



**Universidad**  
Zaragoza



**Universidad de Zaragoza**  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2018 / 2019

TRABAJO FIN DE GRADO

**Propuesta de intervención de Terapia Ocupacional para la promoción de conductas sexuales saludables en población en riesgo de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana**

**Occupational Therapy Intervention Program for Healthy Sexual Behaviours Promotion in People in Risk of Human Immunodeficiency Virus Infection**

**Autor:** Álvaro Marzal Rubio

**Directora:** Begoña Adiego Sancho

# ÍNDICE

1.	RESUMEN.....	2
2.	INTRODUCCIÓN .....	3
2.1	Justificación del programa .....	3
2.2	Justificación de la intervención desde la Terapia Ocupacional .....	7
2.3	Elección de los marcos/modelos conceptuales .....	8
3.	OBJETIVOS.....	9
4.	METODOLOGÍA .....	10
A)	Pasos previos al diseño del programa .....	10
B)	Plan de intervención .....	11
5.	DESARROLLO .....	16
5.1	Resultados de la evaluación inicial .....	16
5.2	Definición de las acciones/actuaciones del programa .....	16
5.3	Descripción de las acciones/actuaciones.....	17
5.4	Delimitación de los recursos .....	24
6.	EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.....	25
6.1	Evaluación del proceso .....	25
6.2	Evaluación de los resultados .....	26
6.3	Evaluación de la satisfacción.....	26
7.	CONCLUSIONES .....	27
8.	BIBLIOGRAFÍA .....	28
9.	ANEXOS.....	33

## **1. RESUMEN**

A pesar de los avances en el tratamiento médico de la infección por VIH que tuvieron lugar en las pasadas décadas, las nuevas infecciones por el virus siguen siendo un problema de salud pública. Ante esta situación, los programas de prevención cobran una especial importancia, habiéndose llevado a cabo múltiples de ellos en España.

Esta propuesta de intervención desde Terapia Ocupacional aborda, además de proporcionar información acerca de las formas de transmisión sexual del virus y cómo prevenirlas, otras variables que juegan un papel importante en la decisión de mantener relaciones sexuales protegidas (como tabúes, sesgos cognitivos, autoconocimiento, apoyo social, etc.). La población diana son personas que mantienen conductas sexuales de riesgo por infección por VIH cuyo sentido de autoeficacia es bajo, pretendiéndose con este programa reducir esas conductas de riesgo y promover conductas protegidas.

**Palabras clave:** terapia ocupacional, prevención, promoción de la salud, ETS, VIH, sida, conductas sexuales de riesgo.

### **ABSTRACT**

Despite of the progress in HIV infection's medical treatment that happened during the last decades, new infections are still a public health problem. Consequently, multiple prevention programmes have been applied in Spain due to their special importance.

This Occupational Therapy intervention design addresses, more than providing information about HIV's transmission ways and their prevention, other issues that take part in the decision of having healthy sexual behaviour (such as taboos, cognitive biases, self-awareness, social support, etc.). The target population are people who have HIV-related risky sexual behaviours and their self-efficacy has low levels. The aim of this project is to decrease risky sexual behaviours and to promote healthy sexual ones.

**Key words:** occupational therapy, prevention, health promotion, STD, HIV, aids, risky sexual behaviour.

## **2. INTRODUCCIÓN**

Hace más de 35 años, en 1981, se declararon los primeros casos de enfermedad e infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) observados en Estados Unidos (1). Fue en 1984 cuando el doctor Robert Gallo y su equipo, tras otros avances de otros investigadores como la doctora Françoise Barré-Sinoussi y su equipo, descubrieron la causa que originaba la enfermedad, un retrovirus entonces denominado HTLV-III (2, 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el VIH como un retrovirus que infecta las células del sistema inmunitario (principalmente las células T CD4 positivas y los macrófagos) y destruye o daña su funcionamiento.

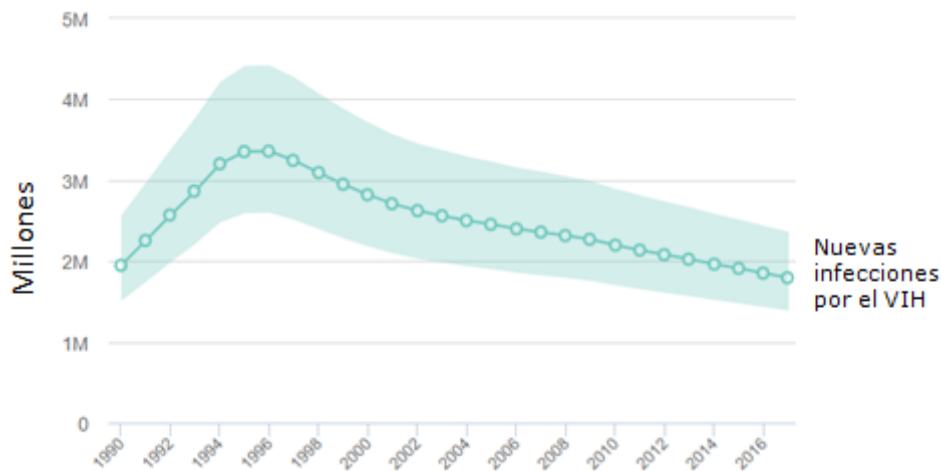
El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es el estado avanzado de la infección por el VIH, en el que el sistema inmunitario está muy debilitado y se manifiesta alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o cánceres relacionados con este virus (4). Además, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) acota este síndrome en función de que el número de células T CD4 presente en sangre sea menor de 200 por mm<sup>3</sup> (5).

La situación actual respecto a las primeras décadas de la epidemia es muy diferente. Los métodos diagnósticos y los tratamientos antirretrovirales (TAR) de gran actividad han supuesto un cambio en la historia natural de la enfermedad. Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial se redujo en un 39% y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte (6).

### **2.1 Justificación del programa**

Según datos recogidos por el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 78 millones de personas han contraído este virus cobrándose 35 millones de vidas en todo el mundo.

**Gráfico 1. Nuevas infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el mundo**



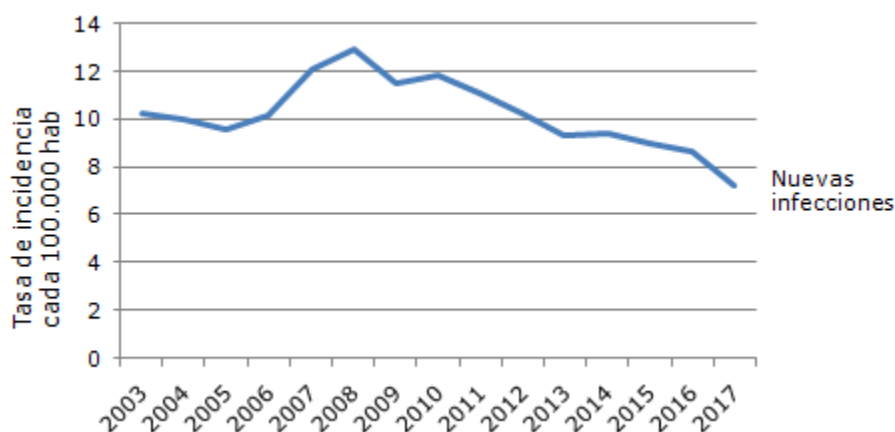
Fuente: ONUSIDA

El pico más alto de nuevas infecciones por el VIH tuvo lugar en 1996 con 3,4 millones de infecciones en ese año. Esta incidencia ha tenido un descenso progresivo hasta alcanzar 1,8 millones de nuevas infecciones en 2017. Es relevante destacar que gran parte de este número viene representada por el continente africano (1,1 millones de infecciones), mientras que las regiones de Europa Occidental y Central y América del Norte concentran 70.000 infecciones (7).

En cuanto a la situación de España, el informe de vigilancia epidemiológica del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social señala que en 2017 se diagnosticaron 3.381 nuevas infecciones (7,26 cada 100.000 habitantes). Desde 2013 se mantiene una población participante relativamente estable (anteriormente a este año el estudio valoraba menos comunidades autónomas), al igual que la tasa de incidencia hasta este último año, que ha descendido 1,45 puntos (Gráfico 2) (8).

En comparación con Europa, se concluye que la tasa global de nuevos diagnósticos de VIH en España en 2017 está en niveles similares a la de otros países de la Región Europea de la OMS. Sin embargo, aunque la mejora respecto a décadas pasadas es indudable, la tasa es superior a la media de la Unión Europea y de los países de Europa Occidental.

