagement of moral control. *Journal of social Issues*, 46 (1), 27-46.
- 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. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Self-efficacy and health. En *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 13815-13820). Oxford: Elsevier.
- Barrera, F., Sarmiento, E. y Vargas, E. (2004). Relación de las actitudes personales y de la norma social con la actividad sexual de los adolescentes. *Revista de Estudios Sociales*, 17, 56-66.

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F. y Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10, 86-94.
- Bartholomew, L.K., Parcel, G.S., Kok, G. y Gottlieb, N.H. (2006). *Planning health promotion programs: an intervention mapping approach*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Bayés, R. (1989). La prevención del Sida. *Cuadernos de Salud*. Servicio Vasco de Salud.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del sida. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24 (1-2), 35-56.
- Bayés, R. (1994). Sida y Psicología: realidad y perspectivas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 125-127.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E., Juan, M., Calafat, A. y Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Adicciones*, 20 (4), 357-364.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Stanley, M.A. y Dancu, C.V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417-427.
- Beidel, D.C., Turner, S.M., Young, B.J., Ammerman, R.T., Sallee, F.R. Crosby, L. (2007). Psychopathology of adolescent social phobia. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29, 47-54.
- Bellis, M., Cook, P. y Clark, P. (2002). Remerging syphilis in gay men: a casecontrol study of behavioral risk factors and HIV status. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 235-236.
- Bellis, M. y Hughes, K. (2004). Pociones sexuales. Relación entre alcohol, drogas y sexo. *Adicciones*, 16 (4), 249-258.
- Belza, M.J., Koerting, A. y Suárez, M. (2006). *Informe FIPSE: Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de salud u hábitos sexuales. España, 2003*. Madrid: Fundación para la Investigación y la Prevención del sida en España.

- Bentler, P.M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107 (2), 238-246.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (1), 89-103.
- Bermúdez, M.P., Herencia-Leva, A. y Uribe, A.F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 587-598.
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (1999). Análisis de la evolución del sida en España. *Suma Psicológica*, 6, 175-194.
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2000). Factores psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances de Psicología Clínica*, 1, 39-46.
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2003). Adaptación española del cuestionario VIH/sida-164. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 95-112.
- Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2003). Situación actual del VIH/sida en Europa: Análisis de las diferencias entre países. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 89-106.
- Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2004). Situación actual del VIH/sida en España: Análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 553-570.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2005). Teenage as a risk factor for the infection of HIV. En A.P. Liberman (Ed.), *Progress in AIDS Research* (pp. 253-286). New York: Nova Science Publishers.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12 (2), 235-249.

- Bertrams, A. y Dickhauser, O. (2009). High School students' need for cognition, self-control capacity and school achievement: testing a mediation hypothesis. *Learning and Individual Differences*, 19, 135-138.
- Bhattacharya, G., Cleland, C. y Holland, S. (2000). Knowledge about HIV/AIDS, the perceived risks of infection and sources of information of Asian-Indian adolescents born in the USA. *AIDS Care*, 12, 203-209.
- 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. Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.
- Blanco, J.L., Mallolas, J., Pérez-Cuevas, J.B. y Gatell, J.M. (2002). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH/sida. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J.M. Miró y J. Mallolas (Eds.). *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnostic y tratamiento* (pp. 47-58). Barcelona: Masson, S.A.
- Bobes, J., Sáiz, P.A., González, M.P. y Bascarán, M.T. (2001). Epidemiología del uso/abuso de cocaína. *Adicciones*, 13 (2).
- Bodinger, L., Hermesh, H., Aizenberg, D., Valevski, A., Marom, S., Shiloh, R., Gothelf, D., Zemishlany, Z. y Weizman, A. (2002). Sexual function and behavior in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 874-879.
- Bollen, K.A. y Long, S.J. (1993). *Testing Structural Equation Models*. SAGE Focus Edition.
- Bo-Young, L. y Hueui-Sug, Jo. (2011). Evaluation of a navigator program for cancer screening of women in korean communities. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12, 271-275.
- Bortot, A.T., Risser, W.L y Cromwell, P.F. (2004). Condom use in adolescent males: knowledge and practice. *International Journal of STD & AIDS*, 15, (1).
- Botvin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3 (3), 333-356.

- Breckler, S.J. y Wiggins, E.C. (1992). On defining attitude and attitude theory: once more with feeling. En A. R. Pratkanis, S.J. Breckler y A.C. Greenwald (eds.). *Attitude structure and function* (pp. 407-427).
- Brener, N.D., Billy, J. y Grady, W.R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health, 33*, 436-457.
- Brooks-Gun, J., Boyer, C.B. y Hein, K. (1998). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents: behavioral research and intervention strategies. *American Psychologist, 43*, 958-964.
- Brown, L.K., Lourie, K.J., Flanagan, P. y High, P. (1998). HIV-related attitudes and risk behavior of young adolescent mothers. *AIDS Education and Prevention, 10*, 565-573.
- Brown, E.J., Turovsky, J., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Brown, T.A. y Barlow, D.H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment, 9*, 21-27.
- Bueno, J.R. y Madrigal, A.Y. (2008). *Vivir más y mejor. 25 años de presencia social del VIH/sida*. Valencia: Universitat de València.
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2001). El estrato socioeconómico como factor predictor del uso constante de condón en adolescentes. *Revista de Saúde Pública, 35* (6), 531-538.
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres, *Salud Pública de México, 45*, 108-114.
- Cabañeros, J., García Cueto, E. y Lozano, L. M. (Mayo, 2003). *Efecto de la discapacidad social en preguntas sobre temas comprometidos*. Trabajo presentado en la IX Conferencia Española de Biometría, La Coruña.
- Cabrera, G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud / The transtheoretical model of health behavior. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 18* (2), 129-138.
- Calafat, A. Juan, M., Becoña, E. y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones sexuales en contextos recreativos. *Adicciones, 20* (1), 37-48.

- Calafat, A. Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21 (2), 227-233.
- Camínis, A., Henrich, C., Ruchkin, V., Schwab-Stone, M. y Martín, A. (2007). Psychosocial predictors of sexual initiation and high-risk sexual behaviors in early adolescence. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 1 (14), 1-12.
- Cañellas, S., Pérez, J., Noguer, I., Villaamil, F., García, L., de la Fuente, L., Belza, M.J. y Castilla, J. (2000). Conductas sexuales de riesgo y prevalencia de infección por VIH en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales en la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 25-32.
- Carey, M. y Schroder, K.E.E. (2002). Development and psychometric evaluation of the brief HIV knowledge questionnaire. *AIDS Education and Prevention*, 14, 172-183.
- Casabona, J., Romaguera, A., Almeda, J., Pérez, K. y Cahn, P. (2002). Epidemiología y prevención del VIH y del sida. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J.M. Miró y J. Mallolas (Eds.). *Guía práctica del Sida. Clínica, diagnostic y tratamiento* (pp. 47-58). Barcelona: Masson, S.A.
- Cascón, I. (2000). Análisis de las calificaciones escolares como criterio de rendimiento académico. En red. Recuperado en: <http://www3.usal.es/inico/investigacion/jornadas/jornada2/comunc/c17.html>
- Castejón, J.L. y Navas, L. (1992). Determinantes del rendimiento académico en la Enseñanza Secundaria. Un modelo causal. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 697-729.
- Castilla, J., Barrio, G., Fuente, L. y Belza, M.J. (2000). Sexual behavior and condom use in the general population of Spain. *AIDS Care*, 10, 667-676.
- Castillo, M.D., Gil, G., Naranjo, J.A., León, M.T. y de Cruz, M.A. (2001). Sexualidad y sida: grado de conocimientos y actitud de los escolares. *Medicina de Familia, Andalucía*, 2 (3), 223-230.

- Castro, A., Bermúdez, M. P., Buéla-Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43 (1), 83-94.
- Castro, T. (2005). Contraceptive use patterns among Spanish single youth. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10, 219-228.
- Castrucci, B.C. y Martin, S.L. (2002). The association between substance use and risky sexual behaviors among incarcerated adolescents. *Master Child Health Journal*, 6, 43-47.
- Cavanagh, S.E., Crissey, S.R. y Raley, R.K. (2008). Family structure history and adolescent romance. *Journal of Marriage and Family*, 70 (3), 698-714.
- Centers for Disease Control and Prevention. The Community Guide. (2007). Evidence-based recommendations for programs and policies to promote population health. Recuperado de <http://www.thecommunityguide.org/>
- Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Guidelines for National Human Immunodeficiency Virus Case Surveillance, Including Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection and Acquired Immunodeficiency Syndrome. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 48, 1-28.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). PREP: a new tool for HIV prevention. Recuperado de <http://www.cdc.gov/hiv/prep/pdf/PrEPfactsheet.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). VIH entre hombres gays y bisexuales. Recuperado de <http://translate.google.es/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.cdc.gov/hiv/topics/msm/index.htm>
- Cerwonka, E.R., Isbell, T.R. y Hansen, C.E. (2000). Psuchosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12 (2), 141-153.
- Cha, E.S., Doswell, W.M., Kim, K.H., Charron-Prochownik, D. y Patrick, T.E. (2007). Evaluating the Theory of Planned Behavior to explain intention to engage in premarital sex amongst Korean college students: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1147-1157.



- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P., La Court, J., Clair, D., Spea, M. y Wilson, D. (2001). Protective factors associated with American Indian Adolescents' safer sexual patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 5, 273-280.
- Chumlea, W.C. (1982). Physical Growth in adolescence. En B. Wolman, *Handbook of Developmental Psychology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Cleveland, H.H. y Gilson, M. (2004). The increased importance of mother-child relationships on sexual behaviors of adolescents in disadvantaged neighborhoods. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 319-329.
- Coates, T., Stall, R., Catania, J. y Kegeles, S. (1988). Behavioral factors in the spread of VIH infection. *AIDS*, 2 (1), 239-246.
- Coleman, L. (1999). Comparing contraceptive use surveys of young people in the United Kingdom. *Archives of Sexual Behavior*, 28 (3), 255-264.
- Cooper, M.L. (2006). Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 19-23.
- Conger, J. y Petersen, A. (1984). *Adolescence and youth: psychological development in a changing world*. New York: Harper & Row.
- Colón, R., Wiatrek, D.E. y Evans, R.I. (2000). The relationship between psychosocial factors and condom use among African-American adolescents. *Adolescence*, 35, 359-368.
- Cortés, A., García, R., Monterrey, P., Fuentes, A. y Pérez, D. (2000). Sida, adolescencia y riesgos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 16, 253-260.
- Cortés, A., Marleidy, Y., García, R., Mezquía, A. y Pérez, D. (2007). Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23 (1).
- Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Cobb, B.K., Harrington, K., Davies, S.L., Hook, E.W. y Oh, M.K. (2001). HIV/STD-protective benefits of living with mothers in perceived supportive families: a study of high-risk African American female teens. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory*, 33 (3), 175-178.



- Crosby, R.A., Holtgrave, D.R., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Gayle, J.A. (2003). Social capital as a predictor of adolescents' sexual risk behavior: a state-level exploratory study. *AIDS and Behavior*, 7(3), 245-252.
- Crosby, R.A. y Yarber, W.L. (2001). Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study. *Journal of Adolescent Health*, 19, 134-139.
- D'Angelo, L.J. y DiClemente, R.J. (1996). Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection. En L.J. DiClemente, W.B. Hansen y L.E. Ponton (Eds.), *Handbook of adolescent health risk behaviour* (pp. 333-368). New York: Plenum Press.
- De Cock, K.M., Fowler, M.G., Mercier, E., Vincenzi, E., Saba, J., Hoff, E., Alnwick, D.J., Rogers, M. y Shaffer, N. (2000). Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *The Journal of the American Medical Association*, 283(9), 1175-1182.
- Dell'Osso, L., Rucci, P., Ducci, F., Ciapparelli, A., Vivarelli, L., Carlini, C., Ramacciotti, C. y Cassano, G.B. (2003). Social anxiety spectrum. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253, 286-291.
- Denner, J., Organista, K. C., Dupree, J. D. y Thrush, G. (2005). Predictors of HIV transmission among migrant and marginally housed latinos. *AIDS and Behavior*, 9, 201-210.
- Dias, S.F., Matos, M.G., Gonçalves, A.C. (2005). Preventing HIV transmission in adolescents: an analysis of the Portuguese data from the Health Behaviour School-aged Children study and focus groups. *European Journal of Public Health*, 15 (3), 300-304.
- DiClemente, R.J., Crosby R.A., Kegler, M.C. (2002). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- DiClemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood, G.M. (2002). La prevención del VIH en adolescents. Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32, 23-50.

- DiClemente, R.J. y Peterson, J.L. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviors: 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.
- DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L. y Hook, E.W. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 171-179.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M. y Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 295-304.
- Dixon-Mueller, R. (2009). Starting young: sexual initiation and HIV prevention in early adolescence. *AIDS and behavior*, 13, 100-109.
- Donahue, K.L., D'Onofrio, B.M., Bates, J.E., Lansford, J.E., Dodge, K.A. y Pettit, G.S. (2010). Early exposure to parents' relationship instability: implications for sexual behavior and depression in adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 47, 547-554.
- Dunlop, S.M. y Romer, D. (2010). Adolescent and young adult crash risk: sensation seeking, substance use propensity and substance use behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 46, 90-92.
- Eaton, D.K., Kann, L., Kinchen, S.A. (2006). Youth risk behavior surveillance- United States, 2005. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 55, 1-5.
- Edel, R. (2003). El rendimiento académico: concepto, investigación y desarrollo. *Revista Electrónica Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 1 (2), 1-15.
- EuroVIH (2007). HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007. No. 76. Disponible en [http://www.eurohiv.org/reports/index/\\_reports\\_eng.htm](http://www.eurohiv.org/reports/index/_reports_eng.htm)
- Espada, J.P., Antón, F. y Torregrosa, M.S. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Health and Addictions*, 8 (2), 137-155.

- Espada, J.P., Ballester, R., Huedo-Medina, T.B., Secades, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish Youngsters. *Anales de Psicología*, 29 (1), 83-89.
- Espada, J.P., Huedo-Medina, T., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R. y Remor, E. (2009). Psychometric properties of the HIV/AIDS knowledge scale for Spanish adolescents (HIV-KS). *Health and Addictions*, 9 (2), 149-164.
- Espada, J.P., Méndez, F.X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, A. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18 (1), 31-41.
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, J.A. y Carballo, J.L. (2012). A review of HIV/AIDS prevention programs in Spain. *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, 1.
- Espada, J.P. y Quiles, M.J. (2002). *Prevenir el sida*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.X. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 84, 47-54.
- Essau, C. A., Conradt, J. y Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 831-843.
- Eveleth, P.B. y Tanner, J.M. *Worldwide variation in human growth*. New York: Cambridge University Press.
- Fáilde, J.M., Lameiras, M. y Bimbela, J.L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 22 (6), 511-519.
- Faravelli, C., Zucchi, T., Viviani, B., Salmoria, R., Perone, A., Paionni, A., et al. (2000). Epidemiology of social phobia: a clinical approach. *European Psychiatry*, 15(1), 17-24.
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de Psicología Preventiva: teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

- Fernández-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud / enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernández-Ríos, T.J. Carrasco. *Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención*. Madrid: Pirámide.
- Ferrer, R.A., Fisher, J.D., Buck, R. y Amico, K.R. (2011). Pilot test of an emotional education intervention component for sexual risk reduction. *Health Psychology, 30*(5), 656-660.
- Fishbein, M. (1996). Great expectations, or do we ask too much from community-level interventions? *American Journal of Public Health, 86*, 1075-1076.
- Fishbein, M. (2000). The role of Theory in HIV prevention. *AIDS CARE, 12* (3), 273-278.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fishbein, M., y Middlestadt, S.E. (1989). Using the theory of reasoned action as a framework for understanding and changing AIDS-related behaviors. En V.M. Mays, G.W. Albee, y S.F. Schneider (Eds.), *Primary prevention of AIDS: Psychological approaches* (pp. 93-110). London: Sage Publications.
- Fisher, J.D. (1990). Understanding and preventing adolescent pregnancy and sexually transmissible disease. En J. Edwards, R.S. Tindale, L. Heath y E.J. Posavac (Eds.), *Social influence processes and prevention* (pp. 71-101). Nueva York: Plenum Publishing Corporation.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992) Changing AIDS Risk Behavior. *Psychological Bulletin, 111*, 455-474.
- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (2000). Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior. En J.H. Peterson y R.J. Diclemente (eds), *Handbook of HIV Prevention* (pp.3-55). New York: Klumer Academic/Plenum.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Bryan, A.D., y Mishovich, S.J. (2002). Information-Motivation-Behavioral Skills Model-Based Hiv Risk Behavior Change Intervention for Inner-City High School Youth. *Health Psychology, 21*, 2, 177-186.

- Fisher, W.A., Fisher, J.D. y Hamman, J. (2003). The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. En J. Suls y K. Wallston (eds). *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 3-55). Malden, MA: Blackwell.
- Fisher, J.D., Fisher, W.A., Williams, S.S y Malloy, T. (1994). Empirical tests of an information-motivvation-behavioral skill model of AIDS-Prevention behavior with gay men and heterosexual university students. *Health Psychology*, 13, 238-250.
- Fisher, W.A., Williams, S.S., Fisher, J.D. y Malloy, T.E. (1999). Understanding AIDS risk behavior among sexually active urban adolescents. An empirical test of the Information-Motivational-Behavioral Skills model. *AIDS and Behavior*, 3, 13-23.
- Flora, J.A. y Thoresen, C.E. (1988). Reducting the risk of AIDS in adolescents. *American Psychologist*, 43 (11), 965-970.
- Fonseca, G. J., Pacini, C.A. y Fontes, D.J. (2006). Fobia social em uma amostrar de adolescentes. *Estudos de Psicologia*, 11, 111-114.
- Ford, N. (1992). The AIDS awareness and sexual behaviour of young people in the South-west of England. *Journal of Adolescence*, 15 (4), 393-413.
- Founilloux, W. (1999). Prevention at school: An arduous course. UNESCO Courier, Octubre, 30-31.
- Frías, A.M., López, E.A. y Díaz, M.S. (2003). Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología*, 8, 15-24.
- Gadin, K.G. y Hammarstrom, A. (2002). Can school-related factors predict future health behaviour among young adolescents? *Public Health*, 116, 22-29.
- Ganczak, M., Barss, P., Alfaresi, F. Almazrouei, S., Muraddad, A. y Al-Maskari, F., (2007). Break the silence: HIV/AIDS knowledge, attitudes, and educational needs among Arab university students in United Arab Emirates. *Journal of Adolescent Health*, 40(6), 572-578.
- García, A. (2005). Educación y prevención del sida. *Anales de Psicología*, 21, 50-57.

