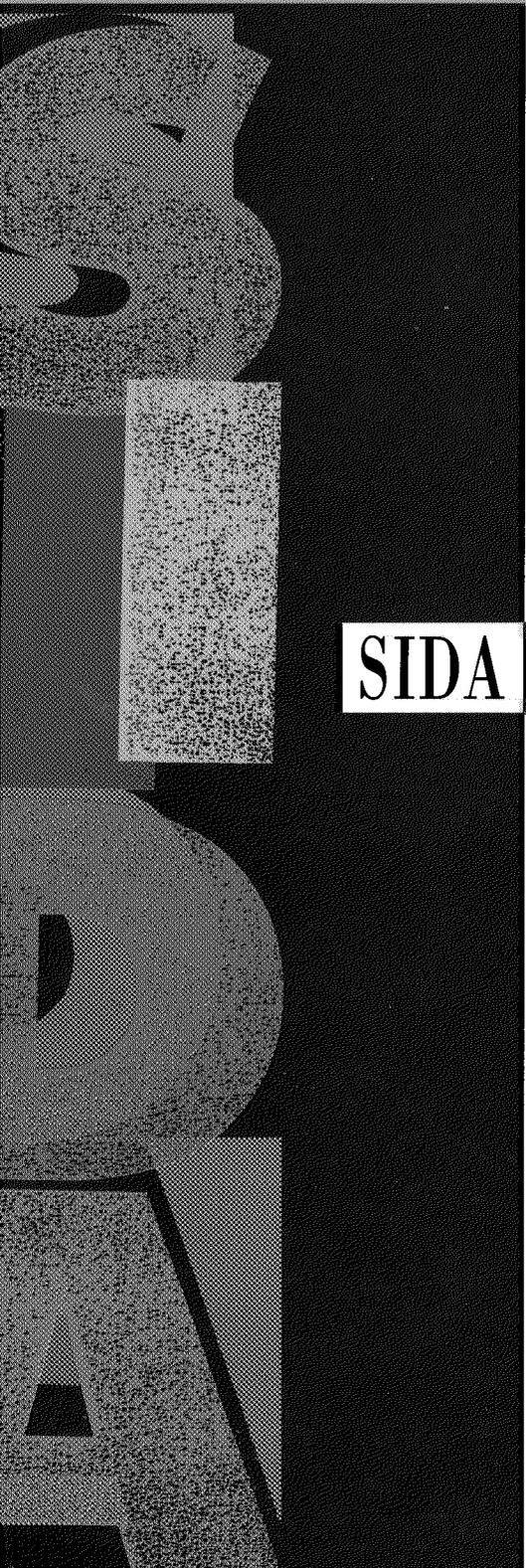




Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud

MONOGRAFIA
SANITARIA 13



SIDA Y ADOLESCENCIA

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento a los Centros que participaron en este estudio. Agradecimiento extensivo tanto a los estudiantes como al personal docente de los mismos, sin cuya colaboración este trabajo habría sido imposible.

Nuestro agradecimiento también a José Antonio López Pina, de la Universidad de Murcia, por sus comentarios sobre la confiabilidad de las escalas.

Por último queremos agradecer las valiosas aportaciones y sugerencias realizadas por Francisco Pérez Riquelme, Francisco Ramos Postigo, Carmen Orenes García y Pilar Rivas Maestro, de la Dirección General de Salud; y Francisco Pagán Martínez y Pilar Miranda López, del Ministerio de Educación y Ciencia.

PREFACIO

La Educación para la Salud es uno de los instrumentos más eficaces con que contamos para mejorar el nivel de salud de la población de nuestra Comunidad. En algunos casos, como es el de la infección por el virus del SIDA, constituye el recurso más importante de que disponemos, para luchar contra la extensión del problema.

La presente publicación se enmarca dentro de los siempre ambiciosos objetivos de la Educación para la Salud, específicamente en lo que se refiere a la adolescencia. Parte de la constatación de que los adolescentes, como grupo, presentan una problemática particular y unas características diferenciales que nos obligan a desarrollar actividades especialmente diseñadas para ellos.

