

# Trabajo Fin de GRADO.

## **APTITUDES DE LOS JÓVENES EN LA PREVENCIÓN DEL VIH, SEGÚN SU FORMACIÓN Y OTROS FACTORES ASOCIADOS.**

Autora: Patricia Gálvez Domenech.

Tutor: Dr. Guillermo Marcos Aragüés.

Universidad de Zaragoza. Facultad de Medicina. Curso 2014/2015.



**Universidad**  
Zaragoza

## **ÍNDICE:**

Resumen.....	pág 3.
Abstract.....	pág 4.
Introducción.....	pág 5.
Justificación. Datos.....	pág 8.
- Conclusiones epidemiológicas.....	pág 9.
Objetivos.....	pág 11.
Metodología.....	pág 12.
Resultados.....	pág 16.
- Siqueira, M. et al.....	pág 16.
- Sagaró del Campo, N. et al.....	pág 17.
- Hoyos, J. et al.....	pág 18.
- Dávila, M.E. et al.....	pág 20.
- Torres, P. et al.....	pág 21.
- Urrea-Giraldo, F. et al.....	pág 23.
- Torres López, T M <sup>a</sup> . et al.....	pág 25.
- Gómez-Bustamante, E. et al.....	pág 26.
- I.N.E. Salud y hábitos sexuales.....	pág 27.
- Wondemagegn, M. et al.....	pág 29.
- Borrero, S. et al.....	pág 31.
- Rowen Tami, S. et al.....	pág 32.
Discusión.....	pág 34.
Conclusiones.....	pág 38.
Bibliografía.....	pág 39.

ANEXO 1: Tablas-figuras epidemiología.

ANEXO 2: Tablas artículos incluidos.

ANEXO 3: Tabla artículos rechazados.

## **RESUMEN:**

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre el VIH/SIDA.

**METODOLOGÍA:** Se realizó una búsqueda sistemática de trabajos que investigaran sobre el conocimiento de los jóvenes sobre el VIH, sus conductas sexuales y comportamientos asociados a prácticas sexuales de riesgo. Se estudiaron muestras de jóvenes sexualmente activos de entre 10 y 30 años.

**RESULTADOS:** los jóvenes en general muestran un conocimiento superficial sobre el VIH, aunque indican correctamente como principal mecanismo de transmisión del virus la vía sexual, y como principal método para evitar el contagio el uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Aunque se observa un mayor uso del preservativo en menores de 30 años que en generaciones anteriores, todavía su uso está condicionado a factores como su disponibilidad en el momento de la relación, el valor de la pareja estable o el uso de otros métodos anticonceptivos, como la píldora, provocando todos ellos, que su uso no sea habitual en casi la mitad de los jóvenes. Esto puede ser debido a que la mayoría de los jóvenes no perciben sus relaciones como “prácticas sexuales de riesgo” o a que el uso del preservativo está motivado en muchas ocasiones únicamente a evitar el embarazo y no como prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Por el contrario, encontramos un porcentaje de jóvenes que utiliza el doble método, condón y píldora, con lo que demuestran que además de ser responsables en las medidas propiamente anticonceptivas para evitar embarazo, tienen prácticas de sexo seguro evitando las ETS y/o VIH. En este trabajo se encontró que estos comportamientos están influenciados por el nivel socioeconómico de los jóvenes, prácticas como el consumo de drogas, alcohol o el uso de pornografía, el tipo de educación que reciben y por las leyes morales y religiosas.

**CONCLUSIONES:** Se debe promover la práctica de un sexo seguro, adaptando la educación sexual y las intervenciones preventivas al tipo de población, facilitando el acceso de los jóvenes a las medidas preventivas y a la información sobre las mismas sin estar estas influenciadas por otros factores que los científicos.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, estudiante, preservativo, conocimiento, prevención.

## **ABSTRACT:**

**OBJETIVE:** To determine HIV / AIDS teenagers level knowledge.

**METHODS:** A systematic search of work which investigates about HIV teenagers knowledge, their sexual behaviour and risk sexual behaviours, was carried out. Furthermore, samples of sexually active young people between 10 and 30 years old were evaluated.

**RESULTS:** young people in general have a superficial knowledge about HIV, although they indicate correctly as main transmission mechanism of this virus the sexual way, and they also indicate that the main method to prevent the infection is by using the condom during their sexual relations. Although a greater use of condom in under 30 years old people than in previous generations is noticed, its use is yet determinated by factors as its availability at the time of the sexual relations, the value of a stable partner or the use of other contraceptive methods, such as pill, making all of them, that its use isn't habitual in almost half of young people. This can be because of most of the young people do not sense their relations as "unsafe sexual relations", or to the fact that the condom use is only to prevent pregnancy in many occasions, and not as sexual diseases transmission prevention. (STDs). By contrarst, there is a percentage of young people who use a dual method, condoms and pill, of this way, they show that besides the fact they are resposible people by using the property contraceptive methods, they have safe sex preventing the STDs and/or HIV. In this project it was found that these behaviours are influencienced by the youn people socioeconomic level, some behaviour as having drugs, alcohol or pornography use, the sort of education which they have received and by the moral and religious laws.

**CONCLUSIONS:** The practice of safe sex must be promoted, adapting the sexual education and preventive interventions to the type of population, making easier youth access to preventive measures and the information about them, being influenced just by scientific factors.

**Keywords:** HIV, AIDS, student, condom awareness, prevention.

## **INTRODUCCIÓN. VIH/SIDA:**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue descrito por primera vez a mediados de 1981, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), informó cinco casos de hombres homosexuales previamente sanos con neumonía por *Pneumocystis* (PCP) no explicada; en Los Ángeles, California. <sup>1</sup>

El *virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)* infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El *síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)* es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. <sup>2</sup>

Con respecto a la *transmisión del virus*, existen una serie de condiciones necesarias para la transmisión por cualquier vía. Estas condiciones se relacionan con el hecho de que el virus del SIDA es difícil de transmitir en comparación con otros virus. La transmisión exige un contacto directo para que el virus pueda penetrar en el interior del organismo y llegar a la sangre de la persona expuesta al contagio. <sup>3</sup>

Para que el VIH pueda completar con éxito la infección en una persona, ésta debe recibir una cantidad suficiente de virus, denominada cantidad umbral, de modo que las posibilidades de que las partículas virales finalmente superen las barreras naturales del cuerpo y lleguen a su objetivo sean elevadas. Esto ocurre mediante el intercambio de determinados fluidos corporales, como son la sangre, el semen, el flujo vaginal y la leche materna, ya que sólo en ellos es posible para el virus estar en las cantidades y las circunstancias adecuadas para poder transmitirse. También para las personas que ya están infectadas por el VIH es importante evitar nuevas infecciones por el virus. El VIH muta y evoluciona de manera distinta dentro de cada persona, por lo que infectarse nuevamente significa infectarse con un tipo distinto de VIH. Esto puede acelerar el curso de la infección y hacer que los tratamientos sean menos eficaces. Por lo tanto, si una persona ya está infectada por el VIH, también debe protegerse ante una posible reinfección.

Entre los principales modos de transmisión del VIH se encuentran:

- Las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada, ya que el VIH puede transmitirse a través de las membranas mucosas, como las que recubren el ano o la vagina
- La transmisión vertical de madre a hijo, ya sea de manera intrauterina, durante el parto o por la lactancia materna.
- La transmisión a través de sangre infectada, como al compartir agujas, jeringuillas u otros elementos punzo cortantes con restos de sangre infectada o al transfundir sangre contaminada o sus productos derivados. También se puede transmitir a través de lesiones abiertas, heridas o cortes en la piel.

El VIH SÍ se transmite	El VIH NO se transmite
<p>Al mantener relaciones sexuales, cuando al menos una de las personas está infectada, sin la protección adecuada donde haya intercambio de: sangre, semen, fluidos vaginales y líquido preseminal.</p> <p>Por lo que el sexo vaginal, anal y oral SIN barreras de protección implica riesgo de transmisión del VIH y, además, de otras ITS como la sífilis, gonorrea, virus de papiloma humano, herpes, etc.</p>	<p>Utilizando siempre el preservativo masculino o femenino en las relaciones sexuales donde exista penetración anal o vaginal, desde el inicio hasta el final de las mismas, evitando el contacto con el fluido vaginal y el semen.</p>
<p>Durante el embarazo, el parto o la lactancia, una mujer infectada puede transmitir el VIH a su hijo si no se ha sometido a tratamiento antirretroviral para reducir el riesgo de transmisión al feto.</p>	<p>Practicando el sexo oral con barreras de protección. No compartiendo juguetes sexuales y utilizando guantes de látex y extremando el cuidado en las penetraciones anales o vaginales realizadas con el puño u otros objetos.</p>
<p>A través de transfusiones de sangre y todos sus hemoderivados. Esta vía de transmisión está prácticamente erradicada en los países desarrollados pero existe riesgo en países con sistemas sanitarios deficientes en los que estos productos no están sometidos a controles garantizados.</p>	<p>No intercambiando agujas ni ningún otro material de inyección. Utilizando siempre material desechable estéril o esterilizándolo adecuadamente después de cada uso.</p>
<p>Compartir jeringuillas o agujas con otras personas para el consumo de sustancias tóxicas. En este proceso lo que se produce es intercambio de pequeñas cantidades de sangre, pero que resultan suficientes para producir una infección.</p> <p>Esta vía también comporta el riesgo de adquirir Hepatitis C. La coinfección por VIH y Hepatitis C empeora en gran medida el pronóstico de salud y la respuesta a los tratamientos antirretrovirales.</p>	<p>Evitando ejercer la lactancia aquellas mujeres infectadas, aunque estén bajo tratamiento antirretroviral. Durante el parto el riesgo se puede reducir si se practica una cesárea como alternativa al parto natural.</p>

Inicialmente, a partir de la identificación de los primeros casos de la enfermedad, el SIDA fue asociado a los homosexuales, hemofílicos y usuarios de drogas inyectables por lo que las probabilidades de infección por el VIH eran estimadas a partir de la presencia de riesgos individuales o consecuencia de comportamientos específicos. Posteriormente, se produjo un cambio en el perfil de los portadores de VIH/SIDA. Estos cambios señalan tendencias en cuanto a la heterosexualización y a la feminización. El más pertinente, actualmente, es el concepto de vulnerabilidad social, que refleja la asociación de los múltiples componentes que condicionan las relaciones de las personas y grupos sociales con el problema del SIDA.

La vulnerabilidad de un grupo poblacional al SIDA es definida por el conjunto de las características políticas, económicas y socioculturales que refuerzan o diluyen el riesgo individual.

El déficit de conocimiento contribuye con el aumento del sentimiento de invulnerabilidad y, consecuentemente, con el aumento en la posibilidad de que los individuos no adopten las medidas preventivas recomendadas.

El pasaje por la adolescencia, por ser un periodo de tantas transformaciones orgánicas y psicológicas, sugiere la necesidad de programas y acciones con base en el concepto de la vulnerabilidad.

Las modificaciones biopsicosociales que ocurren en el adolescente pueden interferir en el proceso natural de su desarrollo, haciendo que él sienta necesidad de experimentar comportamientos que lo dejen más vulnerable a riesgos para su salud, incluso en el aspecto de su sexualidad.<sup>5</sup>

Para poder disfrutar de una sexualidad plena, los adolescentes deben conocer todo lo anteriormente expuesto, y sería oportuno que los planes de estudio de la enseñanza, así como la labor educativa de los profesores y sanitarios jugaran un papel decisivo al respecto.<sup>6</sup>

Ante esta realidad, destacan las acciones de educación en salud, las cuales representan una acción básica, cuyo objetivo es capacitar individuos para asumir o ayudar en la mejora de sus condiciones de salud, a través de la auto-reflexión y de la opción de vida saludable.<sup>5</sup>

## **JUSTIFICACIÓN. DATOS:**

En los Estados Unidos de Norteamérica, esta afección constituye la sexta causa de muerte en personas de 25-44 años, pero en 1995 ocupaba el número uno. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima, que desde el comienzo de la epidemia, más de 25 millones de individuos en el mundo murieron a causa de esta infección. Asimismo, en el 2008, existían alrededor de 33,4 millones de personas viviendo con VIH/sida, entre ellos 2,1 millones de niños menores de 15 años.<sup>6</sup>

En España, según el “Informe de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA en España”, del Instituto de Salud Carlos III a Junio de 2014, los datos son los siguientes:

### **NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH EN EL AÑO 2013:**

Hasta el 30 de junio de 2014, los datos aportados desde las 17 CCAA, Ceuta y Melilla, eran de 3278 nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013, lo que representa una tasa de 7,0 por 100.000 habitantes (sin ajustar por retraso en la notificación).

Los hombres suponen el 85% de los nuevos diagnósticos de VIH (Figura 1) y las tasas correspondientes para hombres y mujeres fueron respectivamente 12,1 y 2,1/100000. La mediana de edad al diagnóstico de VIH fue de 35 años (Rango intercuartílico (RIC): 29-43), sin diferencias por sexo, y las tasas más altas se produjeron en los grupos de edad de 30 a 34 y de 25 a 29 años (Tabla 3).

La transmisión en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) fue la más frecuente, 51,2%, seguida de la transmisión heterosexual, que supone un 28,5%, y la de usuarios de drogas inyectadas (UDI), que sumó un 4,4% (Figura 2). Por tanto, el 80% de los nuevos diagnósticos de VIH del año 2013 tienen su origen en la transmisión sexual.

### **Diagnóstico tardío (DT) y enfermedad avanzada (EA):**

El 84% de los nuevos diagnósticos de VIH en el año 2013 disponían de información sobre la primera determinación de linfocitos CD4 realizada tras el diagnóstico. La mediana de CD4 fue de 378 (RIC, 181-571). El porcentaje de EA fue del 27,3%, y el de DT de 46,6%, siendo mayor en mujeres (50% frente a 45,9%).