- García-Fernández, J.M., Inglés, C., Torregrosa, M.S., Ruiz-Esteban, C., Díaz-Herrero, A., Pérez-Fernández, E. y Martínez-Monteagudo, M.C. (2010). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia Percibida Específica de Situaciones Académicas en una muestra de estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (1), 61-73.
- García-Lerma, J.G., Otten, R.A., Qari, S.H., Jackson, E., Cong, M.E., Masciotra, S. et al. (2008). Prevention of rectal SHIV transmission in macaques by daily or intermittent prophylaxis with emtricitabine and tenofovir. *PLOS Medicine*, 5, 1-28.
- García-López, L.J. (2000). *Un estudio de la eficacia entre tres modalidades de tratamiento para población adolescente con fobia social*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, Murcia (España).
- García-López, L.J., Inglés, C.J. y García-Fernández, J.M. (2008). Exploring the relevance of gender and age differences in the assessment of social fears in adolescence. *Social Behavior and Personality*, 36, 385-390.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 47-54.
- García-Sánchez, I. y Van Mens, L. (Eds.). (2003). *Best practices in HIV & STIs prevention for women in western Europe*. Utrecht: Platjin Casparie.
- García-Vega, E., Menéndez, E., García, P. y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22 (4), 606-612.
- Gayet, C., Rosas, C.A., Magis, C. y Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el Sida. *Salud Pública de México*, 44 (2), 122-128.
- Gillmore, M.R., Archivald, M.E., Morrison, D.M., Wilsdon, A., Wells, E.A., Hoppe, M.J., Nahom, D. y Murowchick, E. (2002). Teen sexual behavior: applicability of the Theory of Reasoned Action. *Journal of Marriage and Family*, 64, 885-897.
- Giménez, C. (2008). *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. Universitat Jaume I, Castellón de la Plana.

- Glanz, K., Rimer, B.K. y Lewis, F.M. (2002). *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goh, D., Primavera, C. y Bartalini, G., (1996). Risk behaviors, self-efficacy, and AIDS prevention among adolescents. *Journal of Psychology*, 130(5), 537.
- González-Celador, R., Sacristán-Delgado, A., Valero, L. y Sáenz-González, M.C. (2004). Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en la provincia de Salamanca (1985-2002). *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22, 272-278.
- Goñi, A. (2000). *Adolescencia y discusiones familiares*. Madrid: Editorial EOS.
- Graham, C.A., Crosby, R.A., Milhausen, R.R., Sanders, S.A. y Yarber, W.L. (2011). Incomplete use of condoms: the importance of sexual arousal. *AIDS and Behavior*, 15 (7), 1328-1331.
- Gras, M., E., Planes, M., Soto, J. y Font-Mayolas, S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con el sida: estudio comparativo con cinco muestras de universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 54, 39-45.
- Green, L.V., Kreuter, M.W., Deeds, S.G. y Partridge, K.B. (1980). *Health Education Planning: a diagnostic approach*. Mayfield: California.
- Green, L.W. y Ottoson, J.M. (1999). *Community and population health*. EEUU: McGraw Hill.
- Green, L.W. y Simons-Morton, B.G. (1988). *Educación para la salud*. México: Interamericana.
- Guo, J., Chung, I., Hill, K.G. Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Abbott, R.D. (2002). Developmental relationships between adolescent substance use and risk sexual behavior in young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 31, 354-362.
- Guo, J., Stanton, B., Cottrell, L., Clemens, R.L., Li, X., Harris, C., Marshall, S. y Gibson, C. (2005). Substance use among rural adolescent virgins as a predictor of sexual initiation. *Journal of Adolescent Health*, 37, 252-255.



- Gutiérrez, M.A. (2003). Derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: una cuestión de ciudadanía. En S. Checa (Ed.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia* (pp. 77-101). Buenos Aires: Paidós.
- Harel, O. y Zhou, X.H. (2007). Multiple imputation review of theory implementation and software. *Statistics in Medicine*, 26 (16), 3057-3077.
- Hart, T.A. y Heimberg, R. G. (2005). Social anxiety as a risk factor for unprotected intercourse among gay and bisexual male youth. *AIDS and Behavior*, 9 (4), 505-512.
- Heimberg, R.W., Horner, K.J., Juster, H.R., Safren, S.A., Brown, E.J., Schneier, F.R. y Leibowitz, M.R. (1999). Psychometric properties of the Leibowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199-212.
- Hernderson, M., Wight, D., Raab, G., Abraham, C., Buston, K, Hart, G.y Scott, A. (2002). Heterosexual risk behavior among young teenagers in Scotland. *Adolescence*, 25, 483-494.
- Herzog, T.A., Abrams, D.B., Emmons, K.M., Linnan, L.A. y Shadel, W.G. (1999). Do processes of change predict smoking stage movements? A prospective analysis of the Transtheoretical Model. *Health Psychology*, 18 (4), 369-375.
- Hidalgo, I., Garrido, G., Hernández, M. (2000). Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, 351-60.
- Himle, J., y Hill, E. (1991). Alcohol abuse and the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 237-245.
- Hingson, R., Heeren, T., Winter, M.R. y Wechsler, H. (2003). Early age of first drunkenness as a factor in college students' unplanned and unprotected sex attributable to drinking. *Pediatrics*, 111, 34-41.
- Hingson, R., Strunin, L., Berlin, B.M. y Heeren, T. (1990). Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*, 80, 295-299.



- Hock-Long, L., Henry-Moss, D., Carter, M., Hatfield, K., Erickson, P., Cassisy, A., Macaуда, M., Singer, M. y Chittams, J. (2012). Condom use with serious and casual heterosexual partners: findings from a community venue-based survey of young adults. *AIDS Behavior*, 22.
- Hocking, J.E., Tuirk, D. y Ellinger, A. (1999). The effects of partner insistence of condom usage on perceptions of the partner, the relationship, and the experience. *Journal of Adolescence*, 22, 355-367.
- Hoppe, M.J., Graham, L., Wilsdon, A., Wells, E.A., Nahom, D. y Morrison, D. (2004). Teens speak out about HIV/AIDS: focus group discussions about risk and decision-making. *Journal of Adolescence Health*, 35, 345-346.
- Horvath, P. y Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, 41-52.
- Hosmer, D.W. y Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic regression. Second edition*. New York: John Wiley & Sons.
- Huedo-Medina, T., Boyton, M.H., Warren, M.R., Lacroix, J.M., Carey, M.P. y Johnson, B.T. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. *AIDS and Behavior*, 14 (6), 1237-1251.
- Imperato, A.M. (1996). Acquired immunodeficiency síndrome and suburban adolescents: knowledge, attitudes, behaviors and risks. *Journal of Community Health*, 21, 329-347.
- Inglés, C.J., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M.S., Espada, J.P., García-Fernández, J.M., Hidalgo, M.D. y García-López, L.J. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (2), 403-420.
- Inglés, C. J., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2001). Dificultades interpersonales en la adolescencia: ¿factor de riesgo de fobia social?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 91-104.

- Inglés, C.J., Piqueras, J.A., García-Fernández, J.M., García-López, L.J., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22 (3), 376-381.
- INJUVE. (2000). *Sondeo periódico de opinión y situación de La gente joven. Primer trimestre 2000*. Madrid: INJUVE.
- INJUVE. (2002). *Sondeo periódico de opinión y situación de La gente joven. Primer trimestre 2002*. Madrid: INJUVE.
- INJUVE. (2005). *Sondeo periódico de opinión y situación de La gente joven. Primer trimestre 2005*. Madrid: INJUVE.
- Instituto Nacional de Estadística, Secretaria del Plan Nacional sobre el sida. (2004). *Encuesta de salud y hábitos sexuales 2003*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jemmott, J.B. y Jemmott, L.S. (1993). Alcohol and drug use during sexual activity: predicting the HIV-risk related behaviors of inner-city Black wale adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 8, 41-57.
- Jemmott, J.B. y Jemmott, L.S. (2000). HIV risk reduction behavioral interventions with heterosexual adolescents. *AIDS*, 14 (2), 540-552.
- Jiménez, M. (2000). Competencia social: intervención preventiva en la escuela. *Infancia y Sociedad*, 24, 21-48.
- Jiménez, R. (2003). La medicina de familia y la adolescencia. *Atención Primaria*, 32, 555-556.
- John, G.C., Nduati, R.W., Mbori-Ngacha, D.A., Richardson, B.A., Panteleeff, D., Mwatha, A., Overbaugh, J., Bwayo, J., Ndinya-Achola, J.O. y Kreiss, J.K. (2001). Correlates of Mother-to-Child Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Transmission: Association with Maternal Plasma HIV-1 RNA Load, Genital HIV-1 DNA Shedding, and Breast Infections. *The Journal of Infectious Diseases*, 183 (2), 206-212.
- Johnson, A.M., Mercer, C.H., Wellings, K., Fenton, K. y Erens, B. (2004). Who uses condoms with whom? Condom use in the National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles ("Natsal 1990" and "Natsal 2000"). *International Journal of STD & AIDS*, 15, 1.