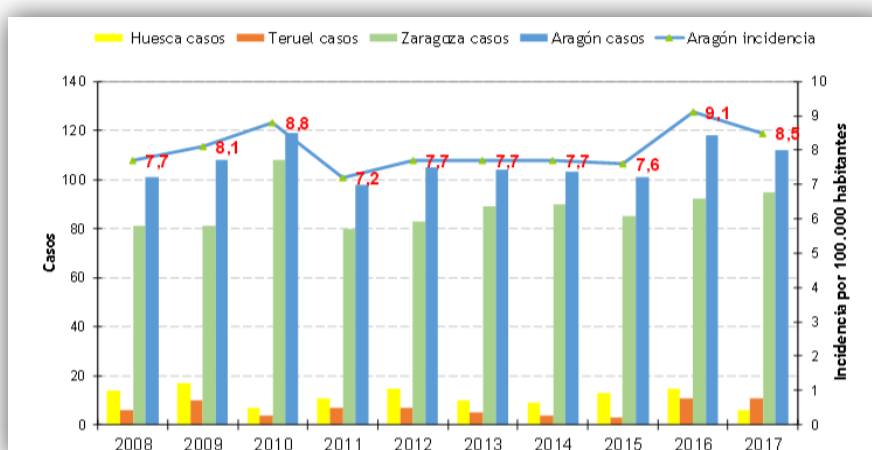
**Gráfico 2. Tasa de incidencia de infecciones por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en España**



Fuente: Informe de vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2017  
Elaboración propia

Si reducimos el objetivo de mira a Aragón, se dispone de un sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH, desde el 2008, de base poblacional. En 2017 se registró una tasa de 8,5 infecciones por 100.000 habitantes. Este dato es relevante al compararlo con la tasa de 7,7 de 2013, habiéndose mantenido estable hasta el 2016 que tuvo un repunte de 9,1. Como cifras absolutas, 112 han sido los nuevos casos en esta comunidad autónoma en 2017 (Gráfico 3) (9).

**Gráfico 3. Incidencia y casos de nuevos diagnósticos de infección por VIH. Aragón 2008-2017**

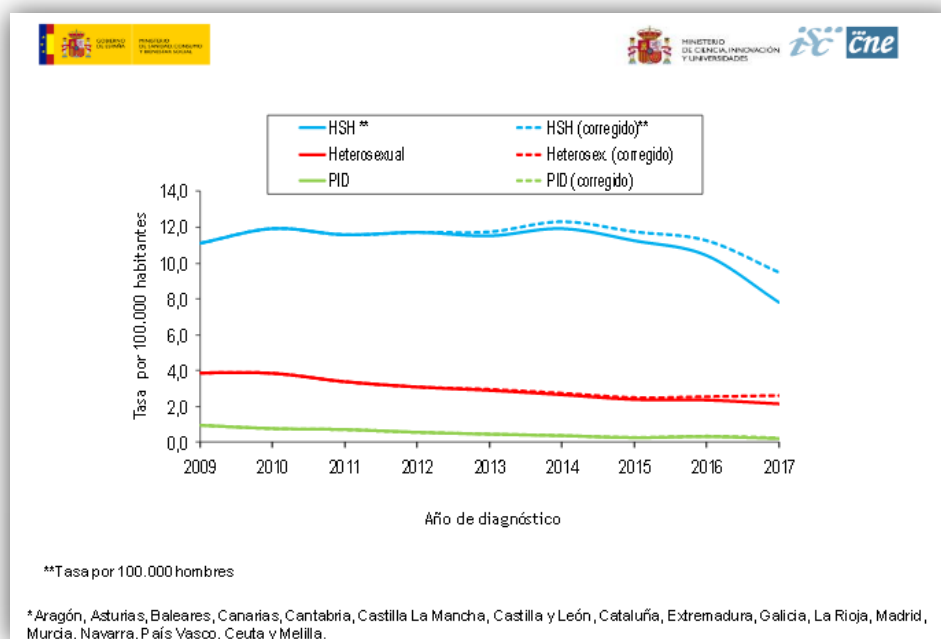


Fuente: Informe de vigilancia epidemiológica del VIH y sida en Aragón 2017

Hay grupos poblacionales que merecen especial atención por correr un mayor riesgo de infección por el VIH, con independencia del tipo de

epidemia y de la situación local. En décadas pasadas, una parte sustancial de la incidencia de infecciones por el VIH venía representada por el uso de drogas por vía parenteral pero actualmente la situación es diferente. Sin embargo, el 82,5% de los nuevos diagnósticos de VIH en España en 2017 fueron de transmisión sexual (Gráfico 4) (8).

**Gráfico 4. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH anuales según modo de transmisión. España 2009-2017**



Fuente: Informe de vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2017

Ante el hecho de que la infección por VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, el Informe de vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2017 destaca la necesidad de implantar y reforzar actuaciones eficaces para prevenir la transmisión por esta vía, adecuándolas a las circunstancias (8).

Relacionado con lo anterior, el informe de la Encuesta Hospitalaria de pacientes con VIH llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad analiza la evolución entre los años 2002 y 2017 de trece comunidades autónomas, entre ellas Aragón. Como resultados, entre los pacientes con VIH que mantuvieron relaciones sexuales en los últimos 12 meses, la proporción que no utilizó preservativo en la última relación sexual se incrementó de forma significativa (desde 18,1% en 2002 a 33,1% en 2017). Es destacable que

las edades en las que se destaca un menor uso del preservativo son del grupo de edad de 25 a 49 años (10).

Numerosas estrategias a diferentes niveles tienen como objetivo disminuir las nuevas infecciones por VIH y el sida. El compromiso nº3 de la **Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida**, de 2016, expone que será necesario *"garantizar el acceso a opciones de prevención combinada, entre ellas profilaxis previa a la exposición, circuncisión masculina médica voluntaria, reducción de daños, y preservativos, para como mínimo el 90% de las personas de aquí a 2020, especialmente mujeres jóvenes y niñas adolescentes en países con alta prevalencia y grupos de población clave (los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, los profesionales del sexo y sus clientes, las personas que usan drogas inyectables y los presos)"* (11).

En Aragón recientemente se ha publicado el Plan de Salud de Aragón 2030, que establece como objetivos, entre otros, *"Fomentar las conductas saludables en cualquier etapa de la vida"*, *"Incorporar el enfoque de salud positiva y promover los activos en salud a nivel individual, familiar y/o comunitario"* y *"Reorganizar los recursos del sistema sanitario hacia un enfoque integral y generalista"*, objetivos perfectamente aplicables a la disminución /eliminación de las infecciones por VIH (12).

Tras la exposición de estas cifras y el anterior encuadre institucional, se corrobora el mantenimiento de un problema de salud pública y es por ello que se propone este plan de intervención desde Terapia Ocupacional.

## **2.2 Justificación de la intervención desde la Terapia Ocupacional**

Si acudimos al Marco de Trabajo de la AOTA (3ª Ed.) (13), se incluye la actividad sexual dentro de dos ocupaciones: actividades básicas de la vida diaria y participación social con amigos/pares. Ante esto, la Terapia Ocupacional puede abordar las conductas sexuales desprotegidas promoviendo un desempeño ocupacional saludable y significativo.



En cuanto a la bibliografía analizada propia de Terapia ocupacional, los autores T. Tran, S. Thomas, D. Cameron y G. Bone destacan que es importante apoyar a los clientes educándolos y encaminándolos a recursos apropiados para hacerles sentir empoderados tomar decisiones vitales bien informadas. En cuanto a las enfermedades mentales como trastornos del estado de ánimo o abuso de sustancias pueden contribuir a aumentar las conductas de riesgo relacionadas con la infección por el VIH (14).

Por otro lado, K.N. Bernardin, D.N. Toews, G.J. Restall y L. Vuongphan, con el objetivo de conseguir habilidades de reducción del riesgo y motivar estilos de vida saludables, trabajaron los siguientes aspectos: motivación, manejo del estrés, prácticas sexuales seguras, autoeficacia, habilidades interpersonales, cognitivas y de afrontamiento, resolución de problemas y establecimiento de metas (15).

### **2.3 Elección de los marcos/modelos conceptuales**

El marco teórico de este programa se basa en tres pilares: el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), el marco cognitivo-conductual y el modelo de la Salutogénesis.

Se propone la aplicación del MOHO debido ya que otorga al terapeuta ocupacional la teoría y las herramientas prácticas para trabajar con personas que presenten inquietudes ocupacionales en su proceso de cambio. Toma como aspectos centrales el centrarse en la persona o colectivo como agentes activos de cambio para desarrollar sus potencialidades, el sentido de eficacia, de placer y significado.

Como principios específicos para la intervención en este modelo, se extraen:

- ❖ El desarrollo de la causalidad personal (sentido de eficacia) en el proceso de cambio es fundamental para facilitar el empoderamiento y habilidades de desempeño;
- ❖ La participación activa en el proceso de evaluación personal y de la realidad del ambiente físico, social, económico y político es indispensable para el logro del cambio de sus circunstancias;

- ❖ El cambio se enfoca en reafirmar potencialidades y fomentar el desarrollo de nuevas; y
- ❖ La consideración del impacto único que ejercen las diferentes dimensiones ambientales sobre la persona/población proporciona un razonamiento clave para el éxito de la intervención (16).

