

La Prevención Sexual del VIH/SIDA en España

¹ Ubillos, Silvia y ² Mayordomo, Sonia

¹ Universidad de Burgos, ² Universidad del País Vasco

Resumen

El objetivo de este estudio es aportar empíricos que reflejen la precaria situación de la prevención sexual del VIH/SIDA dirigida a la población adulta española. Para ello se aplicó una entrevista semiestructurada a 2935 personas con edades comprendidas entre 18 y 45 años, que participaban en un estudio de cobertura nacional urbana sobre conductas sexuales de riesgo. A pesar del alto nivel informativo de los españoles, los resultados apoyan la necesidad de disminuir las falsas creencias sobre el uso del preservativo y la transmisión del VIH/Sida, ya que estos mitos están ampliamente extendidos en la población a través de las redes sociales informales o los amigos. También, este estudio confirma que un mayor acceso a las fuentes de información científica y educativas están asociadas a una actitud más positiva hacia la adopción del uso del preservativo, así como a un mayor uso de este método preventivo. A la luz de los resultados, se muestra que en España se debieran dedicar más esfuerzos políticos, económicos y comunitarios para garantizar la relación de programas de educación sexual.

Palabras Clave

Prevención, Sexualidad, Fuentes de Información, VIH/SIDA

Summary

In this study we will present empirical data which will reflect the HIV/AIDS sexual prevention situation in the Spanish population. The sample, which is part of a larger nationwide urban population sample, was composed of 2935 people with an age range of 18 to 45 years who answered a semi-structured interview. In spite of the fact that the Spanish population has a high level of information, results support the importance

* La presente investigación forma parte de dos proyectos financiados por la Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España (FIPSE): «Conducta sexual de riesgo ante el VIH en la población adulta española» 1 140/00 y la beca del programa de formación de investigaciones (Orden de 14 de marzo de 2000) «Sexualidad y SIDA: Cognición Social y Percepción de Riesgo» del Departamento de Educación, Universidades e Investigación del Gobierno Vasco, respectivamente.

— Correspondencia a: —

¹ Área de Psicología Social, Dpto. de Ciencias de la Educación, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad de Burgos, C/ Villadiego, s/n, 09001 Burgos.

Prof. Silvia Ubillos (Tlfno.: 947-258074; Fax: 947-258861; E-Mail: subillos@ubu.es).

² Dpto. Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Av. Tolosa, 70, 20018 San Sebastián /Guipúzcoa).

Sonia Mayordomo (Tlfno.: 943-015738; Fax: 943-311055; E-Mail: smayordomo212@eresmas.com).



of conducting sexual education programmes in order diminish false beliefs on the use of condoms and HIV/AIDS transmission. These myths were amply disseminated amongst the population by way of one of the most accessible sources of information: informal social networks (i.e. friends). Moreover, scientific and educational sources of information were linked to a more positive attitude towards the use of condoms, and also towards a higher use of this preventive method. These results suggest the need to stress importance of increasing political, economical and community resources in order to guarantee that sexual education programmes are effective.

Key Words

Prevention, Sexuality, Sources of Information, HIV/AIDS.

Résumé

L'objectif principal de cette étude est appoter de données empiriques qui permettent démontrer la situation précaire de la prévention sexuelle du VIH/SIDA dans la population générale espagnole. Une enquête semi-structurée été entreprise auprès d'un échantillon de 2935 personnes de 18 à 45 ans, qui participaient à une étude nationale urbaine sur les comportements sexuels à risque. Malgré le bon niveau des connaissances de la population espagnole, les résultats montrent qu'il est nécessaire diminuer les fausses croyances sur l'utilisation du préservatif et la transmission du VIH/SIDA. Ces mythes sont très étendus dans la population à cause des réseaux sociaux ou des amis. En plus, cette étude confirme que les personnes qui utilisent plus les sources d'information scientifiques et éducatives pour apprendre sur la sexualité et la prévention montrent une attitude et un comportement plus favorables à l'utilisation du préservatif. Enfin, cette recherche montre que dans l'Espagne il faut plus contributions politiques et sociales pour garantir la réalisation de programmes de prévention sexuelle.

Most Clé

Prevention, Sexualité, Sources d'Information, VIH/SIDA

Actualmente se acepta de forma generalizada entre los educadores de la salud y los responsables institucionales que la *educación sexual* y la *educación sobre la infección del VIH* constituye uno de los recursos fundamentales en la prevención de la extensión del VIH/SIDA. Sin embargo, este reconocimiento sólo

ha repercutido débilmente en las políticas educativas y sanitarias de los países occidentales. De hecho, podemos decir que, en general, la educación sexual se ha ido implantando con fuertes polémicas en estos países, aunque hay diferencias importantes entre ellos. Por otra parte, la *educación para la*



prevención del VIH/SIDA se ha encontrado con menos obstáculos, aunque su implantación también ha sido limitada.