- Johnson, B.T., Carey, M.P., Marsh, K.L., Levin, K.D. y Scott-Sheldon, L.A. (2003). Interventions to reduce sexual risk for the Human Immunodeficiency Virus in Adolescents, 1985-2000. A research synthesis. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 381-388.
- Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B. y Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk form Human Immunodeficiency Virus in adolescents. A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 165 (1), 77-84.
- Kalichman, S.C. (1998). Understanding AIDS: advances in research and treatment. *American Psychological Association*, 2, 325-412.
- Karofsky, P.S., Zeng, L. y Kosorok, M.R. (2000). Relationship between adolescent-parental communication and initiation of first intercourse by adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 41-45.
- Kasen, S., Vaughan, R.D. y Walter, J. (1992). Self-efficacy for AIDS. Preventive behaviors among tenth grade students. *Health Education Quaterly*, 19, 187-202.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 348-365.
- Kashdan, T. B., Elhai, J. D., y Breen, W. E. (2008). Social anxiety and disinhibition: An analysis of curiosity and social rank appraisals, approach-avoidance conflicts, and disruptive risk-taking behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 925-939.
- Katz, R., Mills, K., Singh, N.N. y Best, A.M. (1995). Knowledge and attitudes about AIDS: a comparison of public high school students, incarcerated delinquents and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 117-131.
- Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 43, 313-321.

- 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-Hessling, J., Lohaus, A. y Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine, 10* (1), 31-43.
- Kornblit, A. y Petracci, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de la gente de protegerse del VIH/sida. *Revista de Estudios de Comunicación, Universidad del País Vasco, 8*, 23-40.
- Kostelecky, K.L. (2005). Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *Journal of Adolescence, 28*, 665-669.
- Kotchick, B.A., Shaffer, A., Forehand, R. y Miller, K. (2001). Adolescent sexual risk behavior: a multi-system perspective. *Clinical Psychology Review, 21*, 493-519.
- Kourtis, A.P., Bulterys, M., Nesheim, S.R. y Lee, F.K. (2001). Understanding the Timing of HIV Transmission from Mother to Infant. *The Journal of the American Medical Association, 285*(6), 709-712.
- La Greca, A.M. (1998). *Manual of the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. Miami, FL: Author.
- La Greca, A. M. y López, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 83-94.
- Lameiras, M., Carrera, M.V., Faílde, J.M., Ricoy, M.C., López, A. y Núñez, A.M. (2010). Promocionando el uso del preservativo femenino: Un estudio cualitativo en parejas heterosexuales españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 309-326.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica, 3* (1), 27-34.

- Lameiras, M., Núñez, A., Carrera, M.V. y Rodríguez, Y. (2007). Conducta sexual y uso del preservativo masculino en una muestra de jóvenes gallegos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 84-85, 52-60.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Determinantes del inicio de las relaciones sexuales en adolescentes españoles. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 67-75.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, 255-261.
- Lanoutte, N., Noelson, R., Ramamonjisoc, A., Jacobson, S. y Jacobson, J. (2003). HIV and AIDS related knowledge awareness and practices in Madagascar. *American Journal of Public Health*, 93, 917-919.
- Lau, J.T.F., Tsui, H.Y. y Lam, L.T. (2007). Alcohol consumption, sex, and use of psychotropic substances among male Hong-mainland China cross-border substance users. *Addictive Behaviors*, 32, 686-699.
- Leary, M.R. y Dobbins, S.E. (1983). Social anxiety, sexual behavior and contraceptive use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1347-1354.
- Leary, M.R. y Kowalski, R.M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford.
- Leickness, C., Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S. y Cain, D. (2005). Risk factors for HIV-AIDS among youth in Cape Town, South Africa. *AIDS and Behavior*, 9, 53-61.
- Leigh, B., Gillmore, M. y Morrison, D. (1998). Comparison of diary and retrospective measures for recording alcohol consumption and sexual activity. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 119-127.
- Leitenberg, H. (1990). Introduction. In H. Leitenberg (Ed.), *Handbook of social and evaluation anxiety* (pp.1-8). New York: Plenum.
- Levy, S., Sherritt, L., Gabrielli, J., Shrier, L. A. y Knight, J. R. (2009). Screening adolescents for substance use-related high-risk sexual behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 45, 473-477.
- Li, X., Lin, C., Gao, Z., Stanton, B., Fang, X., Yin, Q. y Wu, Y. (2004). HIV/AIDS knowledge and the implications for health promotion programs among Chinese college students: geographic, gender and age differences. *Health Promotion International*, 19, 345-356.

- Liverpool, J., McGhee, M., Lollis, Ch., Beckford, M. y Levine, D. (2002). Knowledge, attitudes and behavior of homeless African-American adolescents: implications for HIV/AIDS prevention. *Journal of the National Medical Association*, 94, 257-264.
- López, F. (1996). *Sida: Comunicación y educación. Investigación con adolescentes de 13 a 19 años*. México, D.F.: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- López, F., Carcedo, R. y Fernández-Rouco, N. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*, 27, 791-9.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4), 568-573.
- López, F. y Moral, J.M. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes. *Salud pública de México*, 43 (5), 421-432.
- Luengo-Arjona, P., Orts-Cortés, M.I., Caparrós-González, R. y Arroyo-Rubio, O. (2007). Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios en Alicante. *Enfermería Clínica*, 17 (2), 85-89.
- Ma, Q., Ono-Kihara, M., Cong, L., Xu, G., Pan, X., Zamani, S., Ravari, S., Zhang, D., Homma, T. y Kihara, M. (2009). Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China. *BMC Public Health*, 9, 111-115.
- McCabe, M. P. y Cummins, R. A. (1998). Sexuality and quality of life among young people. *Adolescence*, 33 (132), 761-773.
- Macchi, M., Benítez, S., Corvalán, A., Núñez, C. y Ortizoga, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/sida en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana de Paraguay. *Revista Chilena de Pediatría*, 79 (2), 206-217.
- Martín, I., Cano, R., Pérez de Ayala, P., Aguayo, M., Cuesta, F., Rodríguez, P. y Pujol, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19 (8), 396-404.
- McFarland, W. P. (1999). Empowering professional school counselors in the war against AIDS. *Professional School Counseling*, 2 (4), 267-275.

- Martínez, G.J. y Robles, L.L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psichema*, 13 (2), 222-228.
- McWhirter, P.T., Florenzano, R. y Soublette, M.P. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de drogas. *Adolescencia Latinoamericana*, 3 (2), 1-10.
- Meekers, D. y Klein, M. (2002). Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon. *AIDS Education and Prevention*, 14, 62-72.
- Merakou, K., Costopoulos, C., Marcopoulou, J. y Kourea-Kremastinou, J. (2002). Knowledge, attitudes and behaviour after 15 years of HIV/AIDS prevention in schools. *European Journal of Public Health*, 12, 90-93.
- Merchan-Hamann, E., Ekstrand, M., Hudes, E.S. y Hearst, N. (2002). Prevalence and correlates of HIV-related risk behaviors among adolescents at public schools in Brasilia. *AIDS and behavior*, 6, 283-293.
- Messiah, A., Bloch, J. y Blin, P. (1998). Alcohol or drug use and compliance with the safe sex Guidelines for STD/HIV Infection: results from ACSF among heterosexuals. *Sexually transmitted diseases*, 25 (3), 119-124.
- Miller, B.C., Norton, M.C.; Fan, X. y Christopherson, C.R. (1998). Pubertal development, parental communication and sexual values in relation to adolescent sexual behaviors. *Journal of Early Adolescence*, 18 (1), 27-52.
- Miller, K. S., Forehand, R. y Kotchick, B. A. (2000). Adolescent sexual behavior in the two ethnic minority samples: a multi-system perspective. *Adolescence*, 35, 313-333.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2006). *Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2006*. Disponible en [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_sida.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp)
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2008*. Disponible en [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_sida.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp)



- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2011). *Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2010.* Disponible en [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_sida.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp)
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2011). *Registro Nacional de casos de sida. Actualización a 31 de diciembre de 2009.* Disponible en [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_sida.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp)
- Misovich, S.J., Martínez, T. Fisher, J.D., Bryan, A.D. y Catapano, N. (2003). Breast self-examination: a test of the information, motivation and behavioral skills model. *Journal of Applied Social Psychology, 33*, 775-790.
- Mitchell, C.M. y Kaufman, C.E. (2002). Structure of HIV knowledge, attitudes, and behaviors among American Indian young adults. *AIDS Education and Prevention, 14*, 401-419.
- Mitchell, K. y Welling, K. (1998). First sexual intercourse: Anticipation and communication. Interview with young people in England. *Journal of Adolescence, 21*, 717-726.
- Mize, S., Robinson, B., Bockting, W. y Scheltema, K. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of HIV prevention intervention for women. *AIDS Care, 14*, 163-180.
- Montaño, D.E. y Kasprzyk, D. (2002). The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. In K. Glanz, F.M. Lewis y B.K. Rimer (Eds.), *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: John Wiley & Sons.
- Moral-de la Rubia, J. (2010). Religión, significados y actitudes hacia la sexualidad: un enfoque psicosocial. *Revista Colombiana de Psicología, 19 (1)*, 45-59.
- 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.
- Moreno, M., Vacas, C. y Roa, J.M. (2000). Relaciones entre situación familiar, clima social y adaptación en adolescentes. *Boletín de Psicología, 68*, 75-88.
- Morris, L.A., Ulmer, C. y Chimanani, J. (2003). A role for Community HealthCorps members in youth VIH/AIDS prevention education. *The Journal of School Health, 73*, 138-143.