Como estrategias que facilitan el cambio, destacamos: validación, otorgar retroalimentación (compartir percepciones en relación con una situación de la persona), asesoramiento, dar ánimo (apoyo emocional, reafirmación) (17).

En cuanto al marco cognitivo-conductual, pone el foco en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos erróneos asociados a experiencias o situaciones específicas y actitudes desadaptativas (18). Intenta entender qué es lo que mantiene ahora el problema, qué impide el cambio y cómo se puede actuar para producirlo. Todo esto se analiza para que la persona pueda controlar y superar la resistencia que impide el cambio (19).

Por último, el modelo de la Salutogénesis creado por Aaron Antonovsky entiende la salud como un continuo de salud (bienestar) - enfermedad (malestar), poniendo en valor la capacidad del individuo (Sentido de Coherencia) para utilizar sus recursos (Recursos Generales de Resistencia) (20). Esta perspectiva se aleja del enfoque biomédico tradicional que consideraba a la persona como un sujeto pasivo, para dejar que tome un papel activo frente a su salud (21).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Promover conductas sexuales protegidas y reducir las desprotegidas en personas que hayan manifestado la realización de conductas sexuales de riesgo de infección por el VIH, mediante la mejora de habilidades y del sentido de autoeficacia y la modificación de creencias a través de actividades terapéuticas.

### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar qué variables individuales influyen en la realización de prácticas sexuales desprotegidas (penetración vaginal o anal sin preservativo) en la población diana;

Intervenir sobre las variables identificadas para promover prácticas sexuales protegidas y reducir la frecuencia de las desprotegidas

Desarrollar el sentido de responsabilidad ante el logro de objetivos y la toma de control sobre la salud sexual;

Transmitir el importante papel que juega la autoestima en las prácticas sexuales de riesgo;

Evaluar la eficacia del programa reevaluando la incidencia de prácticas sexuales desprotegidas en la población diana;

Evaluar la satisfacción de la población diana respecto al programa.

## **4. METODOLOGÍA**

### **A) Pasos previos al diseño del programa**

- I. El *análisis bibliográfico* comentado anteriormente, llevado a cabo mediante el siguiente método:

Las palabras clave, junto con los operadores booleanos AND y OR, utilizadas fueron: HIV, prevention, promotion, "occupational therapy" y "sexual risk behaviour". Se recurrió a revistas electrónicas específicas de Terapia ocupacional: Occupational Therapy International Journal (12 resultados), Canadian Journal of Occupational Therapy (24), American Journal of Occupational Therapy (3), British Journal of Occupational Therapy (53), Australian Journal of Occupational Therapy (3) y South African Journal of Occupational Therapy (9). Las bases de datos utilizadas fueron Medline, Cochrane Library Plus, Alcorze y OTSeeker, obteniéndose 5 resultados provenientes de la última.

También se recurrió a revistas como Irish Journal of Occupational Therapy, Indian Journal of Occupational Therapy y Journal of Occupational Therapy

Education, sin encontrarse resultados. En todo momento se aplicó el filtro "últimos 10 años".

De los 97 resultados obtenidos, se descartaron 95 debido a la no proximidad a los objetivos marcados.

## II. *Voluntariado*

Como trabajo de campo, se estableció contacto con recursos especializados en prácticas sexuales de riesgo. Concretamente, se estableció una relación de voluntariado con la Asociación de Ayuda para Personas que Viven con VIH/Sida (OMSIDA), fomentando la adquisición de nuevas perspectivas (de afectados por el VIH, del psicólogo y demás trabajadores y voluntarios). Se acudió a dos cursos organizados por la asociación: Curso de iniciación al voluntariado en OMSIDA y Taller de sesgos inconscientes y VIH.

### **B) Plan de intervención**

Se trata de un plan de promoción de prácticas sexuales saludables dirigido a población vulnerable de ser infectada por el VIH. Se considera esta población como aquella que ha sido diagnosticada con alguna enfermedad o infección de transmisión sexual (ETS o ITS) en atención primaria o en algún organismo especializado en esta índole o haya solicitado la profilaxis posexposición al VIH (PEP).

A continuación se explican brevemente las fases que estructuran este programa de intervención.

#### 1) Presentación de la propuesta a organismos públicos

Se proponen organismos cuyo trabajo tenga relación con el encuadre de este trabajo, como pueden ser el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (IASS), el Servicio Aragonés de Salud (SALUD) u OMSIDA.

Según la cartera de servicios publicada por el SALUD (22), se podría justificar un servicio de Terapia Ocupacional debido a la no cobertura actual de este a pesar de estar explícito en la cartera.

## 2) Captación de la población diana

Se plantea la idea de establecer una red de derivación en la que médicos de atención primaria o trabajadores de otros organismos sugieran a esta población diana la realización de este plan en un recurso comunitario.

Otra idea complementaria sería la creación de carteles publicitarios y situarlos en puntos geográficos estratégicos (sede de OMSIDA, la Cruz Roja, facultades universitarias, etc.), la publicitación a través del Boletín Diario de la Universidad de Zaragoza o el Centro de Información Juvenil CIPAJ.

La selección de esta población vendría determinada por los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- ❖ Acuden al servicio de terapia ocupacional voluntariamente
- ❖ Aquellas personas que verbalizan haber tenido al menos una práctica sexual desprotegida (penetración sin preservativo)

Criterios de exclusión:

- ❖ Personas diagnosticadas con trastorno mental grave (TMG)
- ❖ Personas con discapacidad intelectual reconocida
- ❖ Personas menores de edad

## 3) Evaluación de la población diana

Una vez definida la población diana, los grupos de intervención se compondrán de 15 participantes como máximo. Se procederá a iniciar la primera toma de contacto con el equipo profesional y comenzar así la evaluación de estos.

Se elaborará el perfil ocupacional y el análisis del desempeño ocupacional, mediante una entrevista semiestructurada, de cada persona para posteriormente establecer un diagnóstico ocupacional.

El perfil ocupacional recogerá información proporcionada por herramientas de evaluación propias del MOHO: Listado de intereses adaptado (Kielhofner

y Neville, 1983) (23) (Anexo I) y el Cuestionario Ocupacional (Smith, Kielhofner y Watts, 1986) (24) (Anexo II), obteniendo información acerca de la habituación, volición y sentido de autoeficacia de la persona en las ocupaciones de su vida diaria.

Para realizar el análisis del desempeño ocupacional se utilizará un cuestionario *ad-hoc* (Anexo III). Este cuestionario evalúa la frecuencia de prácticas sexuales con preservativo y prácticas sexuales de riesgo de infección por el VIH. También evalúa el sentido de autoeficacia de la persona respecto a la realización de conductas sexuales protegidas, cuyo formato está inspirado en la Autoevaluación Ocupacional (OSA) (25) que el MOHO provee.

Una vez realizada la evaluación de cada individuo, se procederá a hacer el diagnóstico ocupacional individualizado.

Conforme se vaya evaluando a los participantes, se irán agrupando para formar los grupos de 15 participantes en función del tipo de variables, que influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo, que el equipo profesional detecta. Se proponen algunas variables para organizar a los usuarios:

- a) Bajo autoconcepto (Grupo A)
- b) Problemas en el control de impulsos (Grupo B)
- c) Baja percepción del riesgo (Grupo C)

Para garantizar que los usuarios tengan conocimiento de su participación en el proyecto, se le pedirá cumplimentar la ficha del consentimiento informado (Anexo IV).

#### 4) Planificación de la intervención

La hipótesis que se plantea es la siguiente: la aplicación de la presente propuesta de intervención (variable independiente) da lugar a la mejora de los resultados obtenidos (variable dependiente) en los indicadores de incidencia de prácticas sexuales protegidas, incidencia de prácticas sexuales de riesgo y sentido de eficacia en la población diana.

Por contra, existen numerosas variables perturbadoras, i.e. distintas a la variable independiente pero que pueden influir en la dependiente, de las que deberemos ser conscientes. Ejemplos de ellas son la influencia de otros agentes sociales sobre la conducta y estados emocionales ajenos a la intervención.

En la siguiente tabla se concreta el número de actuaciones que se llevaría a cabo con cada grupo anteriormente establecido.

<b>Grupo</b>	<b>Duración del programa</b>	<b>Nº talleres grupales</b>	<b>Nº reuniones individuales por persona</b>	<b>Nº películas</b>	<b>Nº charlas de pares</b>
<b>A</b>	2 meses	9	6	4	3
<b>B</b>	2 meses	9	5	6	4
<b>C</b>	2 meses	9	5	6	4

Antes de iniciar las sesiones, se tendrá una reunión individual con cada persona para exponerle el plan que se quiere llevar a cabo y pedirle su opinión.