La educación sobre VIH debería ofrecerse en todos los cursos y no debería ser opcional o estar disponible sólo a algunos estudiantes. A este respecto, es de destacar que países como Suecia, Dinamarca u Holanda, donde la *educación sexual* se imparte desde hace tiempo, son los que registran menores índices de embarazos adolescentes y de casos de SIDA. Pero no ocurre lo mismo en toda Europa. De hecho, un estudio realizado por Meretith y Deven (2002, citado en Alcelay) concluyeron que:

1. La educación sexual en Europa no está muy extendida ni aborda los aspectos básicos asociados a la adopción de conductas preventivas. Sólo los países nórdicos, Bélgica y Holanda imparten una formación correcta. En el resto de Europa sigue existiendo una fuerte resistencia para que los jóvenes accedan a esta información.
2. Los políticos suelen apoyar más frecuentemente a los grupos de presión que critican o se oponen a una educación realmente eficaz.

Con respecto a la *educación sobre el VIH/SIDA*, en algunos países como Estados Unidos, Holanda, Reino Unido, Suecia, etc..., han utilizado la existencia de programas de educación para la salud o de educación sexual en sus escuelas para introducir en ellos la enseñanza de la prevención de VIH/SIDA con cierta urgencia, dándose en algunos casos como en Inglaterra la paradoja de ser obligatorio educar sobre este tema desde 1991 y no serlo la educación sexual hasta 1994 (McEwan, Bhpal y Atkinson, 1994). La forma de inclusión en el curriculum escolar suele

ser muy diversa según los países e incluso los centros, lo mismo que el grado de desarrollo y la edad en que se imparte su enseñanza (Nájera, 1996).

En España se introdujo la educación para la salud en 1990 como una materia transversal -incorporando dicha temática dentro de cada una de las materias de la oferta académica de forma normalizada- en el curriculum de toda la enseñanza primaria y la secundaria obligatoria y dentro de ella los campos de la educación sexual, el VIH/SIDA y la educación sobre las drogas. Con ayuda del convenio establecido entre los Ministerios de Educación, Sanidad y Asuntos Sociales se ha desarrollado la formación de personal, la preparación de material didáctico y la programación y realización de proyectos de educación afectivo-sexual con ayudas económicas, de asesoramiento y aporte de materiales (Nájera, 1996). Por tanto, la última reforma del Ministerio de Educación y Ciencia ofrece condiciones legales suficientes para que los centros y los enseñantes puedan introducir la educación sexual y para el sida en la escuela como asignatura transversal, pero no lo aseguran en absoluto. En definitiva, cada centro y cada maestro siguen haciendo lo que consideran más oportuno.

EL objetivo general de esta investigación es aportar datos empíricos que reflejen la situación actual de la prevención sexual del VIH/SIDA dirigida a la población adulta española. Con este estudio se pretende: a) conocer las fuentes de información sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA a las que accede la población española; b) analizar la evolución de las fuentes de información utilizadas por los españoles en las últimas décadas y, c) mostrar la relación entre las distintas fuentes educativas y el nivel de información, actitudes y conductas preventivas hacia el VIH/SIDA



de los españoles. De aquí, se sugerirán algunas líneas de actuación para orientar las políticas sociosanitarias de prevención para el VIH/SIDA más adecuadas.

MÉTODO

MUESTRA

Los datos que se comentan en este artículo han sido extraídos de un estudio de cobertura nacional urbana para las capitales de provincia españolas con una población igual o superior a 50.000 habitantes, que se basó en una muestra probabilística estratificada según el tamaño de las ciudades. La misma fue elaborada a partir de la información recogida del Instituto Nacional de Estadísticas acerca del Censo de Población y Vivienda de 1998 (INE, 1998). Se incluyeron 44 localidades pertenecientes a 43 regiones, lo que representa aproximadamente al 88% de la población urbana nacional.

De esta forma, se confeccionó la muestra estratificada sobre el total de 3.000 encuestas a realizar. Asimismo, debido a las pérdidas por defecto del rechazo de las personas, se incorporó una muestra adicional del 30%. El número de personas que declinó la invitación de realizar la encuesta ascendió, por tanto, a 1.262. La tasa de rechazo obtenida en España -30%- fue prácticamente similar a las obtenidas en otros países europeos -media = 25%-. Al igual que en España, el rechazo en Europa se dio con mayor frecuencia en las grandes ciudades (Hubert, Bajos y Sandfort, 1998). Finalmente, la muestra consultada ascendió a 4.197 domicilios de los cuales se hicieron efectivas 2.935 entrevistas a hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 18 y 45 años.