- Moscoso-Álvarez, M., Rosario, R. y Rodríguez, L. (2001). Nuestra juventud adolescente: ¿cuál es el riesgo de contraer VIH?. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 79-91.
- Motta, L.B., Costa-Paiva, L., Osis, M.J., Sousa, M.H., Pinto, A.M. y Tadini, V. (2006). Knowledge of contraceptive methods among adolescent students. *Revista de Saúde Pública*, 40 (1), 1-7.
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Martins, A. y Nunes, C. (2009). Gender differences in HIV-related sexual behavior among college students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 485-495.
- Murphy, J.J. y Boggess, S. (1998). Increased condom use among teenage males, 1988-1995: the role of attitudes. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 30, 276-289.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Musitu, G., Jiménez, T.I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Salud Pública de México*, 49 (1).
- Muthen, B.O., Muthen, L.K. *Mplus (Version 5.21)*. Los Angeles, CA: 1998-2009.
- Nava, L. y Pradad, S. (2008). Ajuste e interpretación de los modelos de regresión logística con variables categóricas y continuas. *Universidad Médica de Bogotá (Colombia)*, 49 (1), 46-57.
- Navarro, E. y Vargas, R. (2005). Factores de riesgo para adquirir VIH/sida en adolescentes escolarizados de Barranquilla, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23 (1), 34-38.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. y Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15 (3), 395-400.
- Navarro-Pertusa, E., Reig-Ferrer, A., Barberá, E. y Ferrer, R.I. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 79-96.
- Nicolosi, A., Correa, M.L., Musicco, M., Arici, C., Gavazzeni, G. y Lazzarin, A. (1994). The efficiency of male to female and female to male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 5, 570-575.

- Norman, L.R. y Carr, R. (2003). The role of HIV knowledge in HIV-related behaviours: a hierarchical analysis of adults in Trinidad. *Health Education, 103*, 145-156.
- Nuño, G.B., Álvarez, N.J., Madrigal, L.E. y Rasmussen, C.B. (2005). Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco en adolescentes de una preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México. *Salud Mental, 28*, 64-70.
- Ogle, S., Glaiser, A. y Riley, S. (2008). Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception, 77*, 283-288.
- Ollendick, T.H. y Hirshfeld-Becker, D.R. (2002). The developmental psychopathology of social anxiety disorder. *Biologic Psychiatry, 51 (1)*, 44-58.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la fobia social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología, 40 (1)*, 7-21.
- Olivares, J., Caballo, V.E., García-López, L.J., Rosa, A.I. y López-Gollonet, C. (2003). Una revisión de los estudios epidemiológicos sobre fobia social en población infantil, adolescente y adulta. *Psicología Conductual, 11*, 405-428.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y García-López, L.J. (2004). *Fobia social en la adolescencia. El miedo a relacionarse y a actuar ante los demás*. Madrid: Pirámide.
- Olivares, J., Ruiz, J., Hidalgo, M. D., García-López, L. J., Rosa, A. I. y Piqueras, J. A. (2005). Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A): Psychometric properties in a Spanish-speaking population. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 85-97.
- Olivares, J. y García-López, L.G. (1998). Intervención en Adolescentes con Fobia Social Generalizada (LAFS). Diseño inicial. Manuscrito no publicado.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería XIII, 1*, 9-15.
- ONUSIDA (2006). Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Disponible en <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2007). Informe anual del ONUSIDA. Julio 2007. Disponible en <http://www.unaids.org>

- ONUSIDA (2008). Informe sobre la epidemia mundial de sida. Julio 2008. Disponible en <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2008). Perspectiva del Sida/09. Noviembre 2008. Disponible en: <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2009). Situación de la epidemia de sida. Diciembre de 2009. Disponible en <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2010). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de Sida 2010. Disponible en <http://www.unaids.org>
- ONUSIDA (2011). Informe de ONUSIDA para el día mundial del Sida, 2011. Disponible en <http://www.unaids.org>
- Ordoñana, J.R., Gutiérrez, J.J., Martínez, P.A., Miranda, P., Orenes, C., Pagán, F.A. y Ramos, F.B. (1992). *Educación para La salud en enseñanza secundaria. Guía del educador*. Murcia: Consejería de Sanidad.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Global HIV/AIDS response: Epidemic update and health sector response progress towards Universal Access. Progress Report 2011*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *La educación sanitaria escolar en la prevención del sida y de las enfermedades de transmisión sexual*. Ginebra: OMS.
- Orgilés, M., Espada, J.P., Johnson, B.T., Huedo-Medina, T.B. y Carratalá, E. (2012). Sexual behavior in Spanish adolescents of divorced parents. *Psicothema*, 24, 211-216.
- Páez, Ubillos, Pizarro y León. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 141-149.
- Painter, J.E., Borba, C.P., Hynes, M., Mays, D. y Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: A systematic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 35 (3), 358-362.
- Palacios, R. y Andrade, P. (2007). Desempeño académico y conductas de riesgo en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 7, 5-16.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1997). *Desarrollo humano*. Madrid: McGraw Hill.
- Pardo, A. y San Martín, R. (1998). *Análisis de datos en psicología II*. Madrid: Pirámide.

- Park, I.U., Sneed, C.D., Morisky, D.E., Alvear, S. y Hearst, N. (2002). Correlates of HIV risk among Ecuadorian adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 14, 73-83.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M. y Hart, G. (2007). Explaining associations between adolescent substance use and condom use. *Journal of Adolescent Health*, 40, 1-18.
- Patsdaughter, C.A., Kelly, R., Babington, B.R. y Dyer, J.G. (2005). A comparison of sexual risk behaviors of Dominican adolescents in their homeland and in the United States. *Journal of Multicultural Nursing & Health*, 11 (1), 63-68.
- Pérez, V., Barrales, C., Jara, P., Palma, R. y Ceballos, M.A. (2008). Knowledge of HIV/AIDS among adolescents in Chillán, Chile. *Midwifery*, 24 (4), 503-508.
- Perz, C.A., DiClemente, C.C. y Carbonari, J.P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology*, 15 (6), 452-468.
- Peterson, L., Taylor, D., Roddy, R., Belai, G., Phillips, P., Nanda, K. et al. (2007). Tenofovir disoproxil fumarate for prevention of HIV infection in women: a phase 2, double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *PLOS Clinical Trials*, 2, 1-27.
- Pintrich, P.R. (1994). Continuities and discontinuities: future directions for research in educational psychology. *Educational Psychologist*, 29, 137-148.
- Piña, J.A., Corrales, A. y Rivera, B.M. (2008). Variables psicológicas como predictores de conductas de prevención relacionadas con la infección por VIH. *Colombia Médica*, 39 (1), 16-23.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Observatorio español sobre drogas. Informe 2009*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2011). *Observatorio español de La droga y Las toxicomanías. Informe 2011*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Planes, M. (1994). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: sida, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. *Infancia y Aprendizaje: Journal for the Study of Education and Development*, 67-68, 245-271.

- Planes, M., Gras, M.E., Cunill, M., Gómez, A.B., Romero, M.T., Font-Mayolas, S. y Vieta, J. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 71/72, 76-84.
- Poulin, C. y Graham, L. (2001). The association between substance use and unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescents. *Addiction*, 96, 607-621.
- Prochaska, J.O. (2002). Health and behavior. En B.A. DeBuono and H. Tilson (Eds.). *Advancing Health Populations: the Pfizer Guide to careers in Public Health*. New York: DeVries Public Relations.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Norcross, J.C. y DiClemente, C.C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, Ch., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. y Rossi, S.R. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Puerto, L. (1989). Planificación familiar: Un estudio en jóvenes sevillanos. *Apuntes de Psicología*, (28-29), 25-28.
- Qing, L., Xiaoming, L. y Stanton, B. (2010). Alcohol use and sexual risk behaviors and outcomes in China: a literature review. *AIDS and Behavior*, 14 (6), 1227-1236.
- Risso, A., Peralbo, M. y Barca, A. (2010). Cambios en las variables predictoras del rendimiento escolar en Enseñanza Secundaria. *Psicothema*, 22 (4), 790-796.
- Rivis, A. y Sheeran, P. (2003). Descriptive norms as an additional predictor in the Theory of Planned Behavior: a meta-analysis. *Current Psychology: developmental, learning, personality, social*, 22 (3), 218-233.
- Roberts, S. T. y Kennedy, B. (2006). Why are young college women not using condoms? Their perceived risk, drug use, and developmental vulnerability may provide important clues to sexual risk. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20 (1), 32-40.

- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J.M. y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones*, 19, 153-167.
- Rodríguez, J. y Traverso, C. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26 (6), 519-524.
- Romer, D., Black, M., Ricardo, O., Feigelman, S., Kaljee, L., Galbraith, J., Nesbit, R., Hornik, R.C. y Stanton, B. (1994). Social influences on the sexual behavior of youth at risk for HIV exposure. *American Public Health*, 84, 877-985.
- Rosenthal, S. L., von Ranson, K. M., Cottom, S., Biro, F.M., Mills, L. y Succop, P.A. (2001). Sexual initiation: Predictors and developmental trends. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 527-534.
- Rosentock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosentock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1994). The Health Believe Model and HIV risk behavior change. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. Nueva York: Plenum Press.
- Ross, M. (1990). Psychoverenerology. Psychological aspects of AIDS and other sexually transmissible diseases. En D. Ostrow, *Behavioral aspects of AIDS*. New York: Plenum Press.
- Rotheram-Borus, M.J., O'Keefe, Z., Kracker, R. y Foo, H. (2000). Prevention of HIV among adolescents. *Prevention Science*, 1, 15-30.
- Rothman, A.J. (2004). Is there nothing more practical than a good theory?: Why innovations and advances in health behavior change will arise if interventions are used to test and refine theory. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 1 (11).
- Rueda, J.R., Manzano, I., Darío, R., Pérez de Arriba, J., Zuazagoita, J. y Zulueta, G. (2008). *La promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida*. Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad.