En el tema que nos ocupa convergen varios de los problemas más acuciantes que rodean a los jóvenes. Cuando hablamos de conductas que se relacionan con la infección por el Virus del SIDA, estamos hablando también del uso de drogas, de otras enfermedades transmisibles sexualmente, o del embarazo adolescente. Todas ellas son situaciones que se han tratado aisladamente en numerosas ocasiones. Sin embargo, hemos creído más oportuno el desarrollo de un programa global, capaz de presentarse en unas condiciones similares en todos los Centros Educativos de la Región de Murcia.

La andadura de este programa comenzó en el curso 89/90, con el análisis de la situación en que se encontraban los adolescentes murcianos en relación a la infección por VIH. Consideramos de importancia comenzar explorando sus conocimientos sobre el tema, sus actitudes hacia las personas afectadas, y su conducta. Posteriormente, se realizó un estudio comparativo entre distintas metodologías, para determinar qué tipo de acercamiento resultaba más efectivo para trabajar en este campo. Dispondríamos así, de una base de la que partir para el diseño de actividades preventivas y posibilitar su posterior evaluación.

Con este libro comienza a dar fruto el trabajo realizado desde entonces, y próximamente verá la luz una segunda publicación donde, partiendo de las conclusiones obtenidas de los dos estudios mencionados, se sentarán las bases para la puesta en marcha y el desarrollo de programas educativos en los Centros Docentes.

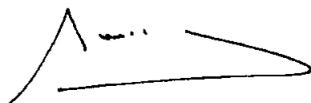
Con la publicación de estos resultados queremos cumplir con otro importante objetivo: devolver la información a los centros donde ha sido recogida. Creemos que es al colectivo educativo, a aquellos que trabajan a diario con los jóvenes de nuestra Comunidad, a quienes más interesa conocer la problemática en que estos se desen-

vuelven. Por eso, con todo nuestro agradecimiento a los equipos de los centros participantes, queremos dar cuenta de los resultados obtenidos a la comunidad educativa en general.

Este estudio ha sido posible gracias a la firma del Convenio de Colaboración suscrito entre la Dirección General de Salud y la Dirección Provincial del MEC en Murcia, en materia de Educación para la Salud. Es nuestro deseo que sirva para consolidar esta colaboración, y que el trabajo conjunto de ambas Instituciones siga produciendo frutos en el futuro.

Murcia, a 16 de Septiembre de 1991

José María García Basterrechea
Director General de Salud

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of connected loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Antonio Puig Renau
Director Provincial del MEC

A handwritten signature in black ink, featuring a prominent vertical stroke and several smaller loops and flourishes.

INDICE

	<u>PAGINA</u>
INTRODUCCION	1
1. ¿Por qué los adolescentes?	4
2. Necesidad del estudio	8
METODO	9
1. Sujetos	11
2. Instrumentos	13
3. Método estadístico	13
4. Características de la muestra	14
RESULTADOS	17
1. Fuentes de información	19
2. Fuentes preferidas de información	20
3. Conocimientos sobre la infección por VIH	20
3.1. Conocimientos generales	20
3.2. Conocimientos sobre transmisión del VIH	21
3.3. Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH	22
3.4. Relaciones con otras variables	23
4. Actitudes	25
4.1. Relaciones con otras variables	26
5. Percepción de riesgo	29
6. Otras variables cognitivas	31
7. Conducta	33
7.1. Uso de drogas	33
7.1.1. Uso de drogas y variables demográficas	34
7.1.1.1. Fumar tabaco	35
7.1.1.2. Fumar marihuana o hachis	36
7.1.1.3. Fumar otras drogas	38
7.1.1.4. Beber alcohol	39
7.1.1.5. Tomar pastillas	41
7.1.1.6. Esnifar droga	42