Al ser analizado según el sexo y modo de transmisión, el DT es máximo en el grupo de hombres heterosexuales (58,5%), seguido por el de los UDI (55%) y transmisión heterosexual en mujeres (55%). Los HSH, con un 40,6%, son el grupo con menor DT; sin embargo, dado el peso que tienen en las cifras globales, son el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío (48% del total) (Figura 10).

El DT aumenta también con la edad, pasando de un 30% en el grupo de 20 a 24 años, hasta un 66,2% en los mayores de 49 años.

### **TENDENCIA DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH:**

Se aprecian diferentes tendencias en los nuevos diagnósticos según las categorías de transmisión. Así, en el grupo de UDI se observa durante el periodo un descenso progresivo en las tasas por 100.000 de habitantes. En el caso de la transmisión heterosexual también se observa una tendencia descendente en mujeres, mientras en los hombres se mantiene estable. Por el contrario, aumentan las tasas de nuevos



diagnósticos en HSH y se observa una tendencia ascendente cuando se corrige por el retraso en la notificación. (Tabla 10).

En la Tabla 11, se muestra la distribución de nuevos diagnósticos de VIH por año de diagnóstico, categoría de transmisión y sexo.

El porcentaje de personas diagnosticadas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000, pero las cifras se estabilizaron en la segunda mitad y a partir de 2010 parece haberse iniciado un descenso (Figura 15).

#### CASOS DE SIDA EN EL AÑO 2013:

Hasta el 30 de junio de 2014 se ha recibido la notificación de 604 casos diagnosticados en 2013 (Tabla 13). El 77,5% de los diagnósticos eran hombres. La mediana de edad fue de 43 años (RIC: 35-50), siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres (43 frente a 41 años).

El porcentaje de personas que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas ascienden al 33,4%; aunque dicha transmisión, en números absolutos, sigue afectando más hombres que a mujeres, entre las últimas adquiere especial relevancia al representar el 62% de los diagnósticos. La transmisión entre HSH supone el 32,3% de todos los casos y el 41,7% de los que afectan a hombres (Figura 21). El porcentaje de personas diagnosticadas de sida en 2013 que contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas descendió al 22,5%. La proporción de casos pediátricos se sitúa en el 0,2%.

#### TENDENCIA DE LOS CASOS DE SIDA:

Desde el inicio de la epidemia en España se han notificado un total de 84043 casos de sida. Tras alcanzar su cénit a mediados de la década de los 90, el número de casos notificados ha experimentado un progresivo declive, que supone un 88,7% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2013 (Figura 22).

Se observa un descenso continuado en el grupo de UDI y transmisión heterosexual, mientras que los casos en HSH se mantienen estables.<sup>7</sup>

Con respecto a la evolución de la mortalidad, entre 1981 y 2012 se han producido en España un total de 56.079 fallecimientos por VIH/sida, 81,0% en hombres y 19,0% en mujeres. El número de defunciones alcanzó su máximo en el año 1995, con 5.857 muertes. A partir de este año, los fallecimientos disminuyeron de forma muy importante hasta 1998 (descenso del 68%) y desde 1999 el descenso ha sido más lento. Con respecto al año previo, el número de fallecimientos en 2012 se redujo un 7,6%.

A lo largo del periodo la tasa de mortalidad ha sido, de forma continuada, más alta en hombres que en mujeres; el pico de mortalidad se alcanzó en 1995 cuando la tasa de mortalidad global fue de 14,9 por 100.000 habitantes (24,6 en hombres y 5,6 en mujeres) (figura 2).<sup>8</sup>

#### Conclusiones epidemiológicas:

- En el año 2013 se diagnosticaron 3278 nuevos casos de VIH.
- Los hombres representan el 85% de estos nuevos diagnósticos, y las tasas más altas por edad se produjeron entre los 25 y 34 años.

- El 80% de los nuevos de VIH tienen su origen en la transmisión sexual, siendo mayoritario el grupo de HSH.
- Durante el periodo 2008-2013 el diagnóstico tardío no ha disminuido en ninguna categoría de transmisión, aunque las cifras en HSH son mucho menores que en el resto.
- En España la prueba del VIH es gratuita y confidencial para todos. Sin embargo, casi el 50% de las personas diagnosticadas de infección por primera vez en 2013 presentaba indicios de diagnóstico tardío. Es esencial que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de que cualquier persona que realice prácticas de riesgo es vulnerable al VIH, y de que es importante diagnosticar la infección lo antes posible.
- La tendencia de las tasas de nuevos diagnósticos de VIH en el periodo 2008-2013 varía según mecanismo de transmisión. La tendencia es descendente en UDI y también en la transmisión heterosexual, aunque menos marcada en este caso; y por el contrario es creciente en los HSH. Como resultado de todo ello las tasas globales están bastante estables.
- Respecto a los nuevos casos de sida, la información aportada por el Registro Nacional indica que, tras casi dos décadas de tratamiento antirretroviral eficaz la reducción de la incidencia de sida en España ha sido enorme. No obstante, este descenso, inicialmente espectacular, se ha ido ralentizado en los últimos años.
- Con respecto a la mortalidad por SIDA, tras alcanzar su incidencia máxima en 1995, ha ido disminuyendo de manera continuada hasta la actualidad.

**OBJETIVOS:**

- Estudiar el nivel de formación de los jóvenes sobre el VIH/SIDA.
- Determinar las aptitudes de éstos respecto a las prácticas sexuales y la prevención del VIH.
- Investigar factores asociados a comportamientos sexuales de riesgo.

## **METODOLOGÍA:**

Se realizaron varias búsquedas en Pubmed, de estudios descriptivos y artículos de revisión, publicados en el periodo desde el 2004 al 2014, tanto en español como en inglés, que contuvieran información sobre el conocimiento y comportamiento de los jóvenes frente al VIH.

Se consiguieron un total de 23 artículos y una encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE), sobre Salud y Hábitos Sexuales.

Estrategia de búsqueda:

**PUBMED:** (((("hiv"[All Fields] AND "aids"[All Fields]) OR "hiv aids"[All Fields]))) AND ("2005/01/01"[Date - MeSH] : "2014/12/31"[Date - MeSH]) 54237.

(((((("hiv"[All Fields] AND "aids"[All Fields]) OR "hiv aids"[All Fields]))) AND ("2005/01/01"[Date - MeSH] : "2014/12/31"[Date - MeSH])) Filters:Free full text; Humans 15914.

((((((("hiv"[All Fields] AND "aids"[All Fields]) OR "hiv aids"[All Fields]))) AND ("2005/01/01"[Date - MeSH] : "2014/12/31"[Date - MeSH])) AND free full text[sb] AND Humans[Mesh])) AND (((("students"[MeSH Terms] OR "students"[All Fields] OR "student"[All Fields])))) 202.

((((((((((("hiv"[All Fields] AND "aids"[All Fields]) OR "hiv aids"[All Fields]))) AND ("2005/01/01"[Date - MeSH] : "2014/12/31"[Date - MeSH])) AND free full text[sb] AND Humans[Mesh])) AND (((("students"[MeSH Terms] OR "students"[All Fields] OR "student"[All Fields])))))) AND (((((English[lang] OR Spanish[lang])))) 193.

((((((((((((((("hiv"[All Fields] AND "aids"[All Fields]) OR "hiv aids"[All Fields]))) AND ("2005/01/01"[Date - MeSH] : "2014/12/31"[Date - MeSH])) AND free full text[sb] AND Humans[Mesh])) AND (((("students"[MeSH Terms] OR "students"[All Fields] OR "student"[All Fields])))))) AND (((((English[lang] OR Spanish[lang])))) AND ("spanish"[All Fields])) 8.

Mediante esta búsqueda automática se obtuvieron ocho artículos, dos de los cuales se rechazaron y seis se incluyeron para la realización del trabajo. El resto de artículos rechazados, así como los cinco artículos restantes incluidos se consiguieron por búsqueda manual a partir de las citas de los artículos obtenidos por selección automática.

La encuesta del Instituto Nacional de Estadística (INE), fue incluida para estudio, ya que aporta información sobre todas las cuestiones que se evalúan en este trabajo, sobre los jóvenes españoles.

Para la realización del trabajo se utilizaron los artículos que incluían las siguientes características.

#### Criterios de INCLUSIÓN:

Tipo de muestra: estudiantes, sexualmente activos, de edades comprendidas entre los 10 y 30 años, a excepción de la encuesta del INE que abarca de los 18 a los 49 años, aunque para el análisis de los datos sólo se tuvo en cuenta el grupo de los 18 a los 30 años.

#### Tipo de variables:

1. Variable individual. Variables socio-demográficas.

2. Variable a estudio:

- Conocimiento sobre VIH/SIDA:
  - ~ ¿Qué es el VIH?
  - ~ ¿Qué es el SIDA?
  - ~ Formas de contagio y prácticas sexuales de riesgo.
  - ~ Mecanismos de prevención.
  - ~ Acceso a la Prueba de VIH.
- Fuentes de información sobre el VIH.
- Mitos sobre el SIDA.
- Asociación de prácticas sexuales de riesgo con otros comportamientos.
- Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

Obtención de los datos: mediante entrevista/encuesta estructurada o semi-estructurada.

#### ARTÍCULOS INCLUIDOS:

1. Siqueira, M.S. et al. Conocimiento de las adolescentes acerca de ETS/SIDA: Una realidad brasileña. Evidentia. 2013 abr-jun; 10(42). Disponible en: <<http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8016e.php>>

2. Sagaró del Campo, N. et al. Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. MEDISAN 2014; 18(8):1107. Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

3. Hoyos, J. et al. La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? Gac Sanit. 2012; 26(2):131–137. © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.

4. Dávila, M.E. et al. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Revista de Salud Pública. Volumen 10 (5), Diciembre 2008.
5. Torres, P. et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Pública Mex 2006; 48:308-316.
6. Urrea-Giraldo, F. et al. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):209-215, enero, 2006.
7. Torres López, T.Mª. et al. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. Rev Saúde Pública 2010;44(5):820-9. Artículo disponible en español y inglés en: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp).
8. Gómez-Bustamante. E. et al. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. Rev. Salud Pública. 13 (5):778-784, 2011.
9. I.N.E. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Cifras INE 4/2004. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística.  
\*\* Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003.
10. Wondemagegn, M. et al. Sexual behaviours and associated factors among students at Bahir Dar University: a cross sectional study. Reproductive Health 2014, 11:84 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/84>.
11. Borrero, S. et al. Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception. Contraception. 2013 October; 88(4): 532–538. doi:10.1016/j.contraception.2013.04.002.
12. Rowen Tami, S. et al. Contraceptive usage patterns in North American medical Students. Contraception. 2011 May; 83(5): 459–465. doi:10.1016/j.contraception.2010.09.011.

TABLA DE ARTÍCULOS INCLUIDOS “ANEXO 2”.

#### ARTÍCULOS RECHAZADOS:

1. Uribe Rodríguez, A. et al. Influencia del conocimiento común en las pautas afectivo-comportamentales frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes. “Revista Virtual Universidad Católica del Norte”. No. 35, (febrero-mayo de 2012, Colombia), acceso: febrero 2015. [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO. Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México.

2. Bermúdez, M<sup>a</sup> P. et al. Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea] 2009, 41 (Sin mes): [Fecha de consulta: 29 de abril de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929013>> ISSN 0120-0534
  
3. Martín Cabo, R. et al. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit.* 2012; 26(2):116–122. © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.
  
4. Estupiñan-Aporte, M. et al. Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Rev. Salud pública.* 14 (3): 491-501, 2012. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.
  
5. Espada, J.P. et al. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria.* 2014; 46(10):558---564. 0212-6567/© 2014 Elsevier España, S.L.U.
  
6. Gallegos, EC. et al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica Mex* 2008;50:59-66.
  
7. Catlainn Sionean. Et al. HIV Risk, Prevention, and Testing Behaviors Among Heterosexuals at Increased Risk for HIV Infection — National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. Cities, 2010. *MMWR / December 19, 2014 / Vol. 63 / No. 14.*
  
8. Ruíz-Muñoz, D. et al. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gac Sanit.* 2013;27(1):64–67. © 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.
  
9. Peragallo, N. et al. The Efficacy of an HIV Risk Reduction Intervention for Hispanic Women. *AIDS Behav.* 2012 July ; 16(5): 1316–1326. doi:10.1007/s10461-011-0052-6.
  
10. William A, Zule. Et al. Results of a pilot test of a brief computer-assisted tailored HIV prevention intervention for use with a range of demographic and risk groups. *AIDS Behav.* 2013 November ; 17(9): .doi:10.1007/s10461-013-0557-2.
  
11. Cardona-Arias, J. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica* 2011; 532-44.
  
12. Cardona-Arias, J. et al. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:87-101.

TABLA DE ARTÍCULOS RECHAZADOS “ANEXO 3”.

## **RESULTADOS:**

Siqueira, M; et al. Conocimiento de las adolescentes acerca de ETS/SIDA: Una realidad brasileña.

La investigación se realizó con una muestra extraída de la Unidad Básica de Salud del municipio de Gravatal, en el Estado de Río Grande del Sur, Brasil.

Este estudio tuvo el objetivo de identificar el conocimiento de las adolescentes acerca de las Enfermedades de Transmisión sexual (ETS) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida (SIDA).

Según el criterio de inclusión, se incluyeron aquellas pacientes que habían realizado al menos una consulta prenatal en el año 2008, con lo que se obtuvo una muestra de 14 adolescentes de las cuales participaron finalmente 5.

La recolección de los datos se realizó utilizando un instrumento dividido en dos partes:

Variables socio-demográficas:

- Edad entre 17-19 años.
- Estado civil.
- Nivel de estudios.
- Actividad laboral.
- Nivel de renta.

Conocimiento sobre el ETS y SIDA:

- Formas de contagio y prevención.
- Opinión sobre el uso de preservativos.
- Fuentes de adquisición de conocimientos sobre los temas investigados.

El análisis de los datos fue realizado a través del Análisis Temático de Minayo.