- Ruiz, M., Cabré, A., Castro, T. (2005). Anticoncepción y salud reproductiva en España: crónica de una revolución. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Ruiz, M.A., Pardo, A. y San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 34-45.
- Sánchez, F. (1997). Representaciones psicosociales sobre el sida. *Revista Información Psicológica*, 63, 198-200.
- Sánchez, M. y Muñoz, A. (2001). Análisis de respuestas abiertas en un cuestionario sobre conductas relacionadas con el sida. *Revista de Psicología Social*, 16, 261-273.
- Sánchez, M. y Muñoz, A. (2005). Influencia de los padres y amigos sobre la actitud hacia las conductas sexuales de prevención en la adolescencia. Un análisis en función del género. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37 (1), 71-79.
- Sanjuán, P., Pérez, A.M. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 15 (2), 509-513.
- Santelli, J.S., Lowry, R., Brener, N.D. y Robin, L. (2000). The association of sexual behaviors with socioeconomic status, family structure, and race/ethnicity among US adolescents. *American Journal of Public Health*, 90 (10), 1582-1588.
- Santelli, J.S., Robin, L., Brener, N.D. y Lowry, R. (2001). Timing of alcohol and other drug use and sexual risk behaviors among unmarried adolescents and young adults. *Family Planning Perspectives*, 33, 200-5.
- Santín, C., Torrico, E., López, M.J. y Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de Psicología*, 19 (1), 81-90.
- Santrock, J.W. (2003). *Psicología del desarrollo en la adolescencia*. Madrid: McGraw Hill.
- Savin-Williams, R.C. y Lenhart, R.E. (1990). AIDS prevention among gay and lesbian youth. Psychological Stress and Health care intervention guidelines. En D. Ostrow (ed.), *Behavioral aspects of AIDS*. New York: Plenum Press.



- Segan, C.A., Borland, R. y Greenwood, K.M. (2004). What is the right thing at the right time? Interactions between stages and processes of change among smokers who make a quiet attempt. *Health Psychology*, 23 (1), 86-93.
- Segura, A., Hernández, I. y Álvarez-Dardet, C. (1998). *Epidemiología y prevención de Las enfermedades de transmisión sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Schaalma, H., Kok, G. y Peters, L. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research*, 8, 255-269.
- Schofield, H.L.T., Bierman, K.L., Heinrichs, B. y Nix, R.L. (2008). Predicting early sexual activity with behavior problems exhibited at school entry and in early adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1175-1188.
- Schroder, K.E.E., Carey, M.P. y Vanable, P.A. (2003). Methodological challenges in research on sexual risk behavior: II. Accuracy of self-reports. *Annals of Behavioral Medicine*, 26 (2), 104-123.
- Schwarzer, R. y Luszczynska, A. (2008). How to overcome health-compromising behaviors. The health action process approach. *European Psychologist*, 13 (2), 141-151.
- Secades-Villa, R. (1996). *Alcoholismo juvenil*. Madrid: Pirámide.
- Shah, R. y Bradbeer, C. (2004). Women and HIV revisited ten years on. *International Journal of STD & AIDS*, 11, 277-83.
- Shavelson, J., Hubner, J.J. y Stanton, G.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-442.
- Sheeran, P., Abraham, C. y Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125 (1), 90-132.
- Siegel, O. (1982). Personality development in adolescence. En D. Papalia y S. Wendkos OIDs (1997). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw Hill.
- Simons-Morton, B. y Chen, R. (2009). Peer and parent influences on school engagement among early adolescents. *Youth & Society*, 41, 3-25.
- Sikorski, J.B. (1996). Academic underachievement and school refusal. En DiClemente, R.J., Hansen, W.B. y Ponton, L.E. (Eds.). *Handbook of adolescent health risk behavior*. (pp. 393-411). New York and London: Plenum Press.



- Skouby, S.O. (2010). Contraceptive use and behavior in the 21<sup>st</sup> century: a comprehensive study across five European countries. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 15, 42-53.
- So, D. W., Wong, F. Y. y DeLeon, J. M. (2005). Sex, HIV, and substance use among asian american college students. *AIDS Education and Prevention*, 17 (5), 457-468.
- Sobral, J., Romero, E., Luengo, A. y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: amplificadores individuales de los efectos contextuales. *Psicothema*, 12, 661-670.
- Soriano, H., Ródenas, L. y Moreno, D. (2010). Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones. *Revista Clínica de Medicina Familiar*, 3 (3), 206-216.
- Sowell, R.L., Seals, B.F., Moneyham, L., Demi, A., Cohen, L. y Brake, S. (1997). Quality of life in HIV-infected women in the south-eastern United States. *AIDS Care*, 9, 501-512.
- SPSS (1993). *SPSS® LISREL® 7 and PRELIS®: User's Guide and Reference*. Chicago, IL: SPSS.
- Steers, M.B., Elliott, E., Nemiro, J., Ditman, D. y Oskamp, S. (1996). Health beliefs as predictors of HIV-preventive behavior and ethnic differences in prediction. *Journal of Social Psychology*, 136(1), 99-110.
- Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R. y Wittchen, H.U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Steinmayr, R. y Spinath, B. (2009). The importance of motivation as a predictor of school achievement. *Learning and Individual Differences*, 19, 80-90.
- Stone, N. y Ingham, R. (2002). Factors affecting British teenagers' contraceptive use at first intercourse: the importance of partner communication. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 34 (4), 191-197.
- Strachman, A., Impett, E.A., Henson, J.M. y Pentz, M.A. (2009). Early adolescent alcohol use and sexual experience by emerging adulthood: a 10-year longitudinal investigation. *Journal of Adolescent Health*, 45, 478-482.

- Stravynski, A., Bond, S. y Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: a critical appraisal. *Clinical Psychology Review* 24(4), 421-440.
- Strunin, L. y Hingson, R. (1992). Alcohol, drugs and adolescent sexual behavior. *International Journal of the Addictions*, 27, 129-146.
- Stueve, A. y O'Donnell, L.N. (2005). Early alcohol initiation and subsequent sexual and alcohol risk behaviors among urban youths. *American Journal of Public Health*, 95, 887-894.
- Suárez, J., Pedrosa, I., Pérez, B. y García, E. (2010). El anonimato, la respuesta aleatoria e Internet como control de la deseabilidad social en contenidos sexuales. *Revista de Investigación de Psicología y Logopedia para alumnos*, 4, 3-14.
- Taylor, F., Fulop, M. y Green, M. (1999). Drink, illicit drugs and unsafe sex in women. *Addiction*, 94 (8), 109-1218.
- Teva, I., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2009a). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (2), 471-484.
- Teva, I., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2009b). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de Psicología*, 27 (1), 35-46.
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T. y Buela-Casal, G. (2012). Situación epidemiológica actual del VIH/sida en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 140, 50-58.
- Theron, A., Roodin, P. y Gorman, B. (1998). *Psicología evolutiva*. Madrid: Pirámide.
- Toledo, H., Navas, J., Navas, C. y Pérez, N. (2002). Los adolescentes y el Sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 54 (2), 152-157.
- Torres, P., Walker, D.M., Gutiérrez, J.P y Bertozzi, S.M. (2000). Estrategias novedosas de prevención de embarazo y ETS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Revista Pública de México*, 48 (4), 308-316.

- Traeen, B. y Kvaalem, I. L. (1996). Sex under the influence of alcohol among Norwegian adolescents. *Addiction*, 91, 995-1006.
- Tung, W.C., Ding, K. y Farmer, S. (2008). Knowledge, attitudes and behaviors related to HIV and AIDS among college students in Taiwan. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19 (5), 397-408.
- Turner, R.A. e Irwin, C.E. (1993). Autonomy, relatedness and the initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology*, 12, 200-208.
- Trani, F., Gnisci, F., Nobile, C. y Angelillo, I.F. (2005). Adolescents and sexually transmitted infections: knowledge and behavior in Italy. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 41 (5-6), 260-264.
- UK Department of Health. (2007). *Sex, drugs, alcohol and young people: a review of the impact drugs and alcohol have on young people's sexual behavior*. UK: Department of Health.
- Uribe, A. F. (2005). *Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/sida en adolescentes Colombianos*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada, Granada (España).
- Vanatta, R.A. (1996). Risk factors related to suicidal behavior among male and female adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 25, 149-160.
- Van-Griengren, F., Supawitkul, S., Kilmarx, P., Limpakarnjanarat, K, Young, N. y Manopaiboon, C. (2001). Rapid assessment of sexual behavior, drug use, HIV and sexually transmitted diseases in northern Thai youth using audio-computer-assisted self-interviewing and noninvasive specimen collection. *Pediatrics*, 108, 1-13.
- Vega, A. y Lacoste, J.A. (1995). *Niños, adolescentes y Sida. Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Velásquez, A. (2009). Autoeficacia: acercamientos y definiciones. *Psicogente*, 12 (21), 231-235.
- Villaseñor, A., Caballero, R., Hidalgo, A. y Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo del VIH/sida como predictor del uso del condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 73-80.