7.1.2. Uso de drogas y actitudes y conocimientos sobre la infección por VIH	43
7.1.3. Uso de drogas y percepción de riesgo	44
7.2. Conducta sexual	45
7.2.1. Orientación sexual	45
7.2.2. Conducta heterosexual	47
7.2.3. Conducta homosexual	50
7.2.4. Edad de inicio de las relaciones sexuales	51
7.2.5. Número de parejas	51
7.2.6. Número de parejas casuales	53
7.2.7. Frecuencia de conducta sexual	54
7.2.8. Relaciones con parejas con riesgo potencial	54
7.2.9. Precauciones tomadas en las relaciones sexuales	55
7.2.10. Uso de preservativo	56
7.2.10.1. Uso de preservativo y frecuencia de conducta sexual	58
7.2.10.2. Uso de preservativo y número de parejas sexuales	59
7.2.10.3. Uso de preservativo y número de parejas casuales	61
7.2.11. Razones para usar preservativo	62
7.2.12. Enfermedades de transmisión sexual	62
DISCUSION	63
IMPLICACIONES	75
REFERENCIAS	79
TABLAS	87
ANEXO	113

INDICE DE FIGURAS

<u>FIGURA</u>	<u>PAGINA</u>
1.- Tasas de fecundidad en España y Murcia. Mujeres de 15 a 19 años	
2.- Contribución porcentual a la natalidad. Mujeres de 15 a 19 años	
3.- Distribución de la muestra por Area de Salud	1
4.- Nivel de instrucción de los padres	1
5.- Sentimiento religioso de la muestra. Distribución por sexo	1
6.- Fuentes de información	1
7.- Fuentes preferidas de información	2
8.- Conocimientos sobre la infección por VIH. Variación por Area de Salud	2
9.- Conocimientos sobre la infección por VIH. Variación por edad	2
10.- Conocimientos sobre la infección por VIH. Variación por sentimiento religioso	2
11.- Conocimientos sobre la infección por VIH. Variación por fuente de información	2
12.- Actitudes frente a la infección por VIH. Variación por Area de Salud	2
13.- Actitudes frente a la infección por VIH. Variación por sexo	2

14.- Actitudes frente a la infección por VIH. Variación por sentimiento religioso	28
15.- Relación entre nivel de conocimientos y actitudes frente a la infección por VIH	28
16.- Actitudes frente a la infección por VIH. Variación por fuente de información	28
17.- Percepción del riesgo de infección. Variación por sexo	29
18.- Percepción del riesgo de infección. Edad media según respuesta	29
19.- Percepción del riesgo de infección. Variación por sentimiento religioso	30
20.- Conocer a personas afectadas Variación por sentimiento religioso	31
21.- Motivación para adquirir información. Variación por sexo	32
22.- Motivación para adquirir información. Variación por sentimiento religioso	32
23.- Conductas relativas al consumo de drogas. Porcentaje de sujetos practicantes	33
24.- Fumar tabaco. Variación por tipo de estudios	35
25.- Fumar tabaco. Variación por régimen del centro	35
26.- Fumar tabaco. Variación por sexo	35
27.- Fumar tabaco. Variación por sentimiento religioso	35
28.- Fumar tabaco. Variación por estudios del padre	36

29.- Fumar tabaco. Variación por estudios de la madre	36
30.- Fumar tabaco. Edad media por respuesta	36
31.- Fumar marihuana o hachis. Variación por régimen del centro	37
32.- Fumar marihuana o hachis. Variación por sexo	37
33.- Fumar marihuana o hachis. Variación por sentimiento religioso	37
34.- Fumar marihuana o hachis. Variación por estudios de la madre	37
35.- Fumar marihuana o hachis. Edad media por respuesta	37
36.- Fumar otras drogas. Variación por tipo de estudios	38
37.- Fumar otras drogas. Variación por sentimiento religioso	38
38.- Fumar otras drogas. Variación por estudios del padre	38
39.- Fumar otras drogas. Variación por estudios de la madre	38
40.- Fumar otras drogas. Edad media por respuesta	39
41.- Beber alcohol. Variación por tipo de estudios	39
42.- Beber alcohol. Variación por régimen del centro	39
43.- Beber alcohol. Variación por sexo	40
44.- Beber alcohol. Variación por sentimiento religioso	40
45.- Beber alcohol. Variación por estudios del padre	40
46.- Beber alcohol. Variación por estudios de la madre	40
47.- Beber alcohol. Edad media por respuesta	40
48.- Tomar pastillas. Variación por régimen del centro	41