La mayoría de la población estudiada se caracteriza por ser monógama. Así, el porcentaje de personas heterosexuales en riesgo, sin tomar en cuenta drogadictos y/u homosexuales, que tiene múltiples parejas durante el último año es reducido -18% aproximadamente-. De éstos, alrededor de un tercio (un 7.6% del 18,3%) no utilizó preservativos en su primera relación sexual con su nueva pareja. Ello nos muestra que el núcleo de personas en situación de riesgo es bajo -nos de un 5% de la población general-

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN

Como instrumento de recogida de datos se diseñó una entrevista semidirigida, ya que ésta constituye un modo de aproximación adecuado por la información estandarizada que de ella se recoge y la efectividad en términos de comparabilidad, con otra serie de muestras y/o parámetros, que de ella se desprende.

La entrevista constaba de los siguientes apartados: variables sociodemográficas, variables psicosociales, vida y experiencia sexual, módulo de nuevos encuentros sexuales, cultura y género.

El levantamiento de los datos tuvo lugar entre los meses de abril y septiembre de 2001. Bajo la dirección de los investigadores principales y asociados al proyecto, el equipo de campo incluyó a 3 supervisoras de zona y 65 entrevistadores.

En este artículo se comentarán los datos referentes a las variables psicosociales, es decir se examinarán las fuentes de información y su relación con la información, la actitud y la conducta sexual preventiva hacia el VIH/SIDA.



La operativización de la variable fuentes de información se llevó a cabo a través de una pregunta de respuesta múltiple. Entre 8 posibles fuentes de información (conferencias, programas de educación sexual, familia, libros o revistas, medios de comunicación, amigos, profesionales, otras) las personas seleccionaban todas aquellas a las que habían tenido acceso para aprender sobre sexualidad y prevención.

Se utilizaron 24 ítems para medir los conocimientos sobre el uso del preservativo y la transmisión del VIH/SIDA. De estos ítems, 15 corresponden a información incorrecta o falsas creencias y 9 a información correcta. Las opciones de respuesta son verdadero, falso, no sé.

Una escala de 13 ítems se utilizó para calificar la percepción de costes (N=8) y beneficios (N=5) derivados del uso del preservativo. Las respuestas se miden mediante una escala tipo likert de 6 puntos (de 1=totallymente en desacuerdo a 6=totallymente de acuerdo).

La conducta sexual preventiva se midió a través de un ítem de respuesta múltiple. Entre 10 tipos de métodos preventivos, las personas señalaban aquel o aquellos que habían utilizado en su primera relación sexual con la última nueva pareja sexual que habían tenido en el último año.

Para interpretar los resultados es importante mencionar que el margen de error con el tamaño muestral del estudio es del $\pm 1,8\%$ en el caso de una distribución dicotómica igual -del 50%- y del $\pm 0,79\%$ en el caso de una distribución de tipo minoritaria -5% frente a 95%- , con una seguridad del 95.5% (para más información: varios, en prensa).

RESULTADOS

Las fuentes en las que se han basado aproximadamente las dos terceras partes de la población adulta española para informarse sobre sexualidad y prevención han sido fundamentalmente los amigos (68.2%), los mass media como la TV, la radio o Internet (66.2%) y los libros o revistas (65.5%). Mientras que cerca de una tercera parte se han informado a través de la familia (35.2%), de los profesionales como médicos, psicólogos o educadores sexuales (32.3%) o de conferencias (29%). Tan sólo un 10.9% de los españoles han recibido un programa de educación sexual con una duración superior a 4 horas.

Atendiendo a las comunidades autónomas participantes, se observan diferencias en cuanto a las fuentes de información consultadas que se refieren a los profesionales [$\chi^2 (2925, 16) = 29.72; p \leq 0.05$], los medios de comunicación [$\chi^2 (2925, 16) = 38.87; p \leq 0.001$] y la familia [$\chi^2 (2925, 16) = 45.68; p \leq 0.000$]. En el primer caso, concretamente, las comunidades aragonesa, asturiana, balear, cántabra, castellano manchega, extremeña, murciana y vasca declaran menos que la media general acudir a profesionales para informarse en materia de sexualidad y prevención. Por otra parte, en las comunidades autónomas de Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla La Mancha, Galicia, País Vasco y Valencia, las personas manifiestan recurrir a los medios de comunicación para informarse que la media estatal. Por último, la familia resulta una fuente de información más utilizada en las comunicaciones andaluza, aragonesa, balear, cántabra, castellano leonesa, castellano manchega, extremeña, navarra y riojana. No obstante, es de reseñar que el bajo número de entrevistas recopiladas en algunas de estas comunidades nos hace tomar estos resultados con cierta cautela (véase tabla 1).