- Vinh, D.T., Raguin, G.L., Thebaud, Y., Semaille, C. y Tri, L.D. (2003). Knowledge, attitudes, belief and practice related to HIV/AIDS among young people in Ho Chi Minh City, Vietnam. *European Journal of Epidemiology*, 18, 835-836.
- Walter, H. J., Vaughan, R. D., Gladis, M. M., Ragin, D. F., Kasen, S. y Cohall, T. (1992). Factors associated with AIDS risk behaviors among high school students in an AIDS epicenters. *American Journal of Public Health*, 82, 528-531.
- Weinberg, M.S., Lottes, I.L. y Aveline, D. (1998). AIDS risk reduction strategies among Unites States and Swedish heterosexual university students. *Archives of Sexual Behavior*, 27 (4), 385-401.
- Weston, R. y Gore, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The Counseling Psychologist*, 34 (5), 719 - 751.
- Wiemann, C. M., Chacko, M.R., Kozinetz, C.A., DiClemente, R., Smith, P.B., Velasquez, M.M. y von Sternberg, K. (2009). Correlates of consistent condom use with main-new and main-old sexual partners. *Journal of Adolescent Health*, 45, 296-299.
- Wight, D., Williamson, L. y Henderson, M. (2006). Parental influences on young people's sexual behavior: a longitudinal analysis. *Journal of Adolescence*, 29, 473-494.
- Wittchen, H. U. y Lépine, J.P. (1998). Prevalence, incidence and syndrome stability of generalized and non-generalized social phobia in adolescents and adults. *European Psychiatry*, 13, 169.
- Wulfert, E. y Wan, C.K. (1993). Condom use: a self-efficacy model. *Health Psychology*, 12, 346-353.
- Wu, Z., Detels, R., Zhang, J., Li, V. y Li, J. (2002). Community-based trial to prevent drug use among youths in Yunnan, China. *American Journal of Public Health*, 92, 1952-1957.
- Yazdi, C.A., Aschbacher, K., Arvantaj, A., Nager, H., Abdollahi, E., Asadi, A., Mousavi, M., Narmani, M.R., Kianpishe, M., Nicfallah, F. y Moghadam, A.K. (2006). Knowledge, attitudes and sources of information regarding HIV/AIDS in Iranian adolescents. *AIDS Care*, 18 (8), 1004-1010.

- Zimmer-Gembeck, M.J. y Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: developmental correlates of sexual intercourse and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 23 (4).
- Zuckerman, M. y Kuhlman, M. (2000). Personality and risk-taking: common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68 (6), 1000-1029.





## ANEXOS







**ANEXO 1:****BATERÍA DE INSTRUMENTOS**

**- INSTRUCCIONES -**

Este cuaderno forma parte de una investigación cuyo objetivo es conocer mejor tus opiniones y comportamientos relacionados con la sexualidad.

Te agradecemos que participes cumplimentando estos cuestionarios. Tu participación es voluntaria y tus respuestas totalmente anónimas. Te pedimos que contestes con toda sinceridad. Es muy importante que respondas de forma individual sin compartir tus respuestas con los compañeros.

Si tienes alguna duda, por favor levanta la mano y el responsable se acercará a tu mesa para resolverla. Una vez hayas terminado, levanta la mano y te entregarán un sobre para que tú mismo introduzcas en él tu cuaderno.

**Centro educativo:**

**Curso:**

**Ciudad:**

**Edad:**

**Sexo:**     Hombre     Mujer

**Situación familiar:**

Padres casados

Padres separados o divorciados

    ¿Qué edad tenías cuando tus padres se separaron? \_\_\_\_\_

    ¿Con qué personas vives habitualmente? \_\_\_\_\_

    ¿Cómo valoras la relación actual entre tus padres?

Muy buena     Buena     Regular     Mala     Muy mala

Es inexistente

Padres conviven juntos como pareja de hecho

Padre o madre soltero/a

Huérfano de un padre o de ambos

**Rendimiento escolar:**

Indica el nº de suspensos obtenidos en la última evaluación: \_\_\_\_\_

Indica el nº de aprobados obtenidos en la última evaluación: \_\_\_\_\_

Indica el nº de sobresalientes obtenidos en la última evaluación: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Conducta Sexual (CCS)

¿Has mantenido alguna vez relaciones sexuales de cualquier tipo?  SI  NO

En caso de que sí hayas practicado coito vaginal o anal:

¿Cuántos años tenías la primera vez que lo practicaste? \_\_\_\_\_

¿Empleaste preservativo en esa primera relación?  SI  NO

¿Consideras que es fácil conseguir preservativos?  SI  NO

¿Crees que los compañeros de tu edad usan preservativo en sus relaciones sexuales?  SI  NO

¿Con qué frecuencia crees que tus compañeros utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales?

Siempre  Casi siempre  A veces  Nunca

¿Has mantenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?

Siempre  Bastantes veces  Pocas veces  Nunca

Te consideras:  Heterosexual  Bisexual  Homosexual

¿Has mantenido relaciones sexuales (masturbación mutua, coito vaginal, coito anal o sexo oral) en los últimos 6 meses?  SI  NO

**\*\*\*Si has respondido NO a La última pregunta, pasa a La página siguiente\*\*\***

¿Con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses? \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?

1 vez al mes  2 ó 3 veces al mes  1 ó 2 veces / semana

3 ó más veces / semana  Todos o casi todos los días

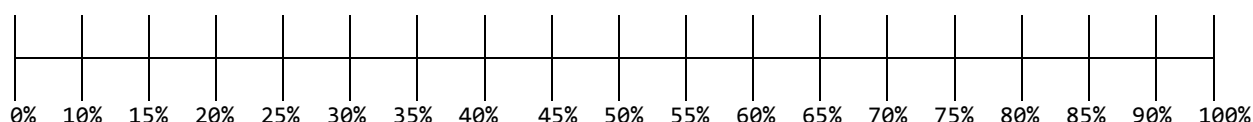
¿Qué tipo de relaciones sexuales mantienes?

Coito vaginal  Coito anal  Sexo oral  Masturbación mutua

¿En tus relaciones sexuales con penetración utilizas alguno de los siguientes métodos de protección?

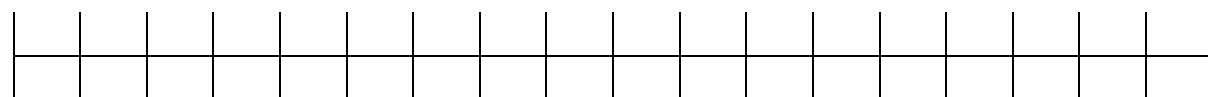
Ningún método de prevención de enfermedades o embarazos

Preservativo. Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (rodea con un círculo el porcentaje más aproximado):



Píldora anticonceptiva. Si has marcado esta casilla, indica qué porcentaje de veces utilizas este método de protección en tus relaciones sexuales (rodea con un círculo el porcentaje más aproximado):

0% 10% 15% 20% 25% 30% 35% 40% 45% 50% 55% 60% 65% 70% 75% 80% 85% 90% 100%



Otros métodos (Indica cuáles):

¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales bajo los efectos de...?

Cannabis  Alcohol  Cocaína  Drogas de síntesis  Alucinógenos  Ninguna  
(porros) (pastillas) (setas, tripis)

## Escala de conocimientos sobre VIH y sida (HIV-KS)

	Verdadero	Falso
Beber de un vaso que ha sido utilizado por una persona con VIH conlleva riesgo.....	0	0
Es peligroso compartir comida o agua con personas seropositivas o en enfermas de SIDA.....	0	0
Dar un beso húmedo a una persona con VIH es un riesgo para la transmisión del VIH/SIDA .....	0	0
El período ventana dura una semana.....	0	0
El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión del VIH.....	0	0
Las personas que han sido infectadas por el VIH atraviesan un período asintomático de 6 meses.....	0	0
El VIH se transmite por el aire.....	0	0
El VIH se transmite a través de secreciones vaginales y seminales, y de la sangre.....	0	0
Es aconsejable dejar de visitar a personas seropositivas para prevenir la transmisión del VIH.....	0	0
Lavar tu ropa junto a la de una persona seropositiva o enferma de SIDA implica riesgo de contraer la enfermedad.....	0	0

### Escala de actitudes hacia el sida para adolescentes (HIV-AS)

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Estaría dispuesto/a a usar el preservativo en una relación sexual con penetración.....	0	0	0	0
Si fuera a tener una relación sexual y me doy cuenta de que no tenemos preservativos, esperarí a tenerlos para mantener el contacto sexual .....	0	0	0	0
Estaría dispuesto/a a llevar preservativos para mi uso.....	0	0	0	0
Estaría dispuesto/a a decir delante de mis amigos que estoy a favor del preservativo.....	0	0	0	0
Estaría dispuesto/a a defender en público el uso del preservativo.....	0	0	0	0
Si mi pareja quisiera prescindir del preservativo, yo trataría de convencerlo/a para usarlo.....	0	0	0	0
Si mi pareja quisiera practicar sexo sin preservativo, yo me negaría.....	0	0	0	0
Estaría incómodo/a si en mi clase hubiese alguien con sida.....	0	0	0	0
Estaría dispuesto/a a besar en la mejilla a una persona seropositiva.....	0	0	0	0
Si un amigo/a se infectara con el VIH, probablemente me distanciaría de él.....	0	0	0	0
Estaría dispuesto a realizarme las pruebas del sida si tuviera una práctica de riesgo.....	0	0	0	0
Recomendaría a un amigo/a hacerse las pruebas de detección del VIH si éste/a hubiese mantenido prácticas de riesgo.....	0	0	0	0