Los contenidos descritos por las jóvenes se caracterizan como un conocimiento superficial y fragmentado acerca del SIDA, retratando el perfil de las informaciones contenidas en las campañas de prevención transmitidas por los medios de comunicación.

La mayoría de las entrevistadas, posee conocimientos insuficientes acerca de las enfermedades sexualmente transmisibles, no sabiendo referir adecuadamente las formas de transmisión, ni identificar prácticas de riesgo, como el no uso del preservativo en todas sus relaciones sexuales.

En el transcurrir de las entrevistas, las adolescentes relataron varias dificultades en la forma de adquisición de conocimiento sobre el tema, ya que no es tratado de forma clara y constructiva ni en la escuela ni en la familia.



### *Conclusiones y consideraciones finales:*

1. Necesidad de información sobre las formas de contagio y prevención de ETS y VIH en este grupo de población. Educación sexual en la escuela.

2. Peculiaridades de la adolescencia:

- ~ No perciben algunas prácticas sexuales como “conductas de riesgo” en relación a ETS/VIH.
- ~ La prevención en el sexo va orientada a evitar embarazos no deseados y no enfermedades de transmisión sexual.
- ~ El uso o no del preservativo depende en muchos casos del tipo de relación sentimental.

### Sagaró del Campo, N. et al. Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza.

Se trata de un estudio descriptivo y transversal de adolescentes del municipio Santiago de Cuba, con edades entre 16 y 20 años, pertenecientes a diferentes niveles de enseñanza.

El objetivo de dicho estudio fue comparar el nivel de conocimientos que poseían sobre el VIH/sida, durante el primer semestre del año 2012.

Se conformaron 3 grupos de estudio (A, B y C), según el nivel de enseñanza. El grupo A estuvo integrado por los estudiantes de preuniversitario; el B, por los de diversas carreras no pertenecientes a las ciencias médicas y el C, por los de la carrera de medicina.

Se confeccionó una encuesta para medir cada variable. Las variables fueron las siguientes:

- Definición de SIDA
- Sistema afectado
- Vías de transmisión
- Prevención
- Grupos de riesgo
- Complicaciones
- Creencias

Para el análisis, se conformó una base de datos en el sistema SPSS.

Se encuestaron a un total de 150 individuos de entre 16 y 20 años con un ligero predominio de sexo masculino.

Los hallazgos de este estudio, con la aplicación del análisis multivariado de la varianza, permitieron plantear que no existían diferencias importantes en los conocimientos de los adolescentes acerca del VIH/sida en relación con el tipo y nivel

de enseñanza de donde provenían, lo cual puede deberse a que los conocimientos fundamentales no se adquieren, al menos a esta edad, a través de los centros de enseñanza universitarios, ni preuniversitarios, sino por los medios de difusión u otros diferentes a la escuela. De manera indirecta, estos resultados promueven la revisión de las estrategias curriculares y la labor educativa en estos centros educacionales.

#### Hoyos, J. et al. La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria?

El objetivo del presente trabajo, fue evaluar un programa que ofertaba la prueba del VIH en el medio universitario, analizando la prevalencia de la infección, las conductas de riesgo, los antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS) y la disposición a la realización de la prueba.

Para la obtención de los datos, se colocó una caravana móvil, donde realizarse el test rápido de VIH, en los campus universitarios de Madrid, Málaga y Salamanca en los meses de octubre-noviembre de 2008 y noviembre-diciembre de 2009. Un total de 1668 personas se realizaron el test rápido y cumplieron un breve cuestionario mientras esperaban el resultado.

Para la realización de la prueba de VIH se utilizaron, en 2008 se utilizó el test rápido Determine HIV-1/2® y en 2009 Determine HIV-1/2 Ag/Ab Combo®.

Respecto al cuestionario, se utilizaron versiones diferenciadas para hombre y mujer, que incluían, entre otras, preguntas sociodemográficas, de inyección de drogas, sobre conductas sexuales, antecedentes de realización de la prueba y aspectos relacionados con ella y diagnóstico previo de ITS. En el cuestionario se definía el término «relaciones sexuales» como aquellas en las cuales hubo penetración vaginal, anal u oral del pene.

#### *Análisis de los datos:*

La muestra estaba compuesta por jóvenes, en su mayoría menores de 25 años, con un ligero predominio femenino. El 96% había finalizado al menos la enseñanza secundaria de segunda etapa o la formación profesional de grado superior. El 98% había mantenido relaciones sexuales alguna vez en la vida, tal y como se definían en el estudio.

Para el análisis de los datos se dividió a la muestra en hombres que habían tenido relaciones sexuales con otros hombres, hombres exclusivamente heterosexuales y mujeres.

En el análisis de las características sociodemográficas se incluyeron las 1668 personas que decidieron realizarse la prueba y cumplimentar el cuestionario, mientras que en el análisis de las conductas sexuales mantenidas en los últimos 12 meses y del historial de ITS se excluyeron 16 mujeres y 10 hombres que nunca habían mantenido relaciones sexuales, y 7 hombres que no respondieron a la pregunta referente al tipo de relaciones sexuales mantenidas a lo largo de la vida.

Se utilizó la prueba de ji al cuadrado para comparar las proporciones entre ambos grupos de hombres, por un lado, y entre el grupo de los hombres heterosexuales y las mujeres por otro, y se calcularon la prevalencia y el intervalo de confianza del 95% (IC95%).

*Resultados:*

- En el grupo en el que encontramos mayor promiscuidad sexual, es en el de los hombres heterosexuales, ya que el 37,4% ( $p < 0,001$ ) de los encuestados refieren haber tenido diez o más parejas sexuales a lo largo de la vida.
- El 51% de los hombres heterosexuales, el 42% de las mujeres ( $p = 0,002$ ) y el 6,3% de los hombres que habían tenido sexo con hombres ( $p < 0,001$ ) indicó haber tenido parejas ocasionales y no usar siempre el preservativo.
- Respecto al tipo de ITS diagnosticadas, las más frecuentes entre los hombres que habían tenido sexo con hombres fueron la pediculosis genital (13,8%), la gonorrea (5,9%) y la uretritis no específica (4,6%). En las mujeres, la más prevalente fue la clamidia (4,4%).
- Un 90% de las mujeres y un 79,2% de los hombres heterosexuales no se habían realizado la prueba del VIH anteriormente ( $p = 0,032$ ), mientras que esta proporción era del 61,8% en los hombres que habían tenido sexo con hombres.
- La razón principal más referida para no haberse realizado la prueba era pensar que con los comportamientos que habían tenido no podían estar infectados (34,5%), referida en mayor medida por los hombres heterosexuales (40,0%).
- En los hombres heterosexuales y las mujeres, las siguientes razones fueron encontrarse sano/a (15,9% y 16,7%, respectivamente) y no saber dónde acudir para hacerse la prueba sin que les reconociesen (11,4% y 13%, respectivamente). Entre los hombres que habían tenido sexo con hombres, esta última razón era la segunda más referida (17,6%), mientras que no querer ir al médico de cabecera era la tercera (12,6%).
- En total hubo cinco pruebas reactivas, de las que cuatro se confirmaron como positivas y la otra como negativa. Los cuatro positivos eran hombres que habían tenido sexo con hombres, nacidos en España, tenían entre 26 y 29 años de edad y no presentaban antecedentes de inyección de drogas ni de prostitución. Tres de ellos referían haber sido diagnosticados de alguna ITS, uno de ellos hacía menos de 12 meses y el resto entre 1 y 5 años antes. Todos tenían prueba de VIH previa.

Dada la composición de edad de las universidades, y por ser entornos donde se establecen nuevas relaciones y surgen nuevas oportunidades para la experimentación sexual, estos lugares podrían constituirse como un buen lugar para poner en marcha programas destinados a promocionar la prueba, y captar y diagnosticar nuevos casos de VIH en personas jóvenes.

A pesar de esto, la prevalencia de VIH extraída de este estudio fue de 0.2% para este grupo de población.

Según las recomendaciones, europea y española deberían hacerse especiales esfuerzos para facilitar el acceso a la prueba de VIH en subpoblaciones con

prevalencias iguales o superiores al 1%. La descrita en este contexto no justificaría el desarrollo de este tipo de programas.

Por lo tanto, se puede concluir que los campus universitarios son lugares donde el riesgo de infección es bajo si nos atenemos al número de nuevos diagnósticos, a pesar de presentar patrones de comportamiento sexual de riesgo.

#### Dávila, M.E. et al. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA.

La población a estudio estuvo constituida por 329 estudiantes, cuya edad promedio fue de  $15,90 \pm 1,24$  años, de dos unidades educativas públicas del municipio Jiménez del Estado de Lara. La muestra no probabilística la conformaron 208 estudiantes que asistieron a clases durante los días pautados para la toma de la información (63,2 % de respuesta) y a quienes se les aplicó un instrumento tipo cuestionario con preguntas sobre el VIH/SIDA, prevención y modo de transmisión.

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento (NC) que tienen los adolescentes sobre el VIH/SIDA, se sometió a la muestra a un cuestionario de diez preguntas sobre el SIDA; modo de transmisión y prevención, entre otras; el cual fue elaborado por los investigadores y sometido a validación de expertos.

Las respuestas del instrumento fueron diseñadas en escala dicotómica (Verdadero y Falso) y contabilizadas con una escala de valoración del conocimiento según las respuestas correctas considerando las puntuaciones entre 1-10: Bueno (10-8), Regular (5-7) y Deficiente (4-0). Para el cálculo de la variable prevención se contabilizaron cinco (5) preguntas con una escala de puntuación de 0-5: Bueno (4-5), Regular (2-3), Deficiente (0-1). El instrumento fue aplicado por los responsables de la investigación.

Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico SPSS, utilizando como medidas estadísticas el promedio, la desviación estándar, porcentajes y  $\chi^2$ . Se consideró un nivel de significancia del 0,05.

#### *Resultados:*

- Se evidencia que 40,9 % de los estudiantes tienen un NC “bueno”, 51,9 % “regular” y 7,2 % “deficiente”.
- Se observa diferencia estadísticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre las variables NC y género. Un alto porcentaje (67,1 %) de las mujeres presenta un NC “bueno”, mientras que los varones representan el porcentaje mayor (73,3 %) de NC “deficiente”.
- No se encontró diferencia estadísticamente significativa al relacionar NC con la edad ( $p < 0,05$ ).
- Al analizar la variable prevención, los resultados muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un NC “bueno” sobre las medidas de prevención (78,8 %).
- Respecto a las formas de transmisión, los resultados muestran que 39,4 % respondió incorrectamente al ítem “el VIH se transmite al besar”, por el contrario,

95,7 % respondió correctamente al ítem “el VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección con persona portadora”.

Los resultados esta investigación demuestran que los adolescentes estudiados, presentan un alto grado de desconocimiento sobre algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA y alerta a las autoridades educativas, padres y/o representantes a desarrollar estrategias que permitan mejorar los niveles encontrados en esta población para así prevenir el contagio con VIH.

Torres, P. et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos.

Se diseñó un ensayo clínico aleatorizado controlado con las escuelas como unidad de muestreo, incluyendo dos brazos de intervención más el grupo de comparación. La muestra estuvo formado por un total de 11 177 estudiantes, 52% mujeres con una edad media para ambos sexos de 15.5 años.

El objetivo de dicho trabajo era describir el diseño de un estudio para evaluar una intervención de prevención de VIH/sida y embarazos no planeados, y presentar los resultados de su encuesta basal.

El diseño del estudio consideró tres grandes elementos:

- capacitación de los maestros que replicarían la intervención con los estudiantes (mayo-octubre 2001);
- intervención ofrecida a los adolescentes (enero-abril 2002) a cargo de los maestros, y evaluación de efectividad con un cuestionario basal (diciembre 2001-enero 2002);
- dos encuestas de seguimiento, la primera inmediatamente después de la intervención (mayo 2002), y la segunda un año después (mayo 2003).

Las escuelas fueron asignadas de manera aleatoria a uno de los tres grupos a estudio:

- VIH/SIDA/PC/AE (37%): en el primer grupo de escuelas se ofreció un curso de educación sobre VIH/SIDA/ITS y promoción de condón (PC), a la cual se agregó un módulo sobre el uso de anticoncepción de emergencia (AE).
- VIH/SIDA/PC (35%): en el segundo grupo de escuelas se implementó la misma intervención sin incluir el componente de AE.
- Grupo de comparación (28%): no se ofreció la intervención y se continuó con los contenidos de sexualidad propios del sistema educativo oficial mexicano.

Los datos de estos cuestionarios fueron capturados en Excel y analizados por medio de Stata 8.0.

### *Resultados:*

- El nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA fue elevado en todos los grupos, con un promedio de 38 puntos de los 45 posibles en la escala construida, y fue similar por sexo y por actividad sexual.
- El 39% de los encuestados afirmó haber usado condón en su primera relación sexual y aproximadamente el 50% de los mismos refirió haberlo usado en la última relación. Respecto a la seguridad para obtener un condón, tanto hombres como mujeres sexualmente activos e inactivos, se declararon altamente seguros de poder obtener un condón (82.78% de las mujeres y 93.6% de los hombres  $p<0.000$ ). Sin embargo, al revisar las cifras de la habilidad de usar un condón, las mujeres en ambos casos muestran menor habilidad que los hombres.
- En lo que respecta a la negociación del uso del condón en el momento de una relación sexual el 93.69 y 86.59% ( $p<0.05$ ) de mujeres y hombres declaran tener la capacidad de condicionar las relaciones sexuales al uso del condón, mientras que 87.4 y 77.42% ( $p<0.05$ ) de mujeres y hombres respectivamente, declaran ser capaces de interrumpir la relación sexual para usar condón.
- A la pregunta "te gusta o te gustaría usar condón en tus próximas relaciones sexuales": aunque las mujeres siguen declarando tener mayor preferencia por el uso de condón, puede verse que aquellos que ya tienen vida sexual activa declaran menor gusto por su uso (61.76% mujeres que no han iniciado, 58.8% mujeres con vida sexual activa y 55.55% hombres sin vida sexual activa, 35.26% hombres con vida sexual activa  $p<0.05$  sólo para hombres).
- La AE se evaluó con dos preguntas:
  - ~ "La AE es un método abortivo", como forma de conocimiento: a pesar de que más de 60% tanto de hombres como mujeres, había escuchado sobre el método, un poco menos de la mitad de las mujeres y los hombres sexualmente activos sabían con exactitud qué era el método AE, mientras que 34.44% de las mujeres y 37.52% de los hombres sexualmente inactivos lo conocían ( $p<0.05$ ). Alrededor de un 5% de la muestra, piensa que se trata de un método abortivo.
  - ~ "Mi pareja y yo consideraríamos utilizar anticonceptivos de emergencia en caso de necesitarlos", para evaluar la disposición a usarla: de las mujeres sexualmente activas, 66% reportó estar dispuesta a utilizarlo en caso de necesitarlo, mientras 66.1% de sus contrapartes masculinas lo hizo ( $p=0.954$ ). Las respuestas positivas de los sexualmente inactivos fue menor: 44.8% de las mujeres y 52.71% ( $p<0.05$ ) de los hombres mostraron su disposición a la AE.