#### 5) Implementación de la intervención

Siguiendo el Marco de Trabajo, los enfoques de intervención más coherentes serían:

- ❖ *Crear o promover (promoción de la salud):* proveer experiencias proporcionadas por la actividad y el contexto que mejoren el desempeño en la vida real de la persona.
- ❖ *Prevenir:* abarcar las necesidades de personas en riesgo de tener problemas de desempeño ocupacional. Prevenir la aparición o evolución de barreras en el desempeño (saludable).

Como enfoque transversal en todo el proceso, es indispensable el centrado en la persona debido a la gran complejidad de factores que influyen en la realización de prácticas sexuales desprotegidas, habiendo detrás un contexto idiosincrásico que la sustenta.

Más específicamente, nos centraremos en las fortalezas de la persona, promoviendo una perspectiva positiva (siempre que sea posible). Por ejemplo, se hará hincapié en la valentía y el gran paso que estas personas hacen al venir a este servicio (teniendo en cuenta el estigma y el miedo a ser juzgados).

Los tipos de intervenciones de Terapia Ocupacional propuestos en este proyecto son:

- ❖ *Educación*: impartir conocimiento e información sobre la salud sexual, capacitando a la persona para adquirir comportamientos, hábitos y rutinas saludables.
- ❖ *Entrenamiento*: facilitar la adquisición de habilidades concretas para lograr objetivos específicos.
- ❖ *Intervenciones grupales*: uso del conocimiento y técnicas de liderazgo para facilitar el aprendizaje y adquisición de habilidades mediante dinámicas grupales e interacción social.

#### 6) Reevaluación

Se realizará con la herramienta utilizada en la evaluación inicial (Anexo III) con el objetivo de valorar la efectividad de la intervención y aplicando la definición operacional verificando o refutando la hipótesis.

En el caso de que no se cumplan los criterios de evaluación (indicadores de evaluación) descritos más adelante, se deberá replantear el plan, tomar una visión autocrítica (no solo en este momento, sino durante todo el proceso) y determinar posibles cambios o nuevas ideas encaminadas a una mayor aproximación a los objetivos.

Por último, también se llevará a cabo una valoración de la satisfacción de la población receptora del servicio.



## **5. DESARROLLO**

### **5.1 Resultados de la evaluación inicial**

La literatura científica sugiere que la autoeficacia para mantener conductas preventivas para la infección por el VIH guarda una asociación significativa e inversa con comportamientos sexuales de riesgo como el uso del preservativo, sexo en estado de embriaguez etílica, desconocimiento del estatus serológico de la pareja y nunca haberse realizado la prueba del VIH (26,27).

Por lo tanto, si uno de los criterios de inclusión en la población diana es la práctica de conductas sexuales de riesgo, es muy probable que también nos encontremos con una bajo sentido de autoeficacia.

### **5.2 Definición de las acciones/actuaciones del programa**

Para cada objetivo específico anteriormente redactado se proponen una serie de actuaciones para su correcta consecución.

<b>Objetivo</b>	<b>Actuaciones</b>
Identificar qué variables individuales influyen en la realización de prácticas sexuales desprotegidas en la población diana	✓ <b>Entrevista inicial</b> ✓ <b>Reuniones individuales</b> ✓ <b>Autoanálisis de la situación real</b>
Intervenir sobre las variables identificadas para promover prácticas sexuales protegidas y reducir la frecuencia de las desprotegidas	✓ <b>Talleres grupales</b> ✓ <b>Charla de pares</b> ✓ <b>Administrar material preventivo</b> ✓ <b>Apoyo social</b> ✓ <b>Visionado de filmografía</b>
Proporcionar información sobre las vías de transmisión del VIH (y otras ITS) y sus características	✓ <b>Charla de organización especializada</b> ✓ <b>Administrar material informativo</b>
Desarrollar el sentido de responsabilidad ante el logro de objetivos y la toma de control sobre la salud sexual	✓ <b>Prueba del VIH/ETS</b> ✓ <b>Diarios</b> ✓ <b>Charla de pares</b>

Transmitir el importante papel que juega la autoestima en las prácticas sexuales de riesgo	✓ <b>Búsqueda autónoma de información</b> ✓ <b>Charla de pares</b>
Evaluar la eficacia del programa reevaluando la incidencia de prácticas sexuales desprotegidas en la población diana	✓ <b>Evaluar con cuestionario para el análisis del desempeño ocupacional (Anexo III)</b>
Evaluar la satisfacción de la población diana respecto al programa	✓ <b>Cuestionario de satisfacción (Anexo VI)</b>

### **5.3 Descripción de las acciones/actuaciones**

A continuación se procede a explicar cada una de las acciones comentadas en el apartado anterior.

#### ✓ **Entrevista inicial**

La entrevista con cada uno/a de los participantes se llevará a cabo en un entorno privado del recurso. Se seguirá el guión propuesto en el Anexo V.

#### ✓ **Reuniones individuales**

En estas reuniones con el/la terapeuta, se hablará del seguimiento de la persona, sus progresos, sus resultados en los Análisis de la situación real, y en concreto de la autoestima.

Un pobre autoconcepto suele subyacer en las personas que tienen relaciones sexuales de riesgo (28) por lo que incidiremos en este tema, alentando a los usuarios a que busquen información sobre este (libros, documentales, conferencias, etc.). Los profesionales del recurso pueden recomendarle material de consulta.

#### ✓ **Autoanálisis de la situación real**

En una de las reuniones individuales (se valorará si proponerlo en la primera entrevista), se comentará lo importante que es conocerse a uno/a mismo/a para cambiar lo que no nos gusta. Incidiremos en el aspecto tabú

del sexo fomentado por la sociedad, que nos suele dificultar hablar de ello con naturalidad.

Propondremos al usuario que cada vez que experimente deseo sexual y/o mantenga sexo rellene un cuestionario *ad hoc* (Anexo VI) que se le proporcionará en ese mismo momento (tantas copias como sean necesarias).

Le trasladaremos la importancia del ejercicio introspección por su parte, siendo también relevante que nos cuente lo que escribe para poder trabajar sobre ello. Los datos que extraigamos de estas reflexiones será la piedra angular sobre la que deberemos basar nuestra intervención ya que obtendremos información sobre la forma de actuar, los gustos sexuales, las barreras para realizar prácticas sexuales de riesgo, los motivos para realizar prácticas sexuales de riesgo, etc.

#### ✓ **Talleres grupales**

Se reconoce a la terapia de grupo como la "mejor opción" para la mejora del autocontrol y autoestima en personas que tienen impulsos sexuales hacia conductas de riesgo (29). Por ello, se propone reunir a las personas que constituyen la población diana para la realización de sesiones grupales que tratarán diferentes temas:

##### *A) Talleres de presentación e interacción social (30 min)*

Se llevarán a cabo sesiones que fomenten la cohesión grupal y establezcan un apoyo social colectivo, abordando temáticas que resulten de interés (en la medida de lo posible) a todos los participantes.

##### *B) Tabú del sexo (30 min)*

Se propone una dinámica grupal en la que se hable de la visión que en la sociedad tenemos del sexo. Todos los prejuicios, prohibiciones y connotaciones negativas que se mantienen alrededor de este tema dificultan el cambio consciente de algunos comportamientos. Con la cooperación de un/a sexólogo/a, trasladaremos la importancia de racionalizar aquello que es guiado por el impulso.

### *C) Influencia de la pornografía (45 min)*

Anteriormente a este taller, se les pide a los/las participantes que si suelen consumir pornografía, analicen algunos aspectos de esta:

- 1) ¿Hay penetración sin preservativo?
- 2) Si hay penetración con preservativo, ¿se ve en cámara cómo es colocado?
- 3) ¿Hay comunicación/negociación acerca del tipo de sexo entre las personas que tienen sexo?
- 4) ¿Predominan algunas actitudes dependiendo del género o posición sexual? (Por ejemplo: roles de género, dominancia-sumisión, violencia, dependencia, etc.).

Los aspectos a analizar son muy variados, así que deberemos trasladar la libertad de comentar cualquier detalle que ellos/as piensen que es relevante.

Una vez ya en el taller, el/la terapeuta ocupacional, en cooperación con un/a educador/a social, expondrá cómo la pornografía condiciona nuestra conducta sexual. La mayoría de nosotros/as no ha tenido una educación afectivo-sexual como tal, sino que esas funciones las ha absorbido en gran parte la pornografía (30) y por lo tanto asimilamos unos patrones de conducta determinados (31,32).

De hecho, estudios demuestran una asociación positiva entre el consumo de pornografía y la práctica de relaciones sexuales desprotegidas (33,34).