49.- Tomar pastillas. Variación por sentimiento religioso	41
50.- Tomar pastillas. Variación por estudios de la madre	41
51.- Tomar pastillas. Edad media por respuesta	41
52.- Esnifar droga. Variación por régimen del centro	42
53.- Esnifar droga. Variación por sentimiento religioso	42
54.- Esnifar droga. Edad media por respuesta	42
55.- Conductas relativas al consumo de drogas y conocimientos sobre la infección por VIH	43
56.- Conductas relativas al consumo de drogas y actitudes frente a la infección por VIH	44
57.- Conductas relativas al consumo de drogas. Percepción del riesgo para conocidos	45
58.- Conductas relativas al consumo de drogas. Percepción del riesgo personal	45
59.- Orientación sexual. Distribución por sexo	46
60.- Experiencia heterosexual. Distribución por sexo	47
61.- Experiencia heterosexual. Distribución por edad	47
62.- Experiencia heterosexual. Variación por tipo de estudios	48
63.- Experiencia heterosexual. Variación por régimen del centro	48
64.- Experiencia heterosexual. Variación por sentimiento religioso	48
65.- Experiencia heterosexual. Variación por estudios del padre	48
66.- Experiencia heterosexual. Variación por estudios de la madre	49

67.- Experiencia heterosexual y conocimientos sobre la infección por VIH	49
68.- Experiencia heterosexual y actitudes frente a la infección por VIH	49
69.- Experiencia heterosexual. Percepción del riesgo para conocidos	50
70.- Experiencia heterosexual. Percepción del riesgo personal	50
71.- Experiencia homosexual. Distribución por sexo	50
72.- Experiencia homosexual. Distribución por edad	50
73.- Número de parejas sexuales/año. Distribución por sexo	52
74.- Número de parejas sexuales/año. Percepción del riesgo personal	52
75.- Número de parejas casuales/año. Actitudes frente a la infección por VIH	53
76.- Número de parejas casuales/año. Percepción del riesgo personal	53
77.- Experiencia sexual con prostitutas. Variación por sentimiento religioso	55
78.- Experiencia sexual con prostitutas. Percepción del riesgo personal	55
79.- Precauciones tomadas en las relaciones. Variación por sexo y total	56
80.- Uso de preservativo/año. Variación por sexo	57
81.- Uso de preservativo/año. Conocimientos sobre la infección por VIH	57
82.- Uso de preservativo/año. Actitudes frente a la infección por VIH	57
83.- Uso de preservativo/año. Percepción del riesgo personal	57
84.- Uso de preservativo y número de contactos sexuales	59
85.- Frecuencia de uso del preservativo. Sujetos con más de 4 contactos sexuales	59
86.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas sexuales/semana	60

87.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas sexuales/mes	60
88.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas sexuales/verano	60
89.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas sexuales/año	60
90.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas casuales/semana	61
91.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas casuales/mes	61
92.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas casuales/verano	61
93.- Frecuencia de uso del preservativo y número de parejas casuales/año	61