Como conclusiones a este estudio, se puede determinar que el uso de preservativo es reducido, y cuando se utiliza se explica más como medida anticonceptiva que como protección para ITS. Las actitudes respecto al uso del condón reflejan una desconexión entre el discurso y la práctica, lo que, aunado a las barreras sociales, psicológicas y económicas para acceder a los mismos, contribuye a explicar su uso limitado.

Los datos obtenidos sobre el conocimiento, las actitudes y el uso de la AE, hacen evidente la necesidad de evaluar estrategias de prevención de VIH/SIDA/ITS y embarazos no planeados que incluyan AE, de manera que generen evidencia sobre su

efectividad en la prevención del embarazo adolescente y su posible incidencia en el riesgo ante las ITS. La AE puede ser un método ideal de respaldo a las roturas del preservativo para los adolescentes dada su alta efectividad y limitados efectos secundarios; sin embargo, es urgente obtener más evidencia en esta área mediante evaluaciones rigurosas.

Urrea-Giraldo, F. et al. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia.

Con el objetivo de hacer una evaluación cualitativa de los comportamientos o prácticas sexuales, y la incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en los usuarios adolescentes y postadolescentes de Cali, Colombia, se llevaron a cabo dos muestras. Una en colegios de sectores populares y otra en UNIVALLE (Universidad del Valle).

Se realizaron un número limitado de 12 entrevistas abiertas en dos grupos de población estudiantil diferentes, de colegios y de la universidad. El modelo de entrevista en profundidad utilizado se apoyó en el trabajo teórico y metodológico de Kaufmann.

En el caso de los adolescentes de sectores populares se analizaron los programas de salud sexual y reproductiva de PROFAMILIA.

La muestra de adolescentes de estratos populares son alumnos de educación básica secundaria de cinco instituciones escolares, clases socioeconómicas medio bajas. Son 252 estudiantes, 144 hombres (57,1%) y 108 mujeres (48,9%). Las edades medias son de 15,47 años para los hombres y 16,11 para las mujeres.

El segundo grupo lo conforman estudiantes de las distintas carreras de la UNIVALLE, en sus dos sedes de Cali, Colombia, los cuales residen en diferentes tipos de barrios de la ciudad. Por ello, en términos de estratos socioeconómicos hay mayor heterogeneidad, predominando sectores de clases medias bajas y medias medias. Aquí la muestra alcanzó en total a 117 estudiantes, 59 mujeres y 58 hombres, distribuidos en tres facultades (Salud con 43 estudiantes; Humanidades y Educación con 9; y Ciencias e Ingenierías con 65). Respecto a la edad, la mayor parte son postadolescentes con edades medias de 19,94 años para los hombres y 19,55 años para las mujeres.

#### *Resultados:*

En lo que respecta a los comportamientos sexuales:

- Los hombres de ambas muestras han tenido mayor proporción de relaciones sexuales que las mujeres, de las mismas muestras.
- El promedio de edad de iniciación sexual de los adolescentes de la muestra de colegios es mucho más bajo que la edad de los postadolescentes de la muestra de UNIVALLE. Se presenta una diferencia de casi dos años.

- Conforme aumenta el estrato social, las mujeres retrasan su edad de inicio de las relaciones, hecho que no se observa en los hombres.
- Sobre el número de parejas sexuales en el último año se encontró que el estrato socioeconómico operaría con mayor fuerza en la muestra de estudiantes de UNIVALLE que en la de los colegios del oriente de Cali, puesto que a medida que aumenta el estrato, el número de parejas sexuales tiende a disminuir, tanto en los hombres como en las mujeres de la muestra de UNIVALLE. La causa posiblemente es la mayor importancia que las clases medias acomodadas universitarias otorgarían al noviazgo y a su ideal de “fidelidad”.

#### Métodos anticonceptivos y prevención de ETS y VIH/SIDA:

- En lo que respecta a la universidad:
  - ~ las mujeres universitarias de estratos más altos privilegian la anticoncepción, pero descuidando el factor protector contra ETS y VIH/SIDA que ofrece el preservativo, ya que muchas de ellas tienden a tener relaciones de pareja sexual estable a medida que aumenta el estrato socioeconómico, lo cual es consistente con el uso de métodos hormonales y otros métodos seguros.
  - ~ los hombres de la misma muestra no se presenta este efecto de estrato, destacándose además en los tres grupos de estratos una alta proporción de casos en los que no se utilizó ningún método anticonceptivo o se recurrió a métodos poco confiables, como el método del ritmo o el del coito interrumpido, lo que indicaría que los hombres de la muestra estuvieron más expuestos a contraer alguna ETS, pero también a producir algún embarazo.
- En los colegios:
  - ~ En los hombres se advirtió una mayor frecuencia en el uso del preservativo a medida que se sube de estrato social con una caída significativa de los casos en los que no se usó ningún método y de los métodos inseguros de planificación.
  - ~ En las mujeres no se observa una tendencia clara por estrato, percibiéndose en mayor proporción el uso del condón en la primera relación sexual, pese al elevado número de casos que no habrían empleado ningún método o el método del ritmo o coito interrumpido.

En la percepción que se tiene del condón, se presenta una aparente contradicción en el sentido que a mayor estrato socioeconómico hay una percepción más negativa respecto al uso del preservativo, debido posiblemente a la prelación que le dan las personas de estratos medios acomodados a la relación de pareja estable, con base en relaciones de confianza recíproca entre la pareja.

#### Usos de los programas de salud sexual y reproductiva:

- Las mujeres tienden a utilizar más los servicios de salud sexual y reproductiva en UNIVALLE que los hombres, independientemente de la frecuencia de relaciones sexuales, aunque aumenta la frecuencia de la asistencia en ellas a medida que aumenta también la de relaciones sexuales.
- El comportamiento masculino, refleja un significativo menor uso de los programas de salud sexual y reproductiva.



Este desequilibrio por género tiene que ver con la percepción que los estudiantes universitarios tienen sobre la salud sexual y reproductiva, más como asunto de anticoncepción por parte de las mujeres, a pesar del énfasis dado en ETS y VIH/SIDA en el programa de inducción a salud sexual y reproductiva en el momento de la entrada a la universidad.

Como conclusiones a este estudio, podemos afirmar que sí que hay diferencias en los comportamientos sexuales de los jóvenes según su edad y estrato social.

Torres López, T.Mª. et al. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México.

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la Antropología Cognitiva.

El estudio se realizó en Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) y Guadalajara (México), en centros de educación media superior.

En Cochabamba, se seleccionó un centro educativo público dirigido por autoridades religiosas cristianas. La población que asiste es de nivel socioeconómico medio bajo. Los jóvenes reciben información sobre los temas de sexualidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención del Sida matizados por el enfoque religioso.

En Talca, la población participante procede de tres establecimientos educacionales. Dos de ellos son públicos con un nivel socioeconómico es bajo y medio. Imparten una formación básica en sexualidad y escasa prevención de ETS. El tercero es privado con un nivel socioeconómico medio y alto. La formación en sexualidad y ETS es más profunda y estructurada que en las otras escuelas mencionadas.

En Guadalajara, la escuela seleccionada tiene un nivel socioeconómico que va de medio bajo a medio alto. Por parte de la escuela se imparten cursos informativos sobre sexualidad aún cuando los programas son matizados por los valores de cada docente donde se promueve de alguna manera la educación moral. En el contexto de Jalisco se percibe un contexto político y social donde el Estado se empeña más en promover los valores morales, que en hacer promoción por medio de campañas con contenido científico. Ejemplo de ello es que los recursos del estado son destinados a campañas dirigidas a promover la abstinencia sexual, mientras que hubo una reducción a la promoción al uso del preservativo.

El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre abril de 2007 y septiembre de 2008: una con la técnica de listados libres y otra con la técnica de sorteo de montones. Participaron un total de 184 jóvenes (provenientes de los tres contextos) de entre 14 y 19 años de edad.

Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado Anthropac v. 4.98.

### *Resultados:*

- Los jóvenes de Bolivia conceptualizaron el VIH/Sida como una enfermedad o síndrome, causada tanto por prácticas sexuales como por el consumo de drogas, que daña al cuerpo en su sistema inmunológico y lleva a la muerte. Su visión se dimensionó en dos fases: La primera centrada en las causas de la enfermedad y la segunda enfocada a la muerte social del enfermo. En las causas se señalaron situaciones de peligro y tentación que llevan al contagio por no usar protección durante las prácticas sexuales. En la parte de muerte social se indicó el no tener deseos de vivir, además de identificar al dolor psicológico como consecuencia del aislamiento social. Estos jóvenes destacaron la ayuda, apoyo y amor que deberían recibir las personas infectadas.
- Para los jóvenes de Chile, de ambos sexos, la conceptualización cultural del VIH/Sida es una enfermedad o infección que implica dolor y mala calidad de vida que lleva a la muerte. Esta causada por prácticas sexuales de riesgo sin protección, por el uso de drogas y por transfusión sanguínea. Fue dimensionada en dos fases: la primera destacó a las implicaciones de vivir con la enfermedad. Se señaló también la importancia de la información necesaria sobre las causas y la prevención del padecimiento (como son la protección durante las relaciones sexuales o la práctica de sexo seguro). La segunda fase resaltó las consecuencias psicológicas de la enfermedad focalizada en emociones negativas.
- Los jóvenes mexicanos conceptualizaron el VIH/Sida como una enfermedad o infección mortal que lleva consigo diferentes tipos de dolor, físico y moral, causado por prácticas sexuales de riesgo (homosexualidad, promiscuidad, prostitución) sin protección así como también por transmisión sanguínea. Para ellos la enfermedad tiene dos fases: la primera sobre el contagio (una visión de fatalidad y la falta de prevención resaltada en el descuido personal) y la otra sobre las implicaciones futuras que conlleva el padecerla, como es la muerte física y la muerte social (identificada con el rechazo y la discriminación).

En este estudio se pudo observar que los diferentes grupos estudiados tienen en común el hecho de que la educación que reciben sobre la prevención del VIH/Sida se encuentra filtrada por una serie de valores morales propios de cada contexto, en lugar de basarse en la evidencia científica de la información.

### Gómez-Bustamante. E. et al. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia.

Con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento en VIH-SIDA en estudiantes de Cartagena, Colombia, se diseñó un estudio transversal con una muestra de estudiantes de secundaria que completó un cuestionario de seis preguntas sobre conocimientos y mitos relacionados con VIH-Sida, diseñado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el estudio participaron 2 625 estudiantes entre 10 y 20 años.

El cuestionario que decían responder los estudiantes era el siguiente:

- 1) ¿Puede reducirse el riesgo de transmisión del VIH si la persona se abstiene de tener relaciones sexuales?
- 2) ¿Es posible reducir el riesgo de transmisión del VIH si tiene relaciones sexuales sólo con un compañero fiel que no esté contagiado?
- 3) ¿Es posible reducir el riesgo de transmisión del VIH con el uso de condones?
- 4) ¿Es posible que una persona que parece sana esté infectada con el VIH?
- 5) ¿Es posible que una persona se contagie del VIH a través de picaduras de mosquitos?
- 6) ¿Es posible que una persona se contagie del VIH si se comparte baños públicos con alguien que está contagiado?

Las tres primeras exploraron el ABC sobre la prevención en VIH (Abstinencia, *abstinence*; fidelidad, *be faithful*; y uso de condón, *condom use*) y; las tres últimas cuantificaron conocimientos erróneos. Se consideró conocimiento adecuado en prevención las respuestas correctas a las respectivas tres preguntas, conocimiento adecuado en mitos a respuestas correctas a las tres preguntas respectivas y conocimiento adecuado global a la respuesta correcta a las seis preguntas.

Todos los cálculos se hicieron en STATA 9.0.

#### *Resultados:*

- Un total de 1 008 estudiantes (38,4 %; IC95 % 36,5-40,3) respondieron correctamente las preguntas en prevención; 530 (20,2% IC95 % 18,7-21,7) dieron una correcta respuesta a las preguntas relacionadas con los mitos; y 249 (9,5 % IC95 % 8,4-10,6) respondieron en forma correcta todo el cuestionario.
- Se observó que edad entre 16 y 20 años, ser estudiante de media vocacional, residir en estrato socioeconómico medio o alto, estudiar en colegio privado, reconocerse heterosexual y recibir información sobre VIH en el colegio se relacionaron con mejor conocimiento global en VIH-sida.

Como se observa en los resultados, el nivel de conocimiento en VIH-sida varía ampliamente en adolescentes estudiantes, según el contexto sociocultural.

I.N.E. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Cifras INE 4/2004. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística.

\*\* Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003.

A continuación, se presentan los resultados de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en España en 2003, con la colaboración de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

En la encuesta participaron un total de 10.838 personas, obtenidas por muestreo probabilístico, hombres y mujeres entre 18 y 49 años residentes en España. El

cuestionario es una adaptación de un protocolo europeo para estudiar conductas sexuales de riesgo para el VIH/sida.