Se procederá a comentar por parte de los/las participantes aquello que han observado en la pornografía. Como reflexiones finales del taller, se les invitará a ser más críticos con aquello que consumen y ser más conscientes del origen (uno de tantos) de sus conductas sexuales. También trasladaremos la validación de sentimientos entorno al sexo como la vergüenza, los nervios, las inseguridades, etc.

#### *D) Erotización de las conductas sexuales protegidas (45 min)*

Se dividirán a los participantes en grupos de 3-4 personas y cada grupo deberá anotar los pros y contras de realizar conductas sexuales protegidas (uso del preservativo, no realizar prácticas de riesgo, etc.).

Una vez hayan terminado la reflexión, se procederá a compartir todo lo mencionado (apuntándolo el/la terapeuta en una pizarra).

Una vez recabadas todas las opiniones, se debatirá en conjunto cada uno de los pros y contras para ver si todos/as coinciden (valorar otros puntos de vista puede cambiar nuestra forma de pensar y actuar). A los contras se les intentará buscar otro enfoque para fomentar las conductas sexuales protegidas.

Posteriormente, en los mismos grupos, se planteará pensar cómo podrían hacer más atractivo el uso del preservativo en el acto sexual.

#### *E) Estrategias de reducción de daños (30 min)*

Tomando un enfoque más compensatorio, estas estrategias son tipos de intervención que pretenden reducir los riesgos asociados de estas conductas.

Pondremos ejemplos de estas estrategias con el fin de que ellos desarrollen sus propias estrategias o adopten estas:

- ❖ Aumentar el tiempo dedicado al contacto sexual que no sea penetración para aumentar la excitación y reducir el tiempo de penetración;
- ❖ Utilizar gran cantidad de lubricante para disminuir la fricción y la aparición de microheridas;
- ❖ Autoprohibirse tener sexo con aquellas personas con las que ya han mantenido relaciones sexuales desprotegidas;
- ❖ Valorar la toma de la Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP);
- ❖ Mantener relaciones sexuales desprotegidas solamente con una persona en concreto (bajo previo acuerdo).

Animaremos a que los/las participantes piensen las suyas propias para fomentar la toma de control de su situación.

*F) Percepción del riesgo (1 hora)*

Muchos estudios nos ponen ante la evidencia de que lo más destacable es que la "susceptibilidad percibida" (factor determinante en la reducción del riesgo) no es suficientemente alta para disminuir las conductas de riesgo (28).

Por ello, en un taller explicaremos algunos de los sesgos cognitivos (se puede añadir tantos como se quiera) que se suelen presentar en las personas que mantienen relaciones sexuales de riesgo (y en muchas otras personas):

- ❖ Establecer filtros de aspecto físico. Una "apariencia sana" significa no tener ETS;
- ❖ El haber realizado conductas sexuales desprotegidas y haber tenido un diagnóstico negativo al VIH posterior hace que "bajemos la guardia";
- ❖ El lavarnos las zonas expuestas a fluidos reduce el riesgo de transmisión de ETS. Está comprobado que estos actos, lejos de reducir el riesgo, lo incrementa (35);
- ❖ El no mantener relaciones sexuales esporádicas (sino con parejas más estables) me exime de infectarme;
- ❖ El VIH solo afecta a determinados grupos poblacionales.

Posteriormente, procedemos a realizar una actividad más participativa. Cada participante escribe en un papel aquellas cualidades que cree que le hacen atractivo/a sexualmente y lo coloca en una zona corporal visible (pecho o abdomen). También tienen que escribir su nombre en 3 papeles más pequeños.

Una vez hecho todos los papeles, cada uno/a de ellos (por turnos) le dará un papel con su nombre a una persona cuya cualidad le atraiga y su cualidad propia sea atractiva para la otra persona (reciprocidad). Se harán tantos turnos como sean necesarios hasta que se agoten los intercambios.

El/la terapeuta va escribiendo en una pizarra los intercambios que se producen siguiendo un orden temporal.

Cuando ya no haya más intercambios, el/la terapeuta procede a explicar que los intercambios simbolizan relaciones sexuales desprotegidas y que dos personas (modificable, en función del número de participantes) tienen el VIH (con carga transmisible). En la pizarra se analiza las hipotéticas transmisiones del virus, con el fin de concienciar acerca del riesgo a los que todos estamos expuestos.

Se realizará otra ronda pero incluyendo a dos personas (modificable) que siempre utilizan preservativo o realizan prácticas sexuales seguras. Se analizará de nuevo la transmisión del virus y el efecto protector de estas medidas (36).

#### ✓ **Charla de pares**

Se invitará a personas que viven con el VIH para que trasladen su experiencia y, si es posible, dar algunos consejos a la población diana. Se pueden tratar temas como la impulsividad, la necesidad de satisfacción inmediata, la autoestima y/o la falta de comunicación entre las parejas sexuales. Será una charla bidireccional (a concretar con el ponente) en la que los usuarios pueden preguntar o interceder en ella.

#### ✓ **Apoyo social**

Uno de los elementos clave para la modificación de hábitos en personas afectadas por el VIH, dentro de una intervención cognitivo-conductual, es el fortalecimiento del apoyo social (37). Por ello se propone introducir este enfoque en este trabajo, fomentando la interacción social entre los miembros del grupo diana.

Para llevar a cabo este objetivo de manera transversal, se pueden tomar las siguientes estrategias:

- ❖ Organizarse para llevar comida (fomentar que sea casera) a los talleres grupales o a cualquier reunión;
- ❖ Actividades de ocio y tiempo libre acorde a sus intereses: deporte, cine, excursiones, festivales de música, etc;

- ❖ Bajo previo consentimiento, crear un grupo de WhatsApp con los integrantes y trabajadores/as.

#### ✓ **Visionado de filmografía**

Se propone ver, en grupo, algunas películas cuya temática sea el VIH/sida. El objetivo es conocer cómo se ha dado y da visibilidad a este tema desde el cine, con la hipótesis de que pueda remover conciencias y cambiar conductas. Algunos ejemplos de películas son:

- ❖ *Philadelphia* (1993)
- ❖ *Cómo sobrevivir a una epidemia* (2012)
- ❖ *Un corazón normal* (2014)
- ❖ *120 latidos por minuto* (2017)

Tras ver cada película, se comentarán las impresiones, opiniones, si se identifican o no, etc. No se forzará la conversación ante una actitud poco colaboradora de los participantes.

#### ✓ **Charla de organización especializada en ETS**

Con el objetivo de informar acerca de las vías de transmisión del VIH y otras ETS, se propone contactar con OMSIDA para organizar un coloquio que tratara estos posibles temas:

- ❖ Vías de transmisión del VIH y otras ETS;
- ❖ Discriminación hacia personas que viven con VIH;
- ❖ Información de los servicios que disponen (atención social y psicológica, actividades sociales, sensibilización, etc.);
- ❖ Importancia del estigma respecto al VIH/sida

#### ✓ **Diario**

Se le propone al grupo diana, de manera individualizada, recoger en un calendario (Anexo VII) todas las relaciones sexuales (protegidas y de riesgo) que mantienen. En ese calendario también anotarán otras variables como:

- El nivel de ansiedad diario (escala de 1 a 5);



- El nivel de responsabilidades o exigencia del día (escala de 1 a 5);
- Otras variables (las que la persona considere oportunas).

El objetivo de esta actividad es que la persona haga asociaciones entre las relaciones sexuales que mantiene y otras variables (pasado un periodo de tiempo puede hacer un gráfico) y así fomentar que intervenga sobre su salud.

#### ✓ **Prueba del VIH y otras ETS**

A todos/as se les animará a realizarse estas pruebas ya que un resultado negativo de ETS puede reforzar negativamente las prácticas de riesgo con el fin de mantener ese estado de salud (29). Se les aconsejará recursos donde hacerse la prueba como OMSIDA, el SALUD, o la Cruz Roja.

### **5.4 Delimitación de los recursos**

#### **Recursos humanos**

El equipo interdisciplinar que lleve a cabo el servicio estará compuesto por:

- Un/a terapeuta ocupacional que se encargue de los talleres grupales, evaluaciones, reuniones individuales;
- Un/a sexólogo/a que con el que el/la terapeuta ocupación cooperará en algún taller grupal, además de tener reuniones individuales;
- Un/a educador/a social que cooperará en algún taller grupal;
- Un/a psicólogo/a que realice reuniones individuales, ya que puede haber algunos aspectos donde el psicólogo esté más capacitado para intervenir (atracción al riesgo, homofobia interiorizada, rasgos de personalidad límite, etc.).

La cohesión del equipo interdisciplinar es fundamental (especialmente entre terapeuta ocupacional, sexólogo/a y psicólogo/a) para reunir todas las acciones hacia una misma dirección contando con la mayor información posible.