Tabla 1. Porcentajes de distribución de las fuentes de información sobre prevención sexual del VIH/SIDA en función de la comunidad autónoma

Comunidad	Nº entrevistas	Fuentes de Información		
		Profesionales	Mass Media	Familia
Andalucía	509	30.3%	70.9%	27.9%
Aragón	147	29.9%	65.3%	26.5%
Asturias	43	27.9%	76.7%	34.9%
Baleares	69	27.5%	63.8%	33.3%
Canarias	123	36.6%	73.2%	39.8%
Cantabria	39	25.6%	56.4%	25.6%
Castilla y León	232	31.9%	58.6%	30.2%
Castilla la Mancha	68	28.5%	64.7%	30.9%
Cataluña	396	40.7%	67.7%	41.2%
Extremadura	43	23.3%	72.1%	27.9%
Galicia	112	33%	65.2%	43.8%
La Rioja	27	33.3%	70.4%	33.3%
Madrid	591	32.7%	66.3%	37.2%
Murcia	76	28.9%	73.7%	40.8%
Navarra	37	48.6%	81.1%	21.6%
País Vasco	163	23.9%	63.2%	43.6%
C. Valenciana	250	32.4%	55.2%	39.6%
Media Estatal	2925	32.3%	66.2%	35.2%



Un análisis de componentes principales standard con rotación varimax ha sido efectuado a partir del conjunto de respuestas sobre estos ítems. Este análisis factorial dio lugar a *tres factores* que explican un 54.8% de la varianza total.

El primer factor que da cuenta del 20.3% de la varianza reúne a los profesionales y a los programas y conferencias sobre prevención sexual, es decir, a las *fuentes de información científica y educativas*.

El segundo factor que explica el 18.7% de la varianza, está compuesto por el reagrupamiento de los medios de comunicación y de los libros o revistas, es decir, las *fuentes de comunicación social y de divulgación científica*.

Por último, el tercer factor que da cuenta del 15.7% de la varianza lo constituyen la familia y los amigos, es decir, las *redes sociales informales* (vease tabla 2).

Los análisis de correlación de estos factores con la edad nos indican que los más jóvenes son los que más se han informado sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA a través de conferencias y programas de educación sexual [$r(2925)=-.107$; $p\leq.001$]. Sus respuestas también hacen vislumbrar que la juventud es la que mantiene una mayor comunicación sexual con su familia y amigos [$r(2925)=-.197$; $p\leq.0001$] (véase tabla 3).

Asimismo, los análisis de correlación de los factores con el sexo muestran que las mujeres son las que más recurren a los profesionales, conferencias y programas de educación para informarse sobre prevención sexual [$r(2925)=.122$; $p\leq.0001$]. Mientras que los hombres se informan más sobre sexualidad y prevención del VIH/SIDA a través de los

medios de comunicación y de los libros y revistas [$r(2925)=-.061$; $p\leq.001$] (véase tabla 4).

Otra serie de análisis correlacionales nos han permitido comprobar las relaciones existentes entre las fuentes de información utilizadas por la población adulta española y el nivel informativo, las creencias, actitudes y conductas sexuales preventivas hacia el VIH/SIDA.

En cuanto a los *conocimientos sobre la transmisión sexual del VIH/SIDA*, los datos nos indican que las personas que señalan las fuentes científicas y educativas como las principales formas de información sobre sexualidad y prevención son las que mejor reconocen las falsas creencias [$r(1739)=.091$; $p\leq.001$] y las que disponen de más información correcta, aunque sólo de forma tendencial [$r(1738)=.038$; $p\leq.056$]. Es decir, los españoles que han recibido información a través de conferencias, programas de educación sexual o profesionales son los que presentan más conocimientos y menos mitos sobre prevención sexual del VIH/SIDA.

En este sentido, las personas que han obtenido información fundamentalmente a través de las fuentes de comunicación social y divulgativas son las que presentan un mayor conocimiento sobre las falacias existentes en prevención sexual del VIH/SIDA [$r(1739)=.093$; $p\leq.0001$] y más información científica [$r(1738)=.092$; $p\leq.0001$].

En menor medida, las personas que recurren a la familia y amigos para obtener información sexual también presentan un menor número de creencias falsas [$r(1739)=.074$; $p\leq.001$] y más conocimientos objetivos sobre prevención y sexualidad [$r(1738)=.065$; $p\leq.003$] (véase tabla 5).