Las variables a estudio fueron:

- Comunicación con los padres sobre temas de sexualidad.
- Fuentes de información de temas sexuales.
- Experiencia sexual.
- Número de parejas y prostitución.
- Uso y opinión sobre el preservativo.
- Infecciones de transmisión sexual (ITS).
- Prueba del VIH.
- Mecanismos de transmisión del virus.
- Métodos de prevención.

#### *Resultados:*

- La mitad de las personas de 40 o más años indicó que no tuvo comunicación con sus padres y sólo para una cuarta parte, ésta fue satisfactoria. En el caso de los menores de 30 años esta situación se invierte, para más de la mitad resultó satisfactoria y sólo una cuarta parte manifestó que no existió comunicación.
- El 53,1% señaló a los padres como principal fuente de información, seguido de los hermanos, amigos, pareja, profesionales sanitarios y educadores.
- El 94,1% de la población de 18 a 49 años ha tenido relaciones sexuales alguna vez en la vida. Un 3,9% de los hombres y un 2,7% de las mujeres manifestaron haber mantenido en algún momento de su vida relaciones con personas de su mismo sexo. Para el 1,1% de los hombres las relaciones han sido exclusivamente homosexuales.
- Los hombres inician sus relaciones sexuales antes que las mujeres, 18,1 y 19,1 años, respectivamente. En lo que respecta al uso del preservativo en la primera relación, en el grupo de los 40 o más años lo usaron el 31,5% mientras que en los menores de 30 años su uso ascendió al 79,6%.
- Se observa una marcada diferencia por sexo en el número de parejas que se han tenido en diferentes periodos de tiempo, siempre mucho más elevado entre los hombres.
- El 27,3% de los hombres manifestó haber tenido alguna vez relaciones con personas a las que pagó por ello, observándose grandes diferencias por grupos de edad en lo que al uso del preservativo se refiere. El 97,7% de los menores de 30 años lo usaron, frente al 76,1% de los de 40-49 años.
- El 17,1% de las personas que han mantenido relaciones sexuales en el último año ha tenido parejas ocasionales en ese mismo año. Estas relaciones son tres veces más frecuentes entre los hombres que entre las mujeres. Sólo el 59% utiliza siempre el preservativo con las parejas ocasionales, por lo que el 41% de la población con este tipo de relaciones ha podido estar expuesta alguna vez al riesgo de infección por el VIH.
- EL 15,1% de la población que ha mantenido relaciones sexuales en el último año declaró haberlas tenido con una nueva pareja. Un 72,1% usó el preservativo con esta última pareja. Tanto hombres como mujeres declaran que la mujer no asume la iniciativa en asegurarse de que el preservativo esté disponible: casi en tres de cada cuatro ocasiones el preservativo lo llevaba el hombre.

- Las principales razones aducidas para no haber usado preservativo fueron, por sexos, el 32,4% de los hombres dicen que “no disponer de los preservativos en aquel momento” fue el principal motivo para no haberlo usado, mientras que para el 33,7% de las mujeres, el estar utilizando otro método anticonceptivo, parece haber constituido una razón para no protegerse.
- Respecto a la idea que la población encuestada tiene sobre el uso del preservativo, el 80% piensa que el condón es un método seguro. Alrededor del 50% afirman que les permite disfrutar más por la seguridad que les infunde, frente al casi 30% de población masculina que aluden que “les impide sentir verdaderamente el cuerpo del otro y les corta el deseo”.
- Del total de la población que ha mantenido alguna vez relaciones, un 5,4% afirma haber sido diagnosticado de alguna ITS siendo la más frecuente entre las mujeres las tricomonas y entre los hombres, la pediculosis.
- El 39,2% de la población a estudio declaró haberse realizado alguna vez la prueba, siendo el grupo con mayor proporción el de 30 a 39 años.
- En general, se conocen bien los mecanismos de transmisión. Un 96% identifica de manera correcta que se transmite con las relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada y un 86% por sangre contaminada con el virus. Sin embargo, llama la atención que un 15% siga pensando que puede infectarte la picadura de un mosquito o al compartir aseos públicos 6% o mediante transfusión sanguínea 33%.
- Respecto al conocimiento sobre las medidas de prevención más del 96% opina que el preservativo es una medida muy eficaz para prevenir el contagio por el VIH. El preservativo femenino sigue siendo una medida desconocida para el 45% de la población.

De este estudio se puede determinar que los españoles presentan diferentes comportamientos sexuales según género, siendo más promiscuos los hombres; y diferentes actitudes preventivas según los grupos de edad, parecen estar más concienciados y familiarizados con el uso del preservativo los más jóvenes, menores de 30 años.

Wondemagegn, M. et al. Sexual behaviours and associated factors among students at Bahir Dar University: a cross sectional study.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, en la Universidad de Bahir Dar (BDU) en Etiopía, de diciembre a febrero del 2013. En el momento del estudio, la universidad contaba con más de 35,000 estudiantes inscritos en los programas de formación de graduados superiores o licenciados.

La BDU cuenta con cinco clínicas estudiantiles con tres enfermeras. Se recogieron datos sobre: información y orientación de problemas de salud sexual y reproductiva, promoción de comportamiento sexual sano, información sobre planificación familiar, anticonceptivos y promoción del condón y el servicio de aborto.

En la muestra se incluyeron estudiantes no licenciados de jornada completa en los límites del año I a V. Así, el tamaño muestral fue de 848 jóvenes, aunque sólo 817 completaron el cuestionario a estudio, siendo la edad media de 21 años, varones y solteros.

Los datos se analizaron usando la versión 20 de SPSS

#### *Resultados:*

El 36% de los encuestados habían tenido prácticas sexuales, siendo la edad de la primera relación a los 18,6 años. El 38% afirmaba usar el condón consecuentemente en sus relaciones.

Por otra parte, entre quienes no usaban el condón de manera habitual, el 36.4% relató que el condón disminuye el placer sexual. Ésta era la razón principal entre varones mientras que estar enamorado era la razón principal entre mujeres para sexo sin protección. La proporción de sexo sin protección no varió considerablemente por edad, sexo, residencia, año de estudio, raza o religión.

En relación a la abstinencia sexual, la razón que daban es que es lo más importante hasta el matrimonio, “es necesario esperar”, haciendo alusión a creencias pero no a temas de contagio.

El 7,4% afirmó haber tenido sexo con profesionales.

Más de 21% reconocía asociar la práctica de sexo a clubes nocturnos, cópula después de mirar vídeos de pornografía, beber alcohol y el consumo de drogas. Al analizar estas variables se encontró:

En los estudiantes que veían vídeos de pornografía era 1.8 veces más probable que tuvieran sexo, comparado con no usuarios (AOR = 1.8, CI = 1.19 – 2.59). Igualmente, entre éstos, era 2.8 veces más probable que tuvieran varios compañeros sexuales comparado con aquellos que no veían pornografía (AOR = 2.8, CI = 1.12 - 6.9).

En los asistentes de clubes nocturnos era 7 veces más probable que tengan prácticas sexuales (AOR = 7.4, CI = 4.23 - 12.92). Del mismo modo, la asistencia a los clubes nocturnos también era, según la estadística significativa, factor asociado para tener sexo con trabajadores sexuales (AOR = 4.6, CI = 1.8 - 11.77).

El beber alcohol con regularidad (AOR = 1.9, CI = 1.35 – 2.83) también era un factor asociado para tener relaciones sexuales.

#### *Conclusiones:*

El estudio reveló un conocimiento más completo del comportamiento sexual de los estudiantes de la universidad Bahir Dar.

Como conclusiones a destacar, el consumo de sustancias, alcohol, pornografía, clubes nocturnos, actuarían como signos o comportamientos de alarma que deberíamos evitar en la educación de los jóvenes, ya que parecen estar implicados en las prácticas sexuales de riesgo. Por lo tanto, la intervención preventiva en los programas de salud sexual se debería reforzar en este respecto.

Borrero, S. et al. Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception. Contraception. 2013 October.

Se diseñó este estudio para conocer las actitudes sobre métodos anticonceptivos entre 903 hombres de edad 18–29 en 2009.

Se analizaron datos de 903 hombres que participaron en 2009 en la Revisión Nacional de Conocimiento reproductivo y Anticonceptivo. La revisión, se realizó con una muestra de hombres solteros estadounidenses, fue encargada por la Campaña Nacional para Impedir Embarazo adolescente e Inesperado y conducido por el Instituto de Guttmacher.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos se tasó preguntando si habían oído hablar alguna vez de cada método, y mediante una serie de preguntas con opción verdadero/falso se pretendió tasar el entendimiento de uso correcto y eficacia sobre métodos específicos como dispositivos intrauterinos (IUDs), la inyección anticonceptiva, métodos combinados hormonales (píldora, anillo, parche), y condones. Las actitudes reproductivas se midieron mediante una serie de preguntas que evalúan a los jóvenes sobre probabilidad de efectos secundarios con métodos de anticoncepción hormonal, actitudes sobre uso del condón, desconfianza en el sistema médico y en el gobierno en la promoción de anticoncepción y actitudes sobre embarazo. La actitud hacia el uso del condón se tasó con una encuesta que preguntaba al participante si los condones son considerados un “fastidio para usar” (fuertemente o algo de acuerdo contra algo o fuertemente discrepante).

La versión 12.0 de Stata se usó para análisis (Estación del Colegio, Texas).

#### *Resultados:*

La edad media de los participantes era 22.7. Casi el 14% de participantes había engendrado a un niño.

Entre todos los hombres, la conciencia de métodos anticonceptivos varió según el método.

Mientras el 99% y el 95% de hombres habían oído hablar de condones y píldoras, respectivamente, sólo el 64% tenía conocimiento del DIU, y el 37% había oído del implante subdérmico. El conocimiento sobre la esterilización masculina era más común (88%) que de la esterilización femenina (el 58%).

Respecto al conocimiento específico por método, fue variado. Por ejemplo, el 97% de hombres sabía que un condón no se puede reutilizar, y el 94% sabía que los condones caducan. Sin embargo, sólo el 45% sabía que los DIUs podían ser usados por mujeres nulíparas. Destacó un gran desconocimiento de los hombres respecto a las anticoncepción hormonal femenina, ya que algunos no conocían que la eficacia anticonceptiva de la píldora se pierde con el olvido de 2-3 pastillas, que la fertilidad se recupera al dejar de tomarlas y que el anillo vaginal no requiere de un médico para su colocación.

*Reflexión:*

En este estudio se encontraron déficits de conocimiento sustanciales en cuanto al conocimiento de la variedad de métodos anticonceptivos disponibles y el entendimiento sobre el uso y eficacia sobre métodos específicos. Los malentendidos sobre el uso correcto y la seguridad de métodos anticonceptivos eficaces podrían poner en peligro el uso adecuado.

Como limitación de este estudio, hay que señalar que los resultados no pueden generalizarse a hombres casados u hombres de fuera de rango de edad.

Teniendo en cuenta estos resultados, las campañas dirigidas a reducir el embarazo involuntario, y por tanto todas aquellas en las que se divulguen temas de prevención anticonceptiva, deben incluir hombres en sus esfuerzos educativos con una atención particular hacia ellos.

Rowen, Tami S. et al. Contraceptive usage patterns in North American medical Students. Contraception.

En este estudio, se examinaron modelos de uso anticonceptivos en estudiantes de medicina norteamericanos.

Se invitó a dichos estudiantes, a participar en una revisión vía Internet. La revisión se realizó en [http://www .QuestionPro.com](http://www.QuestionPro.com) y estaba disponible a partir del 22 de febrero de 2008, hasta julio 31, 2008.

Los demandados que relataron ser vírgenes no se incluyeron en el análisis de uso anticonceptivo.

El resto de la revisión consistió en preguntas que tasan características demográficas como edad, pertenencia étnica, estado de relación, maternidad/paternidad, ubicación de la facultad de medicina, año en facultad de medicina y varias otras características. Una revisión de sexualidad tasó variables como orientación sexual, edad en primera cópula y compañeros recientes.

También preguntaron a estudiantes, “Siente que tiene formación adecuada recibida en facultad de medicina para tratar la sexualidad con los pacientes” y “se siente cómodo dirigiéndose a pacientes sobre sus prácticas sexuales y problemas” A los sujetos les pidieron completar el Centro de Escala de la Depresión de Estudios Epidemiológica (CES-D).

Los sujetos masculinos completaron el Índice Internacional de la Función Erétil (IIEF), un instrumento validado de 15 artículos para la evaluación de cinco esferas de sexualidad masculina (deseo, función erétil, satisfacción de la cópula, función orgásmica y satisfacción total). Sujetos femeninos completaron Female Sexual Function Index (FSFI), un de 19 artículos instrumento validado para la evaluación de seis esferas de función sexual femenina (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor).



### *Resultados:*

Se realizaron un total de 2269 respuestas completas: 914 de hombres con una edad media de 25 años y 1347 de mujeres con la misma edad media y 8 de individuos que se identificaron como género,

Los resultados se dividieron y analizaron por el género. Había 12 tipos de anticoncepción. Los condones eran la forma más popular de anticonceptivo, utilizado por 1011 demandados (el 50% de hombres y el 40% de mujeres).

La anticoncepción oral (OCP) fue la segunda forma más popular de la anticoncepción (el 34% de hombres y el 41% de mujeres).

Los métodos duales de la anticoncepción fueron utilizados por un número significativo de demandados. El la combinación más típica era condones y OCPs, que fue usado por el 19% de todos demandados, con números similares vistos para hombres y mujeres (el 19.7% y el 17.2%, respectivamente).

Un número considerable de nuestros sujetos no vírgenes [274 hombres (el 29.4%) y 327 mujeres (el 24.0%)] no utilizaban actualmente ninguna forma de anticoncepción. Para determinar si este fracaso de usar la anticoncepción era debido a la abstinencia sexual, excluyeron sujetos sin compañeros sexuales durante los 6 últimos meses y se determinó que aproximadamente el 10% de este grupo no era sexualmente activo en ese momento.