INDICE DE TABLAS

<u>TABLA</u>	<u>PAGINA</u>
1.- Distribución de la muestra en función del tipo de educación	89
2.- Distribución de la muestra por edad y sexo	90
3.- Sentimiento religioso	91
4.- Sentimiento religioso de la muestra por Area de Salud	91
5.- Conocimientos generales sobre la enfermedad	92
6.- Conocimientos sobre transmisión de la infección por VIH	93
7.- Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH	94
8.- Edad y conocimientos sobre la infección por VIH Diferencias entre puntuaciones medias en conocimientos	95
9.- Sentimiento religioso y conocimientos sobre la infección por VIH Diferencias entre puntuaciones medias en conocimientos	95
10.- Actitudes hacia la enfermedad y las personas afectadas	96
11.- Sentimiento religioso y actitudes Diferencias entre puntuaciones medias en actitudes	97
12.- Percepción del riesgo de infección por el VIH	97
13.- Percepción del riesgo de infección para personas conocidas y conocimientos. Diferencias entre puntuaciones medias en conocimientos	98
14.- Percepción del riesgo personal de infección y conocimientos Diferencias entre puntuaciones medias en conocimientos	98
15.- Percepción del riesgo de infección para personas conocidas y actitudes. Diferencias entre puntuaciones medias en actitudes	99

16.- Percepción del riesgo de infección personal y actitudes. Diferencias entre puntuaciones medias en actitudes	99
17.- Otras variables cognitivas	100
18.- Motivación para adquirir información y actitudes. Diferencias entre puntuaciones medias en actitudes	100
19.- Uso de drogas	101
20.- Fumar tabaco y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	102
21.- Fumar marihuana o hachis y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	102
22.- Fumar otras drogas y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	103
23.- Beber alcohol y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	103
24.- Tomar pastillas y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	104
25.- Esnifar droga y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	104
26.- Percepción del riesgo de infección para personas conocidas y uso de drogas. Valores de X^2	105
27.- Percepción del riesgo personal de infección y uso de drogas. Valores de X^2	105
28.- Orientación sexual de la conducta	106
29.- Conducta heterosexual	106

30.- Conducta heterosexual y distintas variables demográficas. Valores de X^2 y F	107
31.- Conducta homosexual	107
32.- Edad de inicio de las relaciones sexuales	108
33.- Número de parejas sexuales	108
34.- Número de parejas casuales	109
35.- Frecuencia de conducta sexual	109
36.- Relaciones sexuales con parejas con riesgo potencial	110
37.- Uso de preservativo	111
38.- Razones para usar preservativo	111

INTRODUCCION



Desde que en 1981 se detectaron los primeros casos de esta enfermedad en EEUU, las palabras SIDA, VIH, inmunodeficiencia, etc... se han convertido en familiares para nosotros. Nunca antes se había dedicado, en tan poco tiempo, tanto esfuerzo a la investigación sobre las vías de transmisión y el desarrollo de una enfermedad; ni tampoco se había centrado la lucha contra la extensión de un problema sanitario en sus aspectos preventivos, como se ha hecho en este caso.

El que, a pesar de la cantidad de recursos económicos y humanos puestos sobre la mesa, no se disponga aún de cura efectiva ni vacuna, ha llevado a depositar las esperanzas en la educación como medio de lograr una adecuada prevención de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Desde los organismos sanitarios internacionales hasta las organizaciones locales no gubernamentales, la respuesta ha sido prácticamente unánime. La educación, en el más amplio sentido de la palabra, es nuestra mejor arma para afrontar este nuevo problema. Es decir, no simplemente la transmisión de conocimientos - aunque ésta resulta imprescindible - sino la profundización en las actitudes hacia el continuo salud-enfermedad, la exploración y estructuración de nuevas estrategias conductuales de afrontamiento de situaciones potencialmente arriesgadas, la elaboración de los problemas surgidos en la relación con las personas afectadas, etc..

En este sentido, se ha dado gran importancia a determinados aspectos educativos relacionados con el problema. El conocimiento de las vías de transmisión y de las normas de prevención adecuadas, la superación de las posturas discriminatorias hacia las personas afectadas o la dotación de recursos para desarrollar repertorios conductuales preventivos son, entre otros, los puntos centrales de las intervenciones educativas en el tema del SIDA.

1. ¿POR QUÉ LOS ADOLESCENTES?