## Recursos físicos

El recurso en el que se lleve a cabo el programa deberá disponer de una sala amplia con sillas (con pala preferentemente) que den cabida al menos a 17 personas. En esta sala deberá haber una pizarra y un proyector. Otra sala más pequeña para realizar las reuniones individuales sería conveniente.

En algunos estantes debería haber material preventivo (preservativos masculinos y femeninos) y material informativo acerca de ETS (folletos, trípticos, etc.).

Se plantea la idea de hacer uso de un espacio ya existente en un centro de salud de atención primaria.

## 6. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Encaminados a la optimización o mejora de este plan de intervención, se desarrolla el proceso evaluativo de este. En las tablas que se muestran a continuación se recogen los indicadores que se utilizan medir la consecución de los objetivos.

### 6.1 Evaluación del proceso

Estas son las bases que permiten la mejora de la gestión operativa del presente programa:

	Indicadores	Resultados
<b>Evaluación del proceso</b>	Duración del programa	Se espera que el programa dure 2 meses.
	Nº de participantes	Se espera un mínimo de 8 participantes y un máximo de 15.
	Nº de participantes evaluados al inicio	Se espera que el 100% de los participantes sean evaluados al inicio del programa.
	Nº de participantes que finalizan el programa	Se espera que el 65% de los participantes finalicen el programa.

	Nº de tutorías individuales	Se espera que cada profesional (terapeuta ocupacional, psicólogo/a y sexólogo/a) tenga al menos 2 tutorías individuales con cada participante.
	Nº de talleres grupales	Se espera que se realicen al menos 6 talleres grupales.
	Nº de reuniones de equipo	Se espera que se realicen al menos una reunión a la semana.

## **6.2 Evaluación de los resultados**

En este caso se exponen las bases para garantizar la efectividad del programa, en función del objetivo propuesto.

	<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
<b>Evaluación de los resultados</b>	Frecuencia de conductas sexuales protegidas	Se espera que al menos el 70% de los participantes incrementen la frecuencia de utilización del preservativo.
	Frecuencia de conductas sexuales de riesgo	Se espera que al menos el 50% de los participantes reduzcan la frecuencia de conductas sexuales de riesgo.
	Sentido de autoeficacia	Se espera que al menos el 50% de los participantes incrementen su media de sentido de autoeficacia.

## **6.3 Evaluación de la satisfacción**

Una vez realizado el programa con nuestra población, evaluaremos la satisfacción de cada persona a través de un cuestionario autoadministrado (Anexo VIII). Se aconseja que la persona lo lleve a cabo en una sala sin otras personas.

## **7. CONCLUSIONES**

Esta propuesta de intervención nace de la premisa de que históricamente se ha tomado la prevención de la infección por el VIH con una perspectiva basada en la transmisión de conocimientos o en el intento de cambio de actitudes.

De forma complementaria, este trabajo tiene un enfoque más participativo y de auto-gestión por parte del usuario valorando otras variables como las habilidades de gestión de la ansiedad, tabúes, percepción de riesgo, etc.

Respecto a las novedades que plantea este programa, destaca la captación de la población diana mediante el servicio de atención primaria vinculando la Terapia Ocupacional con esta.

En cuanto a las limitaciones, el proyecto no ha podido llevarse a la práctica por lo que este trabajo cuenta con una visión exclusivamente teórica. Si se lleva a cabo, la realidad de las circunstancias establecerá los cambios oportunos en este sin perder el enfoque individualizado en la persona. También se procedería a la comparación de los resultados obtenidos con los resultados de otras intervenciones que tienen como objetivo la prevención de la infección por el VIH o la promoción de conductas sexuales saludables.

Por último, es reseñable cómo ha influido la no existencia del terapeuta ocupacional en atención primaria en el diseño de la estructura que materializa el programa (recurso que lo lleva a cabo, sistema de derivación, etc.).

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

1. Fabra A, Ferreire CB, Yuste E, Sánchez-Merino V. El virus de la inmunodeficiencia humana: Agente etiológico del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En: Gatell JM, Clotet B, Podzamczar D, Miró JM, Mallolas J. Guía Práctica del SIDA. 13ª edición. Barcelona: Editorial Antares; 2015. p. 1-15.
2. HIV.GOV: A Timeline of HIV and AIDS [Internet]. Washington: SMAIF; 2015 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/history/hiv-and-aids-timeline>
3. De la Torre J. 30 años de VIH-SIDA. Balance y nuevas perspectivas de prevención. Madrid: Universidad Pontificia Comillas; 2013.
4. Organización Mundial de la Salud: VIH/SIDA [Internet]. Ginebra: WHO Press; 2019 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](https://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)
5. Centers for Disease Control and Prevention: About HIV/AIDS. What are the stages of HIV? [Internet]. Atlanta: Editorial Board; 2019 [citado 22 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/basics/whatishiv.html>
6. Panel de Expertos de GESIDA. Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH. Madrid. Disponible en: [http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida\\_DC\\_Control\\_y\\_Monitorizacion\\_b23\\_01\\_18.pdf](http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2018/01/gesida_DC_Control_y_Monitorizacion_b23_01_18.pdf)
7. ONUSIDA. Hoja informativa. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017 [Internet]. Ginebra; 2018. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Fact\\_Sheet\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Fact_Sheet_es.pdf)
8. Área de Vigilancia de VIH y Comportamientos de Riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2017: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida. Plan Nacional sobre el Sida - D.G. de Salud Pública,

9. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en Aragón, año 2017. Sistema de información de nuevos diagnósticos de infección por VIH. Registro de casos de sida. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Aragón.
10. Encuesta Hospitalaria de pacientes con infección por el VIH. Resultados 2017. Análisis de la evolución 2002-2017. Centro Nacional de Epidemiología- Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida- S.G. de Promoción de la salud y Vigilancia en Salud Pública. Madrid; 2018
11. Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Asamblea General de Naciones Unidas. Nueva York; 2016. Disponible en: [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf)
12. Plan de Salud de Aragón 2030. Gobierno de Aragón. 2018. Disponible en: <http://plansaludaragon.es/wp-content/uploads/2018/09/Plan-de-Salud-FINAL-EDITADO.pdf>
13. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). Am J Occup Ther [Internet] 2014 [consultado 15 mayo 2019]; 68(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>
14. Tran T, Thomas S, Cameron D, Bone D. Rehabilitation in the context of HIV: Implications for occupational therapists. Can J Occup Ther [Internet] 2007 [consultado 22 mayo 2019]; 9(2). Disponible en: [https://caot.in1touch.org/document/3892/OTNow\\_Mar\\_07.pdf](https://caot.in1touch.org/document/3892/OTNow_Mar_07.pdf)
15. Bernardin KN, Toews DN, Restall GJ y Vuongphan L. Self-management interventions for people living with human immunodeficiency virus: A scoping review. Can J Occup Ther [Internet] 2013 [consultado 22 mayo 2019]; 80(3). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0008417413512792>

16. De las Heras de Pablo, CG. Modelo de Ocupación Humana. Madrid: Editorial Síntesis; 2015
17. Kielhofner G, Forsyth K. Estrategias terapéuticas para facilitar el cambio. En: Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. 4ª edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 185-196.
18. Morris L, Nightingale J. CBT for OCD: Habituation or cognitive shift?. Cognitive Behaviour Therapist [Internet] 2014 [consultado 23 mayo 2019]; 7(e6). Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85051204483&origin=resultslist&sort=r-f&src=s&st1=CBT&nlo=&nlr=&nls=&sid=68575363b985b06f97d550c2ab15a319&sot=b&sdt=cl&cluster=scoopenaccess%2c%221%22%2ct%2b%2c%22PSYC%22%2ct&sl=18&s=TITLE-ABS-KEY%28CBT%29&relpos=14&citeCnt=0&searchTerm=>
19. Garra Palud L. Técnicas cognitivo-conductuales en Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Síntesis; 2016
20. Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En: Hernán M, Morgan A, Mena AL. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Sevilla: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 27-49. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/245024472\\_Analisis\\_del\\_Modelo\\_Salutogenico\\_y\\_del\\_Sentido\\_de\\_Coherencia\\_retos\\_y\\_expansion\\_de\\_un\\_enfoque\\_positivo\\_de\\_la\\_salud\\_y\\_el\\_desarrollo/download](https://www.researchgate.net/publication/245024472_Analisis_del_Modelo_Salutogenico_y_del_Sentido_de_Coherencia_retos_y_expansion_de_un_enfoque_positivo_de_la_salud_y_el_desarrollo/download)
21. Mittelmark MB, Bauer GF. The Meanings of Salutogenesis. En: Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M, Bauer GF, Pelikan JM, Lindström B, Espnes GA. The Handbook of Salutogenesis. Ginebra: Springer; 2017. p. 7-14. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/pdf/Bookshelf\\_NBK435831.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK435831/pdf/Bookshelf_NBK435831.pdf)
22. Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo; 2019. Disponible en: <https://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/docs/Ciudadano/AtencionUsuario/OferoServicios/CARTERA+ATENCION+PRIMARIA.PDF>