En general, los hombres eran menos proclives que mujeres utilizar la anticoncepción (O 0.75, CI del 95% 0.63–0.91).

De manera interesante, los signos clínicos de la depresión tuvo que ver con un considerablemente inferior uso de la anticoncepción en hombres (O 0.67, CI del 95% 0.3–.8), pero no en mujeres (O 0.89, CI del 95% 0.67–1.1).

Los negros y los asiáticos eran considerablemente menos usuarios de la anticoncepción que blancos e hispanos.

De manera interesante, en sujetos femeninos, con alto el riesgo de FSD tenía efectos complejos en la utilización de la anticoncepción en mujeres del diferente grupo racial.

Notablemente, los resultados muestran una probabilidad menor de usar la anticoncepción cuando el joven tiene más de 35 años de la edad.

### *Conclusiones:*

El método anticonceptivo más conocido y usado es el preservativo, seguido por la píldora oral. Ambos, se usan por separado, o como el método dual anticonceptivo más utilizado por los jóvenes.

Una minoría pequeña pero significativa de estudiantes de medicina sexualmente activos no utiliza ninguna forma de anticoncepción; otros estudiantes utilizan métodos anticonceptivos de eficacia dudosa.

Es importante que los médicos de mañana estén bien formados sobre anticoncepción eficaz. El conocimiento anticonceptivo beneficia a ambos, al estudiante (por prevención de embarazo no deseado e ITS) y a sus pacientes (realizando la capacidad del futuro doctor de aconsejar exactamente a sus pacientes en prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual).

## **DISCUSIÓN:**

En España, según la Encuesta Sobre Salud y Hábitos Sexuales publicada en 2004 por el Instituto Nacional de Estadística (INE), los hombres inician sus relaciones sexuales a una edad de 18,1 años y las mujeres a los 19,1 años. Es importante señalar que hasta casi el 80% de los menores de 30 años utilizaron el preservativo en ésta primera relación. Los motivos principales que alegan los que no lo usan es tener baja percepción de riesgo, no disponer del mismo en ese momento o no haber hablado del tema. Esta misma encuesta revela que los hombres, son también los que presentan mayor número de parejas sexuales a lo largo de la vida en cualquier rango de edad. Respecto a esto, el estudio de *Urrea-Giraldo (2006)*, encuentra relación entre en género y el estrato social con el inicio de las relaciones. De este modo, en este estudio, al igual que en España, los hombres inician antes sus relaciones y con un mayor número de parejas. También se observa que cuanto mayor es el nivel social más tarde es el inicio de las relaciones y menor el número de parejas, sobre todo en las mujeres. *Wondemageg (2014)*, en su trabajo sobre Comportamiento sexual y factores asociados entre estudiantes en la Universidad Bahir Dar, también investigó al respecto y los resultados fueron similares.

En lo que respecta a las fuentes de información, la mayoría de los jóvenes españoles señalaron a los padres como la principal fuente, declarando que la comunicación con ellos en temas de sexualidad fue satisfactoria hasta casi el 40% de los mismos. Esto es diferente a lo que describen otros jóvenes en los diferentes artículos estudiados, como en el de *Siqueira (2013)* donde las jóvenes relataron varias dificultades en la forma de adquisición de conocimiento sobre el tema, ya que no es tratado de forma clara y constructiva ni en la escuela ni en la familia. En cierto modo, estas declaraciones podrían ser apoyadas por el artículo de *Sagaró (2014)*, donde al estudiar el nivel de conocimiento en estudiantes preuniversitarios, universitarios sanitarios y universitarios no sanitarios, se encontró que no había diferencias significativas en el nivel de conocimientos entre los tres grupos, lo que hace pensar que la enseñanza sobre este tema no es recibida ni en la escuela ni en la universidad.

En general, cuando se habla de conocimiento sobre el VIH, según la encuesta del INE, se puede afirmar que la mayoría de los encuestados conocen los mecanismos de transmisión. Casi el 100% sabe que se transmite por vía sexual y más del 80% por vía sanguínea. Pero todavía existe un grado de desconocimiento que conduce a medidas discriminatorias basado en creencias como que el virus se contagia al compartir lavabos públicos o al beber del mismo vaso. En lo que respecta a las medidas de prevención, el uso del preservativo masculino es la medida más conocida y más usada en España. Datos parecidos encontró *Torres (2006)* en su ensayo, donde el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA fue elevado en todos los grupos a estudio. En el resto de bibliografía consultada, encontramos resultados contrarios a estos. Por ejemplo, en el artículo de *Siqueira (2013)* las jóvenes encuestadas reflejaban un conocimiento superficial e insuficiente sobre esta ETS. Algo parecido le ocurrió a *Dávila (2008)* en su estudio en el que estratificó el nivel de conocimiento de los jóvenes en “bueno”, “regular” o “deficiente” y cuyos resultados reflejan que la mayoría de los participantes tienen un conocimiento regular, siendo peor en varones. Los resultados del estudio de *Gómez-Bustamante (2011)* apoyan también estas

conclusiones, ya que solo el 38% de su muestra respondió correctamente a la encuesta sobre conocimiento y prevención de VIH.

En España, más del 96% de la población afirma que la medida más eficaz para prevenir el contagio es el uso del preservativo en todas las relaciones sexuales. Respecto a esto, alrededor del 60% utilizó este método con sus parejas ocasionales en los últimos doce meses y algo más del 75% en la última relación con una pareja nueva. En la gran mayoría de los casos era el hombre el que lleva el condón. En el resto de bibliografía encontramos que, por ejemplo, en el estudio de *Dávila (2008)*, los resultados de la variable prevención muestran que la mayoría de los estudiantes presentan un nivel de conocimiento “bueno”. Respecto a las formas de transmisión, los resultados muestran que 39,4% respondió incorrectamente al ítem “el VIH se transmite al besar”, por el contrario, 95,7 % respondió correctamente al ítem “el VIH/SIDA se puede contraer al mantener relaciones sexuales sin protección con persona portadora”. En un estudio parecido realizado en Colombia tres años después por *Gómez-Bustamante (2011)* el 38% de los encuestados respondió correctamente a las cuestiones de prevención, 20% a las relacionadas con los mitos y casi el 10% a todo el cuestionario. Además en este estudio se comprobó que pertenecer a un estrato social medio-alto, ser heterosexual y recibir información sobre materia sexual en la escuela, se relaciona con mayor nivel de conocimiento sobre esta materia. Respecto al conocimiento de los métodos anticonceptivos, *Borrero (2013)*, seleccionó una muestra de jóvenes varones para comprobar si conocían cada uno de los métodos a estudio y si entendían su uso. Los resultados que obtuvo fueron que con más del 95% de aciertos el condón y la píldora fueron los más conocidos y aunque más del 60% había oído hablar del DIU y de la esterilización masculina y femenina, se detectaron limitaciones en su conocimiento específico.

Al estudiar en profundidad la opinión del uso del preservativo en España, según el INE (2003-2004), el 80% de la población investigada afirma que lo considera un método seguro y que le permite disfrutar más de la relación, por esa seguridad que les infunde. Las causas para no usarlo de manera habitual son, en general para ambos sexos, que les impide sentir el cuerpo del otro, para los varones, no disponer de condones, y para las mujeres, estar usando otro método anticonceptivo. Al estudiar el uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos en diferentes poblaciones, encontramos que en el estudio de *Urrea-Giraldo (2006)* realizado en Colombia, las mujeres de estratos sociales altos prefieren el uso de anticoncepción hormonal frente al preservativo. En los hombres no se observó diferencias entre estratos a la hora de elegir un método anticonceptivo, aunque sí un menor uso del condón en las clases altas, ya que su uso se asocia a promiscuidad y en las clases altas privilegian el valor moral de la pareja estable. *Torres (2006)*, evaluó también en su estudio cómo el disponer o no de condones en el momento de la relación podía condicionar el coito durante la misma. De esta manera, *Torres*, planteó a sus encuestados la capacidad de negociar el uso de este método y cómo podía condicionar la relación. Los resultados que obtuvo fueron que más del 90% declaró tener la capacidad de condicionar sus relaciones sexuales al uso del condón, mientras que alrededor del 80% declararon ser capaces de interrumpir la relación sexual para usarlo. A la pregunta “te gusta o te gustaría usar condón en tus próximas relaciones sexuales”, contestaron con un menor

porcentaje de respuestas positivas los sexualmente activos, sobre todo hombres. Les propuso también la posibilidad de usar la anticoncepción de emergencia: "Mi pareja y yo consideraríamos utilizar anticonceptivos de emergencia en caso de necesitarlos", para evaluar la disposición a usarla, a lo que algo más del 60% de los sexualmente activos declaró que la usaría.

*Rowen (2011)*, investigó cuáles eran los modelos anticonceptivos en estudiantes de medicina norteamericanos, y que factores podían influir en el uso de la anticoncepción. A pesar de suponerse una población mejor formada en temas de ETS/VIH y salud que en el resto de artículos estudiados, no se encontraron diferencias en los comportamientos preventivos de estos jóvenes respecto a los demás. El preservativo, seguido de la píldora, fueron según este estudio, los métodos más utilizados, y usados de manera conjunta, el método dual preferido por los jóvenes, lo que indica que además de usar método anticonceptivo hormonal para asegurar la no concepción, son conscientes de la necesidad de un método barrera para evitar además las ETS/VIH. Los signos clínicos de depresión en hombres, y signos o síntomas de disfunción sexual femenina, influyeron negativamente en el uso de la anticoncepción.

Si nos centramos en la experiencia de los encuestados y volviendo a los datos aportados por la encuesta del INE, en España en 2004, algo más del 5% de la población sexualmente activa fue diagnosticada alguna vez de una infección de transmisión sexual (ITS). De éstas, la más frecuente en hombres fue pediculosis o ladillas, y en las mujeres las tricomonas. En otro estudio realizado también en España, ocho años después, *Hoyos (2012)*, los resultados para hombres fueron los mismos y para mujeres se observó un leve aumento del diagnóstico de clamidia, pasando a ocupar el primer lugar. En este mismo estudio, se investigó la disposición de los jóvenes universitarios españoles a realizarse la prueba del VIH y los resultados que se obtuvieron fueron que el 80% de los heterosexuales no se había realizado la prueba anteriormente al estudio, mientras que en el grupo de homosexuales esta cifra descendía al 60%; por lo que el realizarse la prueba es más frecuente en el grupo de hombres que tienen sexo con otros hombres. La razón principal que aportaban los que no se la había hecho anteriormente fue pensar que con las prácticas sexuales que habían tenido no podían estar infectados. Si comparamos estos datos con los del año 2004, el 39% de la población declaró haberse realizado alguna vez la prueba, casi un 20% más, aunque la mayoría por screening en la donación sanguínea u otros motivos como el embarazo en mujeres.

Una vez analizados, tanto el nivel de conocimiento como la experiencia de los jóvenes frente a las prácticas sexuales en relación a la posible infección por el VIH, se decidió investigar otros comportamientos asociados a estas prácticas de riesgo. De esta manera, *Wodemagegn (2104)* encontró relación entre asistencia a clubes nocturnos, uso de pornografía y consumo de drogas o alcohol con la mayor tendencia a tener relaciones a edad más temprana, con mayor número de parejas y sin protección, en hombres jóvenes.

Como reflexión final, debemos tener en cuenta que tanto el tipo como el nivel de conocimiento de los jóvenes, así como los comportamientos relacionados con

falsas creencias y mitos que llevan a situaciones de discriminación o de riesgo para su salud se debe en muchas ocasiones al tipo de docencia que reciben en los centros educativos o leyes morales de los países donde viven. Esta situación fue evaluada por *Torres-López (2010)*, en un estudio en el que valoraba las concepciones culturales sobre el VIH/SIDA de adolescentes de distintas poblaciones. En este estudio, se observa cómo, los estudiantes de los centros de Bolivia, públicos y de religión cristiana, reciben información matizada por el enfoque religioso y destacan la ayuda y amor que deberían recibir las personas infectadas por el virus; mientras que los jóvenes de Méjico, reciben una educación sexual regulada por unos valores morales que promueven más la abstinencia sexual que el uso del preservativo.

## **CONCLUSIONES:**

– Los hombres se inician antes en las prácticas sexuales, además de ser más promiscuos en todas las etapas de la vida.

– Por estrato social, las personas de clase alta, suelen iniciarse en las relaciones sexuales más tarde y tener con menos parejas, dando más valor a la pareja estable.

– En general, aunque los jóvenes tienen conocimientos básicos sobre las formas de transmisión del VIH, en la mayoría de las ocasiones éstos no se relacionan con sus prácticas sexuales reales.

– En la mayoría de los estudios, los jóvenes hacen referencia al ámbito sexual como principal mecanismo de transmisión del virus, y al preservativo como el método más seguro para evitar el contagio; pero encontramos datos como que el 40% de los jóvenes de un estudio no usa el condón de manera habitual o incluso el 5% de otro, ni siquiera sabe usarlo.

– El método anticonceptivo preferido por los jóvenes en sus relaciones es el preservativo. Las principales razones para no usarlo son que “les impide sentir” o estar usando otro método. Este último motivo se observa sobre todo en parejas estables, en clases altas y en mujeres adultas.

– La misión principal del preservativo entre los jóvenes es principalmente anticonceptiva, para evitar embarazos, y no como mecanismo de prevención de enfermedades de transmisión sexual; de lo que se deduce que la mayoría de los jóvenes no consideran sus prácticas sexuales como “conductas de riesgo”.

– Por esto último, la práctica voluntaria de la prueba rápida del VIH, todavía sigue presentando porcentajes bajos de realización, despertando en ocasiones desconfianza o temor al resultado.

– Por tanto, hay que promover la práctica de un sexo seguro, adaptando la información y las intervenciones preventivas al tipo de población, estando alerta al ámbito sexual y a temas de salud como ETS/VIH, además de a otras prácticas como drogas, alcohol y pornografía.