Tabla 2: Análisis de Componentes Principales de las Fuentes de Información sobre Prevención Sexual

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
% de la varianza	20.3%	18.7%	15.7%
Profesionales	.667		
Conferencias	.661		
Programas	.650		
Mass media		.769	
Libros-revistas		.735	
Familia			.805
Amigos			.646

Tabla 3: Porcentajes de distribución de las fuentes de información sobre prevención sexual del VIH/SIDA en función de la edad

	Factor 1			Factor 3	
	Profesionales	Conferencias	Programas	Familia	Amigos
18-25 años	28%	44.1%	14.1%	43.2%	76.3%
26-30 años	33.4%	30.4%	12.1%	34.2%	71.9%
31-35 años	36%	25.4%	10.3%	32.7%	67.6%
36-40 años	35.4%	17.2%	8.8%	33.9%	59.9%
41-45 años	30.5%	15.5%	5.5%	25.3%	57.1%

Tabla 4: Porcentajes de distribución de las fuentes de información sobre prevención sexual del VIH/SIDA en función del sexo

	Factor 1			Factor 2	
	Profesionales	Conferencias	Programas	Mass Media	Libro/revista
Hombres	25.2%	27.3%	9.9%	68.4%	66.8%
Mujeres	39.7%	30.8%	12.1%	64%	64.2%

Base: 1 = Hombre; 2 = Mujer

Con respecto a las creencias y actitudes hacia las medidas preventivas, las personas que han señalado como fuentes de información fundamentalmente las conferencias, programas de educación sexual y los profesionales perciben menos costes derivados del uso del preservativo [$r(2848)=-.135$; $p \leq .0001$]. Asimismo los españoles que han recurrido a estas fuentes de información científicas y educativas así como a los medios de comunicación, los libros y revistas son las que perciben más beneficios derivados del uso del condón [$r(2881)=.071$; $p \leq .0001$ y $r(2881)=.111$; $p \leq .0001$ respectivamente] (véase tabla 6).

Teniendo en cuenta las conductas de prevención sexual del VIH/SIDA, los análisis de correlaciones entre las fuentes de información y el porcentaje de personas heterosexuales que han utilizado o no el preservativo en la primera relación sexual con una nueva pareja en los últimos doce meses, nos indican que las personas que señalan las fuentes de información científica y educativa son las que más se han prevenido con su nueva pareja sexual [$r(407)=.078$; $p \leq .0.58$]. Además, atendiendo al ratio entre uso y no uso del preservativo,

se constata que los programas de educación sexual dotan ligeramente de un mayor nivel de protección (véase tabla 7).

Por último, las personas que se han basado fundamentalmente en las fuentes de información científicas y educativas así como en las redes sociales informales para obtener conocimientos sobre la prevención sexual del VIH/SIDA son las que muestran satisfacción con su vida sexual [$r(2897)=.083$; $p \leq .0001$ y $r(2897)=.064$; $p \leq .001$ respectivamente] (véase tabla 8).

DISCUSIÓN

A la luz de los resultados, destaca el reducido porcentaje de españoles que han accedido a un programa de educación sexual con una duración superior a 4 horas. Como en épocas pasadas, los amigos constituyen la principal fuente de información, seguida de los medios de comunicación y de los libros y revistas. A pesar de la importancia que se le concede a la familia, los profesionales o las conferencias como fuentes de información, éstas siguen estando menos extendidas.



Tabla 5: Puntuaciones medias en conocimientos sobre el preservativo y la transmisión del VIH/SIDA en función de las fuentes de información

	Factor 1											
	Conferencias				Programas				Profesionales			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Inf. Correcta[^]	16.6	1.2	16.8	1.0	16.6	1.2	16.8	1.1	16.7	1.2	16.7	1.1
Inf. Incorrecta^{**}	26.7	2.2	27.1	2.0	26.8	2.1	27.1	2.1	26.6	2.3	27.1	1.8

	Factor 2							
	Medios de Comunicación				Libros-Revistas			
	NO		SI		NO		SI	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Inf. Correcta[^]	16.6	1.3	16.7	1.1	16.5	1.3	16.7	1.1
Inf. Incorrecta^{**}	26.6	2.2	26.9	2.1	26.7	2.2	26.9	2.1

	Factor 3							
	Familia				Amigos			
	NO		SI		NO		SI	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Inf. Correcta[^]	16.6	1.2	16.7	1.2	16.5	1.3	16.7	1.1
Inf. Incorrecta^{**}	26.8	2.2	26.9	2.1	26.4	2.2	27.0	2.0

[^] Información Correcta: Rango = de 9 a 18 (a mayor puntuación, mayor información correcta)

^{**} Información Incorrecta: Rango = de 15 a 30 (a mayor puntuación, mejor reconocimiento de las falsas creencias)



Tabla 6: Puntuaciones medias en creencias sobre el uso del preservativo en función de las fuentes de información