## Escala de ansiedad social para adolescentes (SAS-A)

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
1. Me preocupa hacer algo que nunca he hecho delante de los demás.....	o	o	o	o	o
2. Me gusta hacer cosas con mis amigos/as.....	o	o	o	o	o
3. Me preocupa ser evaluado/a por los demás. ....	o	o	o	o	o
4. Me da vergüenza estar rodeado/a de personas que no conozco. ....	o	o	o	o	o
5. Sólo hablo con personas que conozco bien. ....	o	o	o	o	o
6. Creo que mis compañeros/as hablan de mí a mis espaldas. ....	o	o	o	o	o
7. Me gusta leer.....	o	o	o	o	o
8. Me preocupa lo que los demás piensen de mí.....	o	o	o	o	o
9. Pienso que no gustaré a los demás. ....	o	o	o	o	o
10. Me pongo nervioso/a cuando hablo con gente de mi edad que no conozco bien. ....	o	o	o	o	o
11. Me gustan los deportes. ....	o	o	o	o	o
12. Me preocupa lo que los demás digan de mí. ....	o	o	o	o	o
13. Me pongo nervioso/a cuando me presentan a personas desconocidas.....	o	o	o	o	o
14. Me preocupa no gustar a los demás. ....	o	o	o	o	o
15. Me quedo callado/a cuando estoy con un grupo de personas. ....	o	o	o	o	o
16. Me gusta hacer cosas por mi mismo/a. ....	o	o	o	o	o
17. Creo que los demás se burlan de mí. ....	o	o	o	o	o
18. Si en un debate doy mi opinión, me preocupa no gustar a los demás. ....	o	o	o	o	o
19. Me da miedo pedir a los demás que hagan cosas conmigo ya que podrían decirme que no. ....	o	o	o	o	o
20. Me pongo nervioso/a cuando estoy con algunas personas. ....	o	o	o	o	o
21. Me da vergüenza incluso cuando estoy con gente que conozco bien. ....	o	o	o	o	o
22. Me cuesta trabajo pedir a los demás que hagan cosas conmigo. ....	o	o	o	o	o

Por favor, revisa si has contestado todas las preguntas.

Comprueba que no has dejado ningún cuestionario por responder.

Cuando lo hayas hecho, avisa al responsable para que recoja tu cuaderno

MUCHAS GRACIAS

**ANEXO 2:****PROTOCOLO DE APLICACIÓN DE  
LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.**

-PROTOCOLO PARA EVALUADORES-

1. DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN
2. INSTRUCCIONES GENERALES DE LA APLICACIÓN



**PROYECTO:** Elaboración y evaluación de un programa conductual aplicado en dos modalidades para la prevención del sida en el ámbito escolar.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Jose Pedro Espada Sánchez



## DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Las evaluaciones en este proyecto de investigación se llevarán a cabo mediante la administración de la batería de pruebas de evaluación elaborada para tales efectos, y que contiene los siguientes cuestionarios:

- **Cuestionario socio-demográfico** (elaborado ad hoc).
- **Escala de conocimientos sobre el VIH / sida** (HIV-KS; Espada et al., 2009).
- **Escala de actitudes hacia el sida y Prácticas de Riesgo** (HIV-AS; Espada et al., 2012).
- **Cuestionario de Conductas Sexuales** (CCS, elaborado ad hoc).
- **Escala de Ansiedad Social para Adolescentes** (SAS-A; La Greca, 1998; Versión Española de Olivares y García-López, 1998).



### CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este cuestionario recoge aquellos datos socio-demográficos que se han estimado relevantes para el estudio, organizados de la siguiente manera:

- Datos de identificación del centro de estudios, curso y ciudad de pertenencia.
- Edad y sexo.
- Datos relevantes sobre la situación familiar.
- Rendimiento académico: basado en nº de suspensos, aprobados y sobresalientes obtenidos en la última evaluación.

Para dar respuesta a este cuestionario, el estudiante debe responder escribiendo él mismo en los espacios facilitados para tales efectos, o bien marcando con una cruz el recuadro correspondiente.

### ESCALA DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL VIH/sida (HIV-KS)

Cuestionario compuesto por 10 ítems, que evalúan el grado de información que los estudiantes poseen respecto al VIH/sida, tratando diversas áreas como son:

- Conocimientos generales sobre el VIH.
- Vías de transmisión.
- Efectos del VIH sobre el organismo.

El formato de respuesta dicotómica presenta las opciones de “verdadero” o “falso”. El estudiante debe escoger una opción de respuesta para cada ítem, marcándola con una cruz en su casilla correspondiente.

### ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL SIDA Y PRÁCTICAS DE RIESGO (HIV-AS)

Cuestionario compuesto por 12 ítems que evalúa la actitud hacia el sida, el uso de preservativo y la adopción de conductas sexuales de riesgo frente al VIH. Concretamente, las áreas evaluadas son:

- Actitud hacia el uso del preservativo.
- Percepción de obstáculos para el uso del preservativo.
- Actitud hacia las personas con VIH / sida.
- Actitud hacia las pruebas de detección.

El formato de respuesta es una escala graduada tipo Likert con cuatro posibles opciones: “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo”, y “Totalmente de acuerdo”. El estudiante debe escoger una opción de respuesta para cada ítem, marcando con una cruz la casilla correspondiente.

### CUESTIONARIO DE CONDUCTAS SEXUALES (CCS)

El CCS permite evaluar las conductas sexuales propias de los estudiantes. Concretamente, indaga acerca de:

- Edad de inicio en las relaciones sexuales, uso del preservativo en su primer contacto sexual.
- Percepción del uso del preservativo según comparación con sus iguales.
- Orientación / preferencia sexual.
- Tipo de relaciones sexuales que practican.
- Número de parejas sexuales y prácticas sexuales y su frecuencia durante los últimos seis meses.
- Frecuencia de uso de métodos de protección en sus relaciones sexuales.
- Mantenimiento de relaciones sexuales bajo efectos de sustancias.

Este cuestionario combina respuestas de alternativa múltiple (ej: tipo de práctica sexual) y de respuesta abierta (ej: edad de la primera relación) para las que se responderá en los espacios facilitados para ello, marcando la casilla correspondiente para cada ítem. En este cuestionario, después del primer módulo referente al inicio en las relaciones sexuales, se indica que si el sujeto no ha contestado afirmativamente al ítem “¿Has mantenido relaciones sexuales en los últimos 6 meses?”, finaliza en ese punto su cuestionario CCS.

## 1. INSTRUCCIONES GENERALES DE APLICACIÓN

### MATERIALES

- Batería de cuestionarios (tipo A, B y C).
- Lápices o bolígrafos (en principio los alumnos tienen, pero conviene llevar alguno).
- Sobres tamaño folio.

### HORARIO

En general, y de forma aproximada, son necesarios unos 70 minutos (ver Tabla) para la administración de las pruebas. Es conveniente que el evaluador se presente en el aula diez minutos antes de que comience la clase para que no se ausente ningún estudiante y se agilice el proceso de evaluación.

### PAUTAS DE ADMINISTRACIÓN

1. Presentación breve de los evaluadores y del motivo de la evaluación. Se indicará el nombre e institución de procedencia. Se explica que el objetivo del estudio es “conocer mejor sus opiniones y comportamientos sobre la salud y la sexualidad”.
2. Orden de guardar todo lo que haya en sus mesas, excepto un lápiz o bolígrafo.
3. Entrega de la batería de cuestionarios, indicándoles que no los abran hasta que los evaluadores lo indiquen. Se entregará en cada aula los tres modelos A, B y C, en igual número. A la hora de distribuirlos a los alumnos se procurará que estén intercalados. Se pretende así evitar el sesgo por el orden de aplicación de pruebas y que estén pendientes de las respuestas de sus compañeros.
4. Lectura en voz alta y explicación de las instrucciones mostradas en la portada del cuaderno de evaluación y cumplimentación correcta del “Código” (ejemplificarlo si es necesario en la pizarra).
5. Una vez rellenados los códigos, y comprobados por parte de los evaluadores para asegurar cumplimentaciones incorrectas, se les indica que pueden pasar la página y comenzar a contestar las preguntas (repetir varias veces, el carácter anónimo de este estudio y la importancia de no dejar ninguna cuestión en blanco, excepto en aquellos ítems que sí cabe esa posibilidad, como es el caso del cuestionario “CCS”).
6. Durante la aplicación, los evaluadores tratarán de mantener el aula en silencio (para asegurar que las respuestas de los estudiantes sean independientes), aclarando cualquier duda que pueda surgir, sin influir en las respuestas de los sujetos.
7. Controlar que el ritmo de cumplimentación sea ágil, para no exceder demasiado el tiempo cedido por los centros de enseñanza para la aplicación. Cada alumno responderá a su ritmo los cuestionarios.
8. Una vez finalicen, conviene evitar que los alumnos se levanten de sus sillas. Se recordará que deben levantar la mano, el evaluador acudirá al sitio del estudiante en cuestión, comprobará que el código está bien cumplimentado, y le entregará al alumno un sobre para que introduzca su cuaderno en él, lo cierre y lo entregue. Conviene que los estudiantes permanezcan sentados hasta que todos hayan entregado su cuaderno.

**DISTRIBUCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN  
SEGÚN MODELO DE DOSSIER**

MODELO DOSSIER A		MODELO DOSSIER B		MODELO DOSSIER C	
Orden de Instrumentos	Duración aprox. (min)	Orden de Instrumentos	Duración aprox. (min)	Orden de Instrumentos	Duración aprox. (min)
HIV-KS	15	SAS-A	15	HIV-AS	15
HIV-AS	15	CCS	10	SAS-A	15
CCS	10	HIV-AS	15	HIV-KS	15
SAS-A	15	HIV-KS	15	CCS	10
<b>*TOTAL</b>	<b>55'</b>		<b>55'</b>		<b>55'</b>

\*Tiempo máximo aproximado