En un principio, cuando se observaron los primeros casos, la enfermedad parecía reducirse sólo a determinados grupos de personas definidos por su orientación sexual o por su procedencia geográfica. Así, por ejemplo, se habló del SIDA como la enfermedad de las tres haches (Hemofílicos, Homosexuales y Haitianos). A partir de aquí se empezó a utilizar el concepto de "grupos de riesgo" para delimitar aquellos grupos de personas que parecían tener más probabilidades de contraer la infección. Sin embargo, a medida que aumentaban los conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH, se observó que el concepto de "grupos de riesgo" llevaba a confusión ya que la causa de la infección no era la pertenencia a determinados grupos, sino la conducta desarrollada. Es decir, el riesgo no está en tener una orientación sexual determinada, sino en llevar a cabo ciertas prácticas sexuales que conllevan la posibilidad de transmisión del virus; o tampoco está en tener una dependencia de drogas inyectables, sino en intercambiar las jeringuillas, agujas o cualquier material utilizado para inyectarse que pueda contaminarse con sangre. Debido a esto, hoy se habla de "actividades de riesgo" en lugar de "grupos de riesgo". Por otra parte, de esta forma evitamos que las personas que no pertenecen a ninguno de estos "grupos" se sientan ajenas al problema y puedan tomar la responsabilidad que les corresponde, evitando la expansión del virus y colaborando en la respuesta social frente a esta enfermedad.

Desde este punto de vista las características específicas de la adolescencia (entendiendo la adolescencia en su sentido más amplio: de 10 a 19 años según la Organización Mundial de la Salud) (OMS, 1977) han convertido a este grupo de edad en un objetivo diferenciado dentro de los programas de prevención de la infección por VIH.

Los adolescentes están en disposición de desarrollar actividades de riesgo y, por otro lado, poseen unos rasgos comunes que los diferencian de la población general, y que nos obligan a llevar a cabo actividades específicas destinadas a la prevención y educación sobre los aspectos relacionados con este problema.

Dentro de estos rasgos específicos, los más relevantes para el tema que nos ocupa serían:

1 - En un futuro próximo constituirán el segmento de población (por edad) con mayor riesgo de resultar afectado.

2 - Ya hoy, el porcentaje de adolescentes infectados por el VIH es alto; máxime si tenemos en cuenta que, dado el largo periodo de latencia de esta enfermedad, un gran porcentaje de los enfermos entre 20 y 29 años fueron, probablemente, infectados como adolescentes (Centers for Disease Control, 1986). Por otro lado, la enfermedad del SIDA se convirtió en la sexta causa de mortalidad, entre jóvenes de 15 a 24 años, en EE.UU. (a pesar de no representar más de un 2% de las muertes producidas en este grupo de edad) (Killbourne y cols., 1990).

3 - La edad de inicio de las relaciones sexuales parece haber decrecido en los últimos años (Malo y Cols., 1988), lo que incrementa el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Bell y Homes, 1984). Por otra parte, esta mayor precocidad sexual no se ve acompañada, generalmente, por la capacidad para predecir las consecuencias de la actividad sexual (Donovan, 1990).

4 - Un buen porcentaje de adolescentes mantienen contactos con el mundo de la droga, lo que podría llevarles a desarrollar conductas de alto riesgo (Newcomb et al., 1986). Según un estudio realizado por Wright y Pearl (1990), un 15% de los adolescentes de 14 y 15 años conocía a alguien que tomaba drogas (aparte de alcohol y tabaco), y un 5% había recibido proposiciones para hacerlo. Esto era en 1969. Veinte años más tarde, en 1989, estos porcentajes eran de un 31% y un 19% respectivamente. Además, el problema no consiste solamente en la posibilidad de transmisión del VIH al intercambiar jeringuillas. Cualquier droga que altere la capacidad de razonamiento, como el alcohol, representa un riesgo indirecto, ya que puede conducir a despreocuparse de las consecuencias de conductas que pueden implicar un riesgo alto de transmisión del VIH.

5 - Los estudios realizados muestran que, a pesar de conocer los aspectos básicos sobre la infección por VIH, los adolescentes tienen numerosas ideas equivocadas en lo que respecta a transmisión del virus y medios preventivos (Memon, 1990).