	Factor 1											
	Conferencias				Programas				Profesionales			
	NO		SI		NO		SI		NO		SI	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	MD	SD
Costes[*]	25.8	5.9	24.4	5.8	25.5	5.9	24.5	6.1	25.8	5.9	24.6	5.9
Beneficios^{**}	23.7	3.4	24.2	3.6	23.8	3.4	24.2	3.8	23.6	3.4	24.2	3.7
	Factor 2											
	Medios de Comunicación				Libros-Revistas							
	NO		SI		NO		SI					
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD				
Beneficios^{**}	23.4	3.7	24.0	3.3	23.5	3.6	24.0	3.4				

^{*}Costes: Rango = de 8 a 48 (a mayor puntuación, más percepción de costes)

^{**}Beneficios: Rango = de 5 a 30 (a mayor puntuación, mayor percepción de beneficios)

Las generaciones más jóvenes son las que más han accedido a informarse sobre la prevención sexual del VIH/SIDA a través de las fuentes científicas y educativas, fundamentalmente por medio de conferencias y programas de educación sexual. Cerca de la mitad de los jóvenes entre los 18 y 25 años han recibido alguna conferencia, mientras que menos del 15% ha recibido algún programa de educación sexual. Comparando estos datos con los de estudios precedentes (García, 1994) se constata que, en general, entre los jóvenes la influencia de todas las fuentes de información – científicas y educativas, de co-

municación social y divulgativas y, las basadas en las redes informales – ha ido incrementándose.

Teniendo en cuenta las diferencias según el sexo, encontramos que las mujeres son las que especialmente más se informan a través de los profesionales, conferencias y programas de educación sexual. No obstante, la mayor diferencia se encuentra en el acceso a los profesionales como fuente de información. El hecho de que sean las mujeres las que más acuden a revisiones ginecológicas periódicas puede ser la causa de esta diferencia. En menor medida, los hombres com-



parados con las mujeres son los que más recurren a los medios de comunicación social, así como a los libros y revistas para obtener información sobre sexualidad y prevención. En este caso, la mayor utilización de las películas y revistas eróticas por parte de los hombres podría justificar esta diferencia.

Un mayor nivel de conocimientos científicos está principalmente asociado a las fuentes de comunicación social y divulgación, como la TV y los libros, a las redes de información informales, como los amigos, y en menor medida a las fuentes de información científicas y educativas, fundamentalmente las conferencias y los programas de educación sexual. Sin embargo, la disminución de las falsas creencias sobre sexualidad y prevención se asocia fundamentalmente a las fuentes de información científicas y educativas y a las de comunicación social de divulgación científica. Es importante destacar que las conversaciones con los amigos son las que menos se asocian a una reducción de los mitos sexuales. Es decir, las redes sociales informales son las que contribuyen en menor medida a disminuir la divulgación de las falsas creencias y falacias sobre sexualidad y prevención, como por ejemplo que el VIH/SIDA se transmite besándose en la boca o utilizando servicios públicos, y que no se transmite seleccionando a las parejas por su aspecto exterior saludable, teniendo relaciones sexuales con la misma pareja sexual o teniendo relaciones sexuales sólo con gente conocida.

Las personas que perciben más beneficios derivados del uso del preservativo son las que más han recurrido a las conferencias, los programas de educación sexual, los profesionales, los medios de comunicación o los libros y revistas para informarse sobre prevención sexual del VIH/SIDA. En el mismo

sentido, las personas que perciben menores costes derivados del uso de este método preventivo son las que más han asistido a conferencias y programas de educación sexual y las que más han consultado a profesionales como fuentes de información. Por tanto, las personas que se han informado sobre prevención sexual del VIH/SIDA a través de las fuentes de información científicas y educativas son las que muestran una mejor actitud hacia la adopción de conductas preventivas. Es decir, son las personas que consideran en menor medida que los preservativos sean engorrosos de usar, que creen dudas acerca del estado de salud, que rompan el romanticismo de la relación, que interrumpen el acto sexual, que dé apuro plantear su utilización y que los que lleven sean «fáciles» sexualmente hablando. Asimismo, son las personas que están más de acuerdo con el hecho de que el preservativo da seguridad en la relación, previene del SIDA y las ETS y que las personas que la utilizaban en sus relaciones sexuales muestran responsabilidad.

Además, se han encontrado una asociación entre las fuentes de información científicas y educativas y el porcentaje de personas que adoptan conductas preventivas. Es decir, los españoles que han obtenido información sobre la prevención sexual del VIH/SIDA a través fundamentalmente de conferencias, y en menor medida de programas de educación sexual y de profesionales son los que más han utilizado el preservativo en su primera relación sexual con una nueva pareja en los últimos 12 meses. Además, los programas de educación sexual se presentan ligeramente como el mayor factor de protección para la población.