23. Kielhofner G, Neville A. Listado de intereses adaptado. Modelo de Ocupación Humana. University of Illinois at Chicago; 1983.
24. Smith J, Kielhofner G, Watts M. Occupational Questionnaire (OQ). Model of Human Occupation. Chicago: Clearing-house; 1986.
25. Baron K, Kielhofner G, Iyenger A, Goldhammer V, Wolenski J. The Occupational Self Assessment (OSA). Model of Human Occupation. Chicago: Clearing-house; 2002.
26. Khumsaen N, Stephenson R. Beliefs and perception about HIV/AIDS, self-efficacy, and HIV sexual risk behaviours among Young Thai men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* [Internet] 2017 [consultado 24 mayo 2019]; 29(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6477019/pdf/nihms-1022835.pdf>
27. Guerra-Ordoñez JA, Benavides-Torres RA, Onofre-Rodríguez DJ, Márquez-Vega MA, Guerra-Rodríguez GM, Wall KM. Self-efficacy and Coping as Correlates of Migrant Safe Sexual Behaviour to Prevent HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care* [Internet] 2017 [consultado 24 mayo 2019]; 28(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28629799>
28. De la Cruz Martín-Romo C, Sáez Sesma S. Prevención del VIH/SIDA: claves educativas. Madrid: Cruz Roja Juventud; 2003.
29. Farré Martí JM, Fullana Rivas, MÀ. Recomendaciones terapéuticas en terapia cognitivo-conductual. Barcelona: Editorial Ars Medica; 2004.
30. Leon-Larios F, Saavedra-Macias FJ, Albar-Marin MJ, Gomez-Baya D. Pornography influence among young students: adaptation and validation of pornography consumption inventory into Spanish. *Journal of Sex & Marital Therapy* [Internet] 2019 [consultado 24 mayo 2019]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2019.1610124?scroll=top&needAccess=true>
31. Salawu AT, Reis SO, Fawole OI, Dairo MD. Sexual behaviour and use of electronic media among undergraduates in the University of Ibadan. *Afr J Med Med Sci* [Internet] 2015 [consultado 24 mayo 2019]. Disponible en:



[https://www.researchgate.net/publication/306998440\\_Sexual\\_behavior\\_and\\_use\\_of\\_electronic\\_media\\_among\\_undergraduates\\_in\\_the\\_University\\_of\\_Ibadan](https://www.researchgate.net/publication/306998440_Sexual_behavior_and_use_of_electronic_media_among_undergraduates_in_the_University_of_Ibadan)

32. Dwulit AD, Rzymiski P. Prevalence, Patterns and Self Perceived Effects of Pornography Consumption in Polish University Students: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health* [Internet] 2019 [consultado 24 mayo 2019]; 16(10). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/10/1861/htm>
33. Mahapatra B, Saggurti N. Exposure to pornographic videos and its effect on HIV-related sexual risk behaviours among male migrant workers in southern India. *PLoS One* [Internet] 2014 [consultado 24 mayo 2019]; 9(11). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244083/pdf/pone.0113599.pdf>
34. Træen B, Hald GM, Noor SW, Iantaffi A, Grey J, Rosser BR. The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *Int J Sex Health* [Internet] 2014 [consultado 24 mayo 2019]; 26(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041739/pdf/nihms577954.pdf>
35. Transmisión sexual del VIH. Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales. 2ª edición. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH). Barcelona; 2016. Disponible en: [http://gtt-vih.org/files/active/0/GUIA\\_transmision\\_sexual\\_web\\_2Edi.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/0/GUIA_transmision_sexual_web_2Edi.pdf)
36. Campaña de prevención del VIH/SIDA 2005-2006 "El lugar no importa. La luna es imprescindible". Guía de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual y sexualidad. Consejo de la Juventud de España; 2005. Disponible en: [http://www.gazteaukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala\\_sexualitatea/es\\_material/adjuntos/CJE\\_El\\_lugar\\_no\\_importa.pdf](http://www.gazteaukera.euskadi.eus/contenidos/noticia/materiala_sexualitatea/es_material/adjuntos/CJE_El_lugar_no_importa.pdf)
37. Caballo, VE. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos. Madrid: Siglo Veintiuno; 1997.

## 9. ANEXOS

### Anexo I. Listado de intereses adaptado

**LISTADO DE INTERESES ADAPTADO**  
**Kielhofner, G., Neville, A. (1983)**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										

Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/ Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tenis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

## Anexo II. Cuestionario Ocupacional

Nombre: \_\_\_\_\_

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo				Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5. muy importante 4. importante 3. sin importancia 2. prefiero no hacerla 1. pérdida de tiempo				Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto						
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

Actividades que realizó cada media hora desde las:	Pregunta n°1 Yo considero esta actividad como: T- trabajo DV- tarea del diario vivir R- recreación D- descanso				Pregunta n°2 Yo considero que esta actividad la llevo a cabo: 5- muy bien 4- bien 3- regular 2- mal 1- pésimo				Pregunta n°3 Para mí, esta actividad es: 5- muy importante 4- importante 3- sin importancia 2- prefiero no hacerla 1- pérdida de tiempo				Pregunta n°4 Cuanto disfrutas de esta actividad: 5- me gusta mucho 4- me gusta 3- ni me gusta ni me disgusta 2- no me gusta 1- la detesto						
	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
4:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
5:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
6:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
7:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
8:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
9:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
10:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
11:30 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:00 P.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
12:30 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
1:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:00 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
2:30 A.M.	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1
3:00 AM	T	DV	R	D	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	5	4	3	2	1

### Anexo III. Cuestionario para el análisis del desempeño ocupacional

1. En toda su vida, aproximadamente ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales, aunque fuera una sola vez?
  - a. De 0 a 20
  - b. De 20 a 50
  - c. De 50 a 100
  - d. Más de 100
  
2. En las relaciones sexuales con penetración que mantuvo durante los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia usó preservativo?
  - a. Nunca
  - b. Casi nunca
  - c. Ocasionalmente
  - d. Casi siempre
  - e. Siempre
  
3. ¿Cuáles de los siguientes métodos para evitar ETS en las relaciones sexuales utilizó durante los últimos 30 días?
  - a. No puse medios, nunca me ha pasado nada
  - b. Penetración desprotegida breve
  - c. El aspecto físico y/o actitudes de la pareja me parecieron de una persona sana
  - d. "Marcha atrás"\*
  - e. Uso del preservativo
  - f. Otros:

\*Mantener una penetración desprotegida y retirar el pene en el momento de la eyaculación

4. Las siguientes frases en infinitivo se refieren a acciones relacionadas con la realización de prácticas sexuales protegidas. Para cada frase, indique con una X cuán capaz se considera usted para realizarlas.

No hay respuestas correctas o incorrectas, reflexione sobre cada una de las frases y sea lo más honesto/a posible.

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
	<b>Nada capaz</b>	<b>Poco capaz</b>	<b>Capaz</b>	<b>Muy capaz</b>
<b>Proponer el uso del preservativo</b>				
<b>Comprar preservativos</b>				
<b>Evitar conductas de riesgo**</b>				
<b>Llevar un control de mi estatus serológico</b>				
<b>Hablar abiertamente con mi pareja sexual de sexo protegido</b>				

\*\*Penetración sin preservativo, eyaculación en mucosas, practicar sexo tras haber consumido alcohol u otras drogas.

## **Anexo IV. Preguntas más frecuentes y consentimiento informado**

### **INFORMACIÓN PREVIA AL CONSENTIMIENTO**

#### **¿POR QUÉ YO?**

Porque usted va a recibir el servicio de Terapia ocupacional del que forma parte este estudio.

#### **¿EN QUÉ CONSISTE EL PROYECTO?**

Consiste en la aplicación de un servicio sociosanitario cuyo objetivo es promover conductas sexuales saludables y reducir las desprotegidas en población en riesgo de infección por el VIH.

#### **¿QUIÉN TIENE ACCESO A LOS DATOS DEL PROYECTO?**

Solo tienen acceso las personas encargadas de la investigación y de forma anónima mediante codificación de casos.

#### **¿SI NO ME APETECE, NO PUEDO, NO QUIERO SEGUIR EN EL ESTUDIO, QUÉ OCURRE?**

Usted puede decidir en cualquier momento su inclusión, así como su exclusión del proyecto sin más que comunicarlo y sin dar explicaciones si así lo desea.