– Es importante destacar, que la educación y enseñanza que deben recibir los estudiantes, debe estar basada en conocimientos científicos y tener la finalidad principal de dotarles de habilidades que les permitan tomar decisiones que cuiden de su salud y les proteja como personas, y no estar basadas en la religión o en la leyes.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Sánchez Álvarez, C. et al. Factores de riesgo y métodos de transmisión de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Revista CES Salud Pública. ISSN 2145-9932. Vol 3, Nº 1, Enero-Junio 2012, pág. 28-37.
2. [http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/).
3. Serrano G, M<sup>a</sup> Isabel. La educación para la salud en el siglo XXI. Comunicación y salud. 2<sup>a</sup>Ed. España: Díaz de Santos; 2002.
4. <http://www.infosida.es/>.
5. Siqueira, M.S. et al. Conocimiento de las adolescentes acerca de ETS/SIDA: Una realidad brasileña. Evidentia. 2013 abr-jun; 10(42). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n42/ev8016e.php>.
6. Sagaró del Campo, N. et al. Conocimiento acerca del VIH/sida en adolescentes de distintos niveles de enseñanza. MEDISAN 2014; 18(8):1107. Facultad de Medicina No. 2, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.
7. Instituto de Salud Carlos III. <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/sida.shtml>.
8. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH/Sida en España, año 2012. Evolución 1981-2012. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2014.
9. Hoyos, J. et al. La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? Gac Sanit. 2012; 26(2):131–137. © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.
10. Dávila, M.E. et al. Nivel de Conocimiento de Adolescentes sobre VIH/SIDA. Revista de Salud Pública. Volumen 10 (5), Diciembre 2008.
11. Torres, P. et al. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Pública Mex 2006; 48:308-316.
12. Urrea-Giraldo, F. et al. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(1):209-215, enero, 2006.
13. Torres López, T.M<sup>a</sup>. et al. Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. Rev Saúde Pública 2010;44(5):820-9. Artículo disponible en español y inglés en: [www.scielo.br/rsp](http://www.scielo.br/rsp).

14. Gómez-Bustamante. E. et al. Conocimiento sobre VIH-SIDA en estudiantes de secundaria de Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública.* 13 (5):778-784,2011.
15. I.N.E. Salud y hábitos sexuales. Las conductas sexuales desde la perspectiva del sida. Cifras INE 4/2004. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. \*\* Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003.
16. Wondemagegn, M. et al. Sexual behaviours and associated factors among students at Bahir Dar University: a cross sectional study. *Reproductive Health* 2014, 11:84 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/84>.
17. Borrero, S. et al. Racial and ethnic differences in men's knowledge and attitudes about contraception. *Contraception.* 2013 October; 88(4): 532–538. doi:10.1016/j.contraception.2013.04.002.
18. Rowen Tami, S. et al. Contraceptive usage patterns in North American medical Students. *Contraception.* 2011 May; 83(5): 459–465. doi:10.1016/j.contraception.2010.09.011.
19. Uribe Rodríguez, A. et al. Influencia del conocimiento común en las pautas afectivo-comportamentales frente al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en adolescentes. "Revista Virtual Universidad Católica del Norte". No. 35, (febrero-mayo de 2012, Colombia), acceso: febrero 2015. [<http://revistavirtual.ucn.edu.co/>], ISSN 0124-5821 - Indexada Publindex-Colciencias (B), Latindex, EBSCO. Information Services, Redalyc, Dialnet, DOAJ, Actualidad Iberoamericana, Índice de Revistas de Educación Superior e Investigación Educativa (IRESIE) de la Universidad Autónoma de México.
20. Bermúdez, M<sup>a</sup> P. et al. Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología* [en línea] 2009, 41 (Sin mes): [Fecha de consulta: 29 de abril de 2015] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511929013>> ISSN 0120-0534
21. Martín Cabo, R. et al. Promoción de la detección del virus de la inmunodeficiencia humana en atención primaria. *Gac Sanit.* 2012; 26(2):116–122. © 2011 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.
22. Estupiñan-Aporte, M. et al. Representaciones sociales de universitarios sobre la abstinencia sexual y los condones como mecanismos de prevención. *Rev. Salud pública.* 14 (3): 491-501, 2012. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Tunja, Colombia.
23. Espada, J.P. et al. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria.* 2014; 46(10):558---564. 0212-6567/© 2014 Elsevier España, S.L.U.



24. Gallegos, EC. et al. Intervención para reducir riesgo en conductas sexuales de adolescentes: un ensayo aleatorizado y controlado. *Salud Publica Mex* 2008;50:59-66.
25. Catlainn Sionean. Et al. HIV Risk, Prevention, and Testing Behaviors Among Heterosexuals at Increased Risk for HIV Infection — National HIV Behavioral Surveillance System, 21 U.S. Cities, 2010. *MMWR* / December 19, 2014 / Vol. 63 / No. 14.
26. Ruíz-Muñoz, D. et al. Women's socioeconomic factors associated to the choice of contraceptive method in Spain. *Gac Sanit.* 2013;27(1):64–67. © 2012 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.
27. Peragallo, N. et al. The Efficacy of an HIV Risk Reduction Intervention for Hispanic Women. *AIDS Behav.* 2012 July ; 16(5): 1316–1326. doi:10.1007/s10461-011-0052-6.
28. William A, Zule. Et al. Results of a pilot test of a brief computer-assisted tailored HIV prevention intervention for use with a range of demographic and risk groups. *AIDS Behav.* 2013 November ; 17(9): .doi:10.1007/s10461-013-0557-2.
29. Cardona-Arias, J. et al. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. *Biomédica* 2011; 532-44.
30. Cardona-Arias, J. et al. Impacto del VIH/SIDA sobre la calidad de vida: metaanálisis 2002-2012. *Rev Esp Salud Pública* 2014; 88:87-101.

## ANEXO 1: EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA.

### TABLAS:

Tabla 3: Nuevos diagnósticos de VIH. Año 2013. Número de casos, porcentaje y tasas por sexo, edad y modo de transmisión. España. Datos no corregidos por retraso en la notificación.

Variable		N	Porcentaje	Tasa/100.000
Sexo	Hombre	2.785	85	12,1 *
	Mujer	488	14,9	2,1 ‡
	Desconocido	4	0,1	
Grupo de edad	<19 años	67	2	0,7
	20-24 años	297	9,1	12,3
	25-29 años	502	15,3	17,8
	30-34 años	694	21,2	19,4
	35-39 años	560	17,1	13,8
	40-44 años	438	13,4	11,4
	45-49 años	288	8,8	7,8
	50 o más años	430	13,1	2,5
Mecanismo de transmisión	HSH	1.678	51,2	7,3 *
	UDI	145	4,4	0,3 §
	Hombre heterosexual	540	16,5	2,4 *
	Mujer heterosexual	392	12	1,7 ‡
	Otros	22	0,6	0
	Desc./N.C.	501	15,3	1,1
	Total	3278	100	7,0 §

□ Tasa por 100.000 hombres  
 ‡ Tasa por 100.000 mujeres  
 § Tasa por 100.000 habitantes

Tabla 10: Distribución de nuevos diagnósticos de VIH por año de diagnóstico y categoría de transmisión. Datos no corregidos por retraso en la notificación. Período 2008-2013. Datos de 12 CCAA, Ceuta y Melilla.

Año diagnóstico	Categoría de transmisión																Total	
	HSH		UDI		Hemoder.*		Transfus.*		Madre-hijo		Hetero.		Otros		Descon /N.C.			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2008	1512	45,7	275	8,3	1	0,0	2	0,1	10	0,3	1226	37,0	10	0,3	274	8,3	3310	100
2009	1459	46,8	257	8,2	1	0,0	3	0,1	9	0,3	1097	35,2	9	0,3	284	9,1	3119	100
2010	1719	51,2	212	6,3	0	0,0	1	0,0	12	0,4	1084	32,3	6	0,2	323	9,6	3357	100
2011	1657	54,0	193	6,3	0	0,0	2	0,1	8	0,3	936	30,5	3	0,1	272	8,9	3071	100
2012	1633	55,9	151	5,2	0	0,0	2	0,1	4	0,1	861	29,5	5	0,2	263	9,0	2919	100
2013	1310	55,9	116	5,0	0	0,0	0	0,0	6	0,3	706	30,1	3	0,1	201	8,6	2342	100
Total	9290	51.3	1204	6.6	2	0.0	10	0.1	49	0.3	5910	32.6	36	0.2	1617	8.9	18118	100

HSH=Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; UDI=Usuarios de drogas inyectadas; Hemoder.=Receptores de hemoderivados; Transfus.=Receptores de transfusiones sanguíneas; Hetero.=Relaciones heterosexuales de riesgo; Descon/N.C.=Exposiciones de riesgo no conocidas o no consta; Otros=Otras exposiciones de riesgo  
 \*Todos los casos notificados con esta categoría de transmisión habían sido transfundidos fuera de España.

Tabla 13: CASOS DE SIDA EN ESPAÑA. Datos anuales no corregidos por retraso en la notificación. Casos por año de diagnóstico según categoría de transmisión y sexo. Registro Nacional de sida. Fecha de actualización: 30 de junio de 2014.

Año de diagnóstico	HSH	UDI		Hemoder.		Transfus.		Madre-hijo		Hetero.		Otros /NC		Total		TOTAL
	H	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
1981	1	0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	.	1
1982	1	.	1	2	.	.	.	.	.	.	.	.	.	3	1	4
1983	4	4	.	4	.	1	1	.	.	.	.	.	.	13	1	14
1984	12	20	2	12	.	.	1	1	.	.	.	4	.	49	3	52
1985	37	95	14	19	.	1	.	3	3	2	2	2	.	159	19	178
1986	88	252	63	40	3	7	1	10	13	5	11	6	1	408	92	500
1987	211	582	133	45	2	10	10	17	17	23	24	16	5	904	191	1095
1988	340	1278	303	74	3	19	13	50	38	55	46	53	2	1869	405	2274
1989	526	1815	360	76	8	17	14	36	52	109	84	66	7	2645	525	3170
1990	585	2248	496	66	1	22	19	33	36	196	127	95	17	3245	696	3941
1991	710	2486	575	75	3	24	20	42	44	253	170	152	24	3742	836	4578
1992	795	2702	630	50	8	25	18	43	40	314	245	196	27	4125	968	5093
1993	819	2910	685	48	5	17	13	49	37	416	284	195	45	4454	1069	5523
1994	925	4164	937	63	6	13	10	47	37	607	430	195	63	6014	1483	7497
1995	961	3850	897	51	8	10	13	36	48	649	443	184	46	5741	1455	7196
1996	793	3543	863	46	8	9	8	23	32	711	469	201	48	5326	1428	6754
1997	543	2580	595	17	7	12	6	13	29	586	348	177	56	3928	1041	4969
1998	452	1783	456	10	.	3	3	11	13	511	294	156	41	2926	807	3733
1999	387	1482	349	4	4	4	6	7	10	432	240	187	51	2503	660	3163
2000	379	1275	333	7	1	3	1	4	9	395	265	201	51	2264	660	2924
2001	333	1074	254	10	2	8	5	7	6	402	208	177	34	2011	509	2520
2002	327	974	226	5	1	1	1	4	5	402	241	144	39	1857	513	2370
2003	358	938	208	5	2	2	2	4	6	396	228	136	24	1839	470	2309
2004	345	777	193	5	1	1	1	2	4	349	246	121	38	1600	483	2083
2005	291	690	156	3	.	2	2	3	6	350	228	103	34	1442	426	1868
2006	302	608	139	3	.	1	.	3	4	316	217	118	36	1351	396	1747
2007	298	538	130	4	2	1	1	5	5	299	189	130	30	1275	357	1632
2008	320	431	104	2	.	3	4	4	4	301	231	107	25	1168	368	1536
2009	312	357	92	3	1	1	1	6	2	288	201	113	34	1080	331	1411
2010	333	255	76	1	.	2	.	1	2	225	167	108	23	925	268	1193
2011	309	234	53	2	1	.	.	2	1	188	150	80	27	815	232	1047
2012	288	178	41	.	.	2	.	.	3	158	153	75	18	701	215	916
2013*	195	100	36	.	.	.	1**	1	.	118	84	54	15	468	136	604*
Enero-junio 2014	40	18	5	.	.	.	.	.	.	19	15	9	5	86	25	111
No consta	2	21	5	1	.	1	.	.	.	3	2	2	.	30	7	37
TOTAL	12622	40262	9410	753	77	222	175	467	506	9078	6042	3563	866	66967	17076	84043

HSH=Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; UDI=Usuarios de drogas inyectadas; Hemoder.=Receptores de hemoderivados; Transfus.=Receptores de transfusiones sanguíneas;

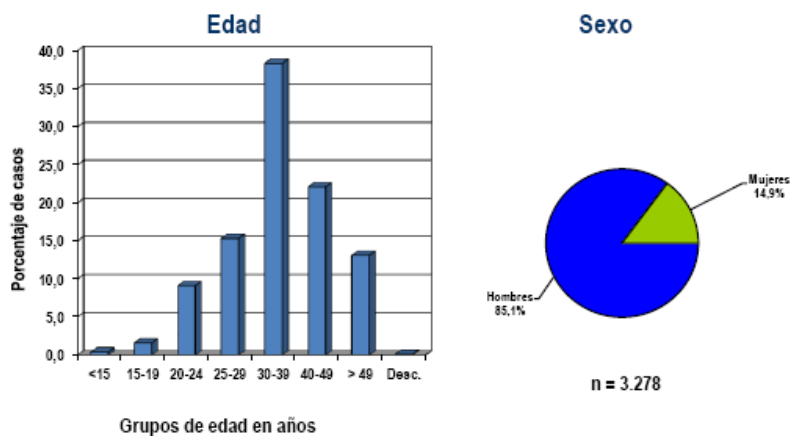
Hetero.=Relaciones heterosexuales de riesgo; N.C. No consta el año de diagnóstico. H=Hombres; M=Mujer

\*Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía del año 2013. Según registro andaluz VIH/sida hasta junio de 2014 se han diagnosticado 88 casos de sida. \*\*Este caso había sido transfundido fuera de España.