Por último, las personas que informan estar más satisfechas con su vida sexual son las

Tabla 7: Porcentajes de personas que han utilizado o no el preservativo con una nueva pareja sexual en los últimos doce meses en función de las fuentes de información sobre prevención sexual del VIH/SIDA

	Factor 1		
	Conferencias	Programas	Profesionales
SI Uso del Preservativo	36.4	10.6	31.4
NO Uso del Preservativo	24.2	6.1	28.8
Ratio	1.5	1.74	1.09

Tabla 8: Porcentajes del nivel de satisfacción con la vida sexual en función de las fuentes de información

	Factor 1			Factor 3	
	Profesionales	Conferencias	Programas	Familia	Amigos
Insatisfecho	25.1%	26.4%	8.4%	25.9%	67.8%
Satisfecho	34.1%	30.4%	11.7%	38%	68.5%

que más han utilizado las fuentes científicas y educativas y las redes sociales informales para informarse sobre sexualidad y prevención. Particularmente, las personas que han señalado a los profesionales y a la familia como las principales fuentes de información son las que presentan mayores niveles de satisfacción con su vida sexual.

Una de las conclusiones que se extraen de este estudio es que aunque el contexto social ha favorecido una evolución positiva de todas las fuentes de información, tanto de

los amigos como de la familia, de los mass media, de las conferencias y de los libros y revistas, se confirma que la ausencia de una propuesta firme de educación y de currículums estandarizados limita la prevención del VIH. De hecho, sólo una persona sobre diez ha recibido algún programa de educación sexual, lo cual muestra el retraso de España y Europa del Sur frente a países como Escandinavia y Holanda (Hubert, Bajos y Sandfort, 1998).

La primera limitación estructural con la que se enfrenta la aplicación de programas de



educación y prevención sexual del VIH/SIDA en España es la falta de continuidad. Si queremos conseguir cambios conductuales perdurables, es necesario garantizar la aplicación periódica de este tipo de programas. Es decir, intervenir reiteradamente a lo largo del proceso de escolarización del adolescente, ya que la relación de programas con una duración limitada impide que se mantengan los cambios actitudinales y conductuales necesarios para la adopción de conductas preventivas.

Con el fin de garantizar la continuidad de estas intervenciones, es necesario que las instituciones políticas, educativas, comunitarias y administrativas actúen de forma consciente. Estamos de acuerdo con la revisión de cuatro ejemplos de prevención eficaz -dos en países desarrollados y dos en países del tercer mundo- llevada a cabo en la XI Conferencia Internacional sobre el SIDA de Vancouver que encontró tres puntos en común. Primero, las acciones preventivas deben ser acompañadas por una fuerte voluntad política. Segundo, la respuesta comunitaria ha jugado un rol esencial en la aplicación eficaz de los programas. Los programas de prevención se han aplicado eficazmente cuando se insertaban en acciones ya desarrolladas previamente en la comunidad -por ejemplo, en Canadá y Australia la educación sanitaria comunitaria había precedido a la emergencia de la epidemia de SIDA-. Tercero, el acuerdo entre el gobierno y organizaciones comunitarias es esencial. Además de una inversión financiera regular y de innovaciones en la política gubernamental, una aplicación eficaz de programas de prevención exige una negociación entre el Gobierno y los actores comunitarios es esencial para el éxito de los programas educativos que se realizan dentro

y fuera de los centros enseñanza. La educación es más efectiva cuando está integrada con los valores de la comunidad y las instituciones. Además la oposición comunitaria puede impedir que un programa sea efectivo.

A nuestro entender la principal limitación española es la ausencia de inversión y de planificación a largo plazo, lo que hace que existan programas paralelos de corto aliento y con subvenciones insuficientes. Una mesa redonda de evaluación de la aplicación de programas preventivos orientados a adolescentes en diferentes regiones de España -Canarias, País Vasco, Valencia, Extremadura, Ciudad Real, Barcelona y Galicia- llegó a las siguientes conclusiones: a) la mayoría de los programas preventivos se llevaban a cabo mediante el voluntariado normal; b) los programas que se apoyan en el voluntariado de profesores, con apoyo externo bibliográfico, se aplican de forma muy limitada -cubren a menos de la mitad de la población propuesta-, se produce un fenómeno de agotamiento y «burn-out» de los voluntarios que carecen de habilidades pedagógicas y psicológicas necesarias para una educación sanitaria eficaz; c) los programas eficaces se apoyan en personal remunerado externo o personal educacional al que se le reconocía institucionalmente su labor y se le remuneraba. Además, había en general apoyo externo a la prevención bajo la forma de personal especializado, tanto en la fase de formación como de seguimiento del programa. En los dos casos en los que se pasó de un programa remunerado con apoyo externo a uno de tipo voluntario, la aplicación del programa decayó enormemente y, d) los programas eran muy heterogéneos y dependían mucho de la capacidad organizativa de sus responsables (III Congreso Nacional sobre el SIDA,



1995). A este respecto, un estudio realizado por Fernández Costa et al. (1999) concluye que a pesar de que en casi todas las comunidades autónomas españolas se han adoptado o desarrollado materiales y programas preventivos para apoyar al profesorado, un porcentaje importante de ellos plantea intervenciones de poca intensidad o cortas y poco trabajo centrado en las habilidades preventivas.