Consentimiento informado

Título del estudio: **Intervención de Terapia Ocupacional para la promoción de conductas sexuales saludables en población en riesgo de infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana**

Yo,....., con DNI .....

He leído la hoja de información que se me ha entregado,

He podido hacer preguntas sobre el estudio,

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que la participación es voluntaria,

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados o atención sociosanitaria.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

En                                      a ..... de ..... de 20

Firmado:

## **Anexo V. Guión de la entrevista**

### *1. Recepción y saludo*

Nos presentaremos ante la persona y dejaremos que ella también se presente. Valoraremos su grado de activación o inhibición para el discurso (retraimiento, espontaneidad, verborrea...) para adoptar una actitud u otra con la cual fomentar en la persona el sentimiento de aceptación y empatía.

### *2. Datos personales*

Empezaremos pidiendo una información ajena a contenido sexual para evitar brusquedades en cuanto al ritmo de la entrevista. Se rellenarán los siguientes ítems, pudiendo añadir otra información si el/la terapeuta ocupacional lo considera relevante. Para obtener información acerca de sus intereses ocupacionales, le proporcionaremos el Listado de intereses adaptado (Kielhofner y Neville, 1983).

- a. Nombre:
- b. Edad:
- c. Ocupación:
- d. Escolaridad:
- e. ¿Con quién vive?:
- f. Intereses ocupacionales

### *3. Motivo de consulta*

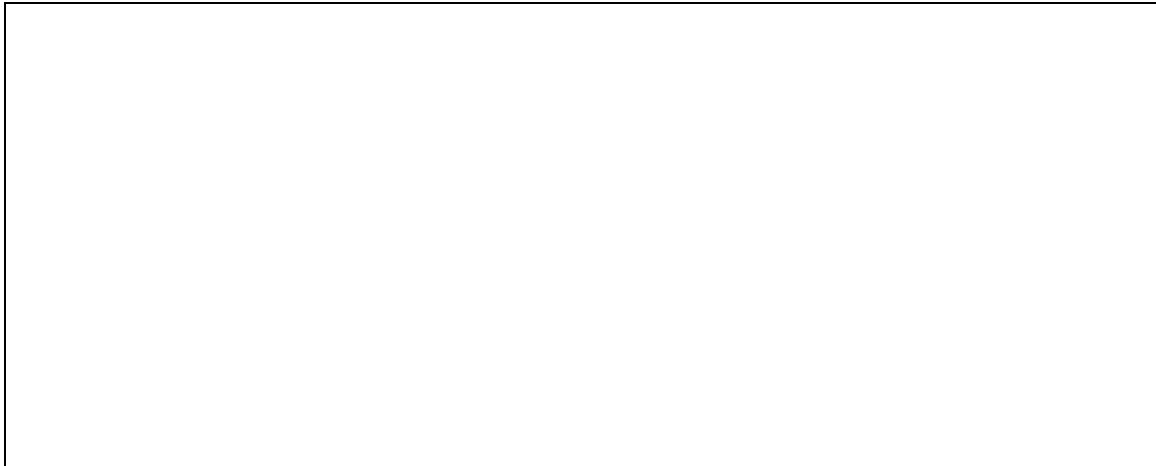
Se introduce este tema con cuidado. Si observamos que la persona se encuentra nerviosa, podemos preguntarse si se encuentra cómoda. Podemos recurrir al humor para dar pie al motivo de consulta: "Ambos/as sabíamos que esto iba a llegar...", por ejemplo.

Anotar aquí lo que la persona detecta como problemas



#### *4. Historia de vida*

He aquí un paso más profundo en la temática en cuestión. Le pediremos que nos cuente acerca de su vida: su infancia, adolescencia, madurez, etc. Encaminaremos la conversación hacia el inicio de las prácticas sexuales y especialmente las prácticas sexuales de riesgo, para analizar si siempre ha mantenido la misma causalidad personal e intereses. Siempre respetaremos el ritmo de discurso de la persona, sin interrumpirla.



#### *5. Agradecimiento*

Le damos las gracias por haber compartido con nosotros/as toda la información, la cual valoramos significativamente. Debemos trasladarle que el paso que ha dado acudiendo al recurso y tomando la iniciativa es muy importante en su proceso de llevar una vida más saludable (tomando la perspectiva del foco en las fortalezas).

#### *6. Propuesta del plan*

Se le introduce el plan de intervención que se ha planteado, comentándole que conocerá a otras personas que acuden al recurso por el mismo motivo. Recalcar que siempre valoraremos su opinión y que esta será una guía para llevar a cabo las sesiones. Si lo creemos correcto, aprovechamos para entregarle la plantilla de autoanálisis de la situación real (Anexo).

#### *7. Despedida*

Valoraremos si la persona nos quiere contar algo más. Si no es así, procederemos a despedirnos. Si lo consideramos oportuno, nos despediremos con un abrazo para fomentar la construcción de la relación terapéutica. Si, en cambio, no lo vemos adecuado, procederemos a estrechar las manos.

## **Anexo VI. Autoevaluación de la situación real**

A continuación le proponemos una serie de preguntas acerca de todo lo relacionado que usted experimenta cuando se presenta el deseo sexual y/o relación sexual. Los objetivos que subyacen son que conozca y verbalice sus impulsos, sus formas de actuar y pensar, etc. para poder tomar control sobre sí mismo y conseguir sus objetivos.

Debido al alto grado de intimidad de las preguntas, el equipo solamente tendrá acceso a aquella información que usted quiera, sin juzgar sus actos. Sin embargo, exteriorizar estos pensamientos puede ayudarle a tomar otros puntos de vista y a concienciarse de todas estas cuestiones.

Día \_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

*Previo a la relación sexual*

1. Cuando siente el deseo sexual, ¿Qué siente a nivel orgánico?

2. ¿Y mentalmente? ¿Visualiza la relación sexual? ¿Cómo es?

3. ¿Piensa sobre el uso/no uso del preservativo? Anote lo más detalladamente posible sus pensamientos.

4. ¿Puede ser que no quiera enfrentarse a una situación (estudios, responsabilidades, conflictos interpersonales, etc.) y recurra al sexo para evadirse?

*Posterior a la relación sexual (si se da el caso)*

5. ¿Cómo ha conocido a la persona con la que ha mantenido la relación sexual?

6. ¿Ha mantenido alguna conducta sexual de riesgo? ¿Cuál? Por ejemplo: penetración insertiva/receptiva sin preservativo, eyaculación en su boca, etc.

7. ¿Cuáles son sus sentimientos, pensamientos y/o sensaciones ahora? Por ejemplo: preocupación, ansiedad, culpa, satisfacción, relajación, etc.

8. Si ha realizado una conducta sexual de riesgo, ¿Cuál ha sido el motivo?

- a. No disponíamos de preservativo
- b. Obtengo un mayor placer con la penetración sin preservativo
- c. Me atrae la propia idea de realizar conductas sexuales de riesgo
- d. Confié en que la pareja sexual no tuviese ninguna ETS
- e. Me dio vergüenza introducir el tema del preservativo (miedo al rechazo, a ser juzgado/a, a no ser capaz de utilizarlo, etc.
- f. Otros:

9. Si ha mantenido conductas sexuales de riesgo, ¿Qué cree que le ayudaría a dejar de tenerlas? Si ha mantenido conductas sexuales protegidas, ¿Qué cree que le ayudaría a mantenerlas?

## Anexo VII. Calendario

Mes:            Año:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>
<b>13</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>19</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>
<b>25</b>	<b>26</b>	<b>27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>31</b>					

**Relaciones sexuales de riesgo (rojo)**

**Relaciones sexuales protegidas (azul)**

**Nivel de ansiedad (de 1 a 5) (morado)**

**Nivel de responsabilidades (de 1 a 5) (verde)**

## Anexo VIII. Cuestionario de satisfacción

Por favor le pedimos que rellene este cuestionario con el fin de mejorar el servicio que usted ha recibido. Muchas gracias de antemano.

RODEE CON UN CÍRCULO LA OPCIÓN QUE CONSIDERE:

1. ¿Cómo considera la calidad de los servicios recibidos?

1	2	3	4	5
Mala	Regular	Normal	Buena	Perfecta

2. ¿En qué medida el servicio le ha ayudado a resolver sus problemas?

1	2	3	4
En nada	Algo me ha ayudado	Ha resuelto varios de mis problemas	Ha resuelto todos mis problemas

3. ¿Cómo considera que ha sido el trato por parte de los profesionales?

1	2	3	4
Lamentable	Regular	Aceptable	Excelente

4. ¿Le recomendaría el servicio a otra persona en su misma situación?

1	2	3	4
No definitivamente	Depende del caso, pero no	Creo que sí	Rotundamente sí

5. Aquello que se tendría que mejorar es:

--------------------------

6. Aquello que más me ha gustado es:

--------------------------