## FIGURAS:



**Figura 1**  
Nuevos diagnósticos de VIH. Distribución por edad y sexo.  
España, año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.



**Figura 2**  
Nuevos diagnósticos de VIH. Categoría de transmisión  
España, año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.

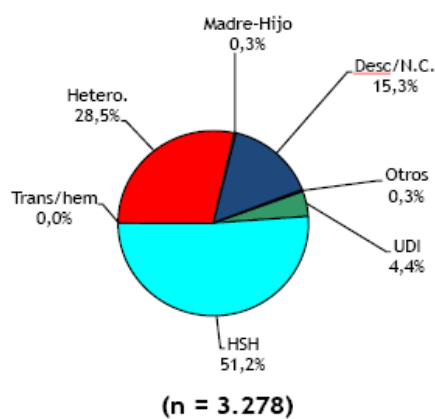


Figura 10

Nuevos diagnósticos de VIH. Diagnóstico tardío

España, año 2013. Datos no corregidos por retraso de notificación.

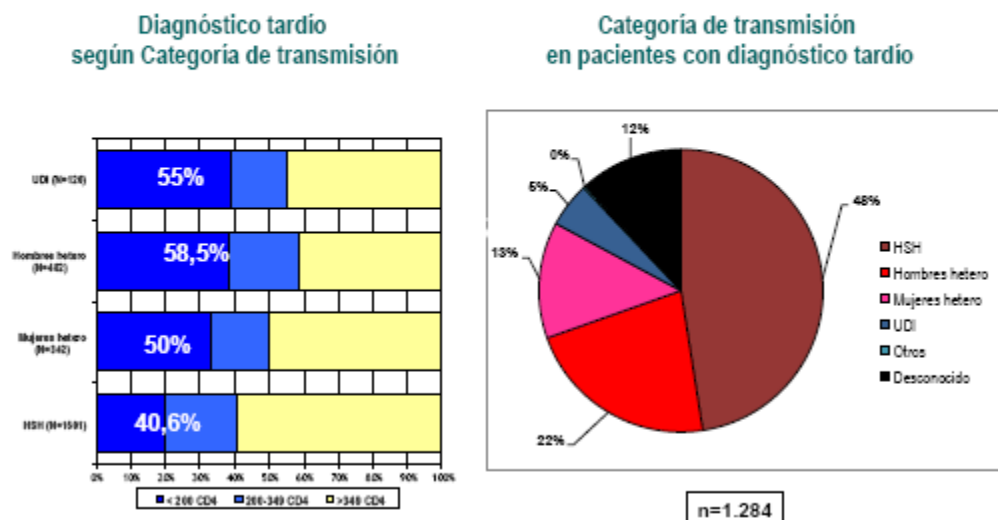
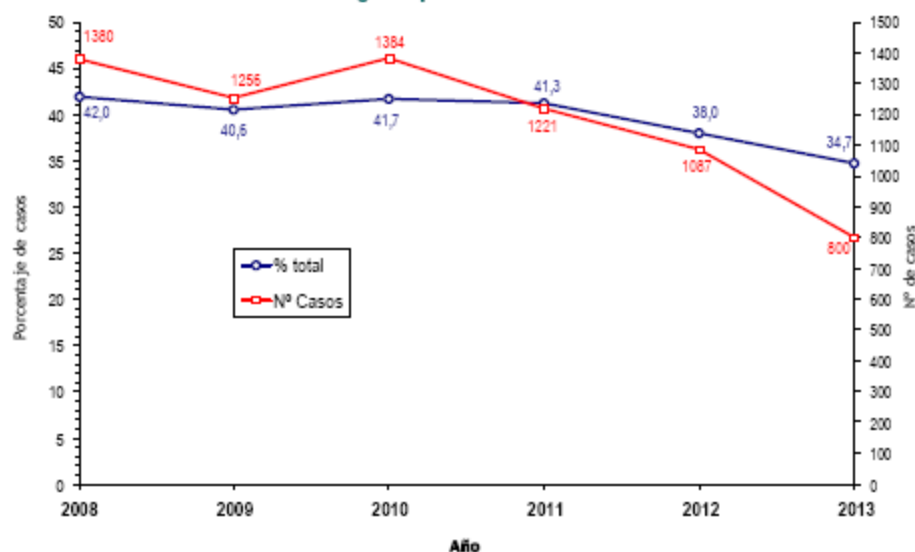


Figura 15

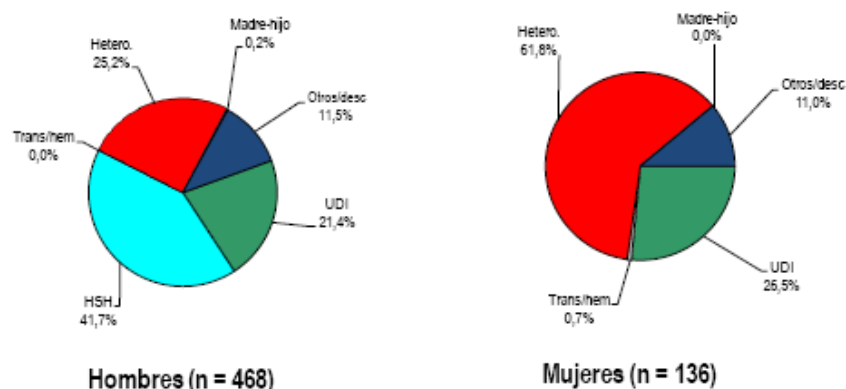
Número y porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH en España\* en personas de otros países de origen, 2008-2013  
Datos no corregidos por retraso en la notificación



\*Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Melilla, Navarra y País Vasco.

Figura 21.

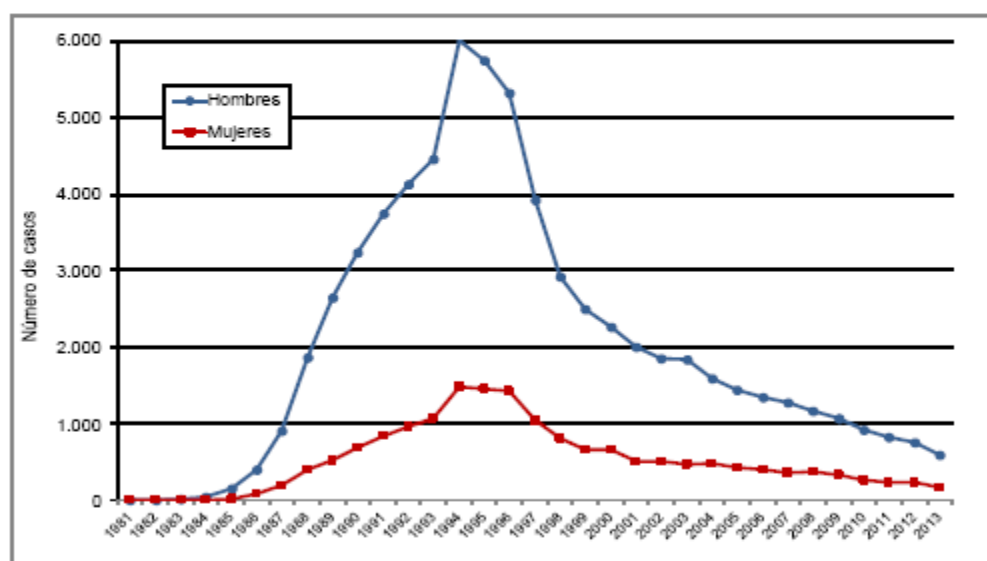
Casos de SIDA diagnosticados en España\* en 2013  
Distribución de categorías de transmisión por sexo.  
Registro Nacional de sida. Actualización a 30 de junio de 2014.  
Datos no corregidos por retraso de notificación.



\* Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía

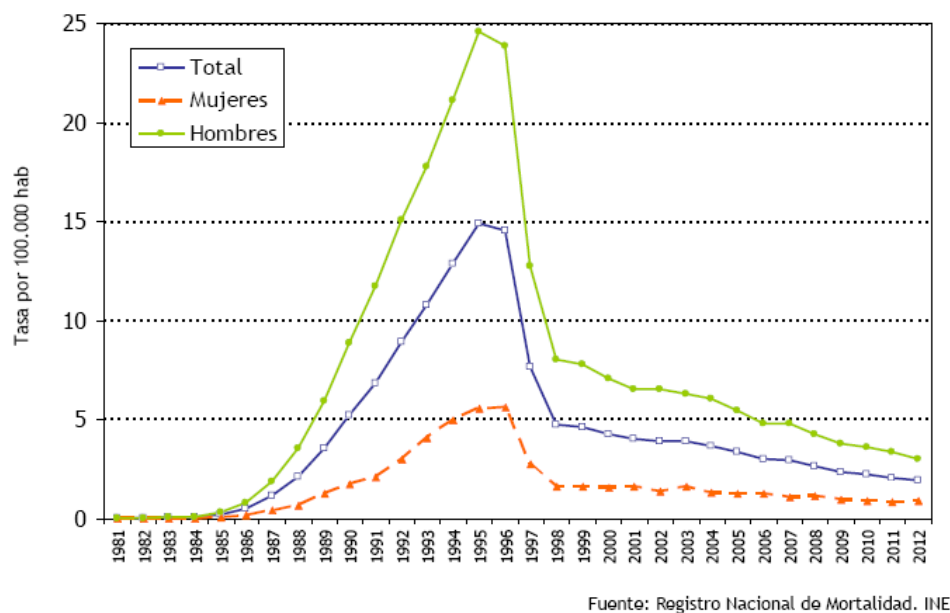
Figura 22

Casos de sida en España\* por sexo.  
Datos corregidos por retraso en la notificación  
Registro Nacional de Sida. Actualización a 30 de junio de 2014



\* Por razones técnicas no se han podido incluir los casos de Andalucía del año 2013

Figura 2. Tasas de mortalidad por VIH/sida total y por sexos, 1981-2012



## **ANEXO 2: TABLA ARTÍCULOS INCLUIDOS.**

ESTUDIO	CARACTERÍSTICAS							
	TIPO de ESTUDIO	VARIABLES						
		CONOCIMIENTO VIH/SIDA.	PRÁCTICAS de RIESGO. TRANSMISIÓN	PREVENCIÓN. USO PRESERVATIVO	PRUEBA VIH.	FUENTES de INFORMACIÓN.	MITOS sobre el SIDA.	OTRAS.
<b>Siqueira, M.S; et al. (2013)</b>	Estudio descriptivo-exploratorio con abordaje cualitativo.	SI	SI	SI		SI		ITS.
<b>Sagaró del Campo, N. et al. (2014)</b>	Estudio descriptivo y transversal.	SI	SI	SI			SI	
<b>Hoyos, J. et al. (2012)</b>	Estudio descriptivo y transversal.		SI	SI	SI			ITS
<b>Dávila, M.E. et al. (2008)</b>	Estudio descriptivo y transversal.	SI	SI	SI			SI	
<b>Torres, P. et al. (2006)</b>	Ensayo clínico aleatorizado controlado.	SI	SI	SI				AE
<b>Urrea-Giraldo, F. et al. (2006)</b>	Estudio descriptivo y transversal.		SI	SI		SI		
<b>Torres López, T.Mª. et al. (2010)</b>	Estudio antropológico cognitivo.	SI	SI	SI		SI	SI	



<b>Gómez-Bustamante. E. et al. (2011)</b>	Estudio descriptivo y transversal.	SI	SI	SI		SI		
<b>** Encuesta de Salud y hábitos sexuales 2003.</b>	Estudio descriptivo y transversal.	SI	SI	SI	SI	SI		ITS
<b>Wondemagegn, M. et al. (2014)</b>	Estudio descriptivo y transversal.		SI	SI				SI*
<b>Borrero, S. et al. (2013)</b>	Estudio descriptivo y transversal.			SI				ANTICONCEPCIÓN .
<b>Rowen, Tami S. et al. (2011)</b>	Estudio descriptivo y transversal.			SI				ANTICONCEPCIÓN .

Infecciones de transmisión sexual (ITS).

Anticoncepción de Emergencia (AE).

\*FACTORES DE RIESGO asociados a prácticas sexuales: alcohol, drogas, clubes nocturnos y pornografía.

**TABLA DE ARTÍCULOS RECHAZADOS “ANEXO 3”.**

<b>ARTÍCULO.</b>	<b>TIPO de ARTÍCULO.</b>	<b>VARIABLE de EXCLUSIÓN.</b>
<b>Uribe Rodríguez, A. et al. (2012).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Fobia al SIDA.
<b>Bermúdez, M<sup>a</sup> P. et al. (2009).</b>	Estudio descriptivo, retrospectivo.	Variables psicológicas de autoeficacia frente al uso del preservativo.
<b>Martín Cabo, R. et al.(2012).</b>	Estudio analítico cuasiexperimental. (Estudio de intervención no aleatorizado.)	Muestra: sujetos de 18 a 65 años.
<b>Estupiñan-Aporte, M. et al. (2012).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Variable abstinencia sexual.
<b>Espada, JP. et al (2014).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Validación de una escala.
<b>Gallegos, EC. et al. (2008).</b>	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	Determinar la eficacia de una intervención conductual-educativa.
<b>Catlainn Sionean. Et al. (2014).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Muestra: sujetos de 18 a 60 años.
<b>Ruíz-Muñoz, D. et al. (2013).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Muestra mujeres 15 a 49 años. No hace referencia a ETS/VIH.
<b>Peragallo, N. et al. (2012).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Muestra mujeres de 18 a 50 años.
<b>William A, Zule. Et al (2013).</b>	Ensayo clínico controlado aleatorizado.	Resultados de una intervención educativa en población de riego.
<b>Cardona-Arias, J. et al. (2011).</b>	Estudio descriptivo y transversal.	Calidad de vida en los enfermos de SIDA.
<b>Cardona-Arias, J. et al. (2014).</b>	Metaanálisis.	Variables que influyen sobre la calidad de vida de los enfermos de SIDA.