A pesar del alto nivel informativo de la población adulta española, los datos de este estudio apoyan la importancia de garantizar a la población española la realización de programas de educación sexual, ya que están asociados a la disminución de las falsas creencias sobre el uso del preservativo y la transmisión del VIH/SIDA. Este dato es esencial puesto que estos mitos están ampliamente extendidos en la población debido a que la fuente de información más «accesible», es decir, las redes sociales informales o los amigos, es la que menos contribuye a una disminución de su divulgación. Asimismo, las fuentes de información científica y educativa también están asociadas a una actitud más positiva hacia la adopción del uso del preservativo, así como a un mayor uso de este método preventivo por parte de las persona que han tenido alguna nueva pareja sexual en el último año y, a una mayor satisfacción con su vida sexual.

Las comparaciones interculturales han confirmado que las culturas o naciones con mayor satisfacción vital, actitudes más permisivas y mayor educación sexual —como es el caso de los países escandinavos en comparación con los anglosajones— muestran un estado más satisfactorio de salud —menores niveles de embarazo no deseado y ETS— (Ingham y van Zessen, 1998).

Las investigaciones indican que particularmente los programas de educación sexual orientados a aumentar las capacidades de comunicación y control de las relaciones sexuales no adelantan la edad de inicio ni aumentan la actividad sexual (Franklin et al., 1997). Inclusive algunas comparaciones internacionales sugieren que la retrasan levemente, aumentando el control y eficacia preventiva (Ingham y van Zessen, 1998). El metaanálisis de Franklin et al. (1997) demuestra que los programas orientados a la abstinencia y postergación del inicio sexual no disminuyen la actividad sexual y son menos efectivos que los programas orientados a la distribución y uso de preservativos en la prevención del embarazo no deseado. Los programas «clínicos» orientados hacia la salud son más eficaces que los programas basados en la escuela o servicios sociales en cuanto a la promoción del uso del preservativo (Franklin et al., 1997). Todo esto, unido a nuestros resultados, nos lleva a concluir que es fundamental la educación sanitaria basada en expertos externos a la escuela, orientada a promover el uso del preservativo y su distribución y en Jóvenes antes que estos inicien su actividad sexual —para establecer la información y capacidades antes que se instale un hábito de no uso—.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcelay, C. (2002). ¿Es adecuada la educación sexual de los jóvenes?. *Mujer de Hoy*, 149, 28-31
- Fernández Costa, S., Juárez, O. y Díez, E. (1990). Prevención del SIDA en la escuela secundaria: Recopilación y valoración de programas. *Revista española de salud pública*, 73 (6), 687-696.



Franklin, C. et al. (1997). Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 59, 551-567.

García Blanco, J. (1994). *Sexualidad y Adolescencia (14-17 años)*. Valencia. Ed. Promolibro.

Hubert, M., Bajos, N. & Sandford, (1998). *Sexual Behavior and HIV/AIDS in Europe. Comparisons of national surveys*. London: UCL Press.

III Congreso Nacional sobre el SIDA (1995). Taller de Trabajo 4: Programas escolares. Preparación de materiales. Experiencia y evaluación. Coruña 7-10 de marzo. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, 6, 3.

INE (1998). *Censo de población y vivienda*. Madrid: Instituto nacional de estadística.

Ingham, R. & van Zessen, G. (1998). From cultural contexts to interactional competence: a european comparative study. Paper Aids in Europe: social and behavioural dimensions. Paris, 12-16 January, 1998: Paris: ANRS.

McEwan, R., Bhopal, R. y Atkinson, A. (1994). AIS and sex education in Newcastle schools: policy, priority and obstacles. *Health Education Journal*, 53, 15-27.

Nájera, P. (1996). La educación para la salud sobre VIH/SIDA. Publicación oficial de la sociedad española interdisciplinaria del SIDA, 7, 8, 466-470.

Rudelic-Fernández, D. (1996a). La prevention, ça marche?. ANRS *Le Journal du SIDA*, número special, Vancouver, 5-6.

Rudelic-Fernández, D. (1996b). L'impact de la prevention sur le precocité sexuelle. ANRS

Le Journal du SIDA, número special, Vancouver, 16-18.

Varios (2004). *Sexualidad en España*. Burgos: Universidad de Burgos, UBU (en prensa).