6 - El adolescente tiene por lo general una sensación de inmunidad y optimismo con respecto, no sólo al SIDA, sino a la mayoría de los riesgos sanitarios que deben afrontar (accidentes de tráfico, tabaco, etc..) (Strunin, 1991).

7 - La etapa de la adolescencia se caracteriza por ser el momento en que se comienza a tener relaciones sexuales y se experimenta con nuevas formas de relación.

Estos factores nos obligan a considerar a los adolescentes como un grupo con identidad propia que necesita un tipo de intervenciones educativas específicas.

Sin embargo ¿hasta que punto está afectando el problema a los adolescentes? ¿Podemos considerar que el esfuerzo dedicado a su educación está realmente justificado?. Hay una serie de datos que nos indican que sí, que realmente se necesita una intervención para atajar un problema que puede ser más importante de lo que parece:

A - Aunque el porcentaje de casos declarados de SIDA entre los 10 y los 19 años ronda apenas el 2% tanto en la Región de Murcia como en España, la mayoría de los casos registrados (43.96% en Murcia; 47.08% en España) tienen entre 20 y 29 años de edad ⁽¹⁾. Teniendo en cuenta que, como hemos dicho, el periodo de incubación de

¹ Datos a 30 de Junio de 1992. Registro Regional de Casos de SIDA. Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad (Murcia).

esta enfermedad puede ser de varios años, podemos suponer que muchas de las personas que desarrollan la enfermedad entre los 20 y los 30 años, resultaron infectadas mucho antes, durante su adolescencia.

B - El 13% de los pacientes infectados por el VIH atendidos en el Hospital "Virgen de la Arrixaca" (De Marzo de 1987 a Septiembre de 1988) tenían entre 6 y 20 años. El 55% tenían entre 21 y 30 años, y como en el caso anterior, una parte de estos últimos pudieron ser infectados durante la adolescencia (Boña, 1988).

C - Casi el 20% de las llamadas atendidas en el Teléfono de Información sobre el SIDA de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, durante 1990, fueron hechas por menores de 25 años (Consejería de Sanidad, 1991).

D - El 35% de los casos de sífilis, y el 45.4% de los casos de infección gonocócica declarados desde 1987 a 1989 tenían entre 15 y 24 años (Bol. Epidem. Murcia, 1990).

E - La tasa de fecundidad de las mujeres murcianas de 15 a 19 años supera con mucho la tasa nacional durante el periodo 1975 a 1985 (Fig. 1), así como la contribución porcentual a la natalidad de este grupo de edad, que se incrementó en un 0.86% durante este periodo (Fig.2) (Delgado, 1990)

Desde 1986 a 1988 nacieron en la Región 3.247 niños de madres menores de 20 años (Consejería de Economía, Industria y Comercio, 1990a, 1990b, 1990c). Aproximadamente un 2% de las mujeres entre 15 y 19 años dieron a luz cada año durante este periodo. Hay que tener en cuenta que estos datos se refieren a nacimientos, no embarazos, cuya inclusión aumentaría estas cifras en una proporción no despreciable. Como muestra baste decir que durante este periodo (86-88), se practicaron en España 5562 interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) a mujeres menores de 20 años.² En la Región de Murcia, este número era de 85, pero hay que tener en cuenta que este dato no refleja correctamente la realidad, por cuanto un gran número de intervenciones fueron practicadas fuera de la Comunidad en este periodo. A esto habría que añadir también las IVE ilegales que se pudieran haber producido.

F - En 1989, aproximadamente el 10% de las personas que iniciaron tratamiento por opiáceos en la Región de Murcia tenían entre 15 y 19 años, y el 40% entre 20 y 24. Aproximadamente un 70% se habían iniciado en el consumo de drogas antes de los 20 años (Correa y Navarro, 1990).

² Registro Nacional de IVE. Subdirección General de Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo (Madrid).

Figura 1
TASAS DE FECUNDIDAD EN ESPAÑA Y MURCIA
Mujeres de 15 a 19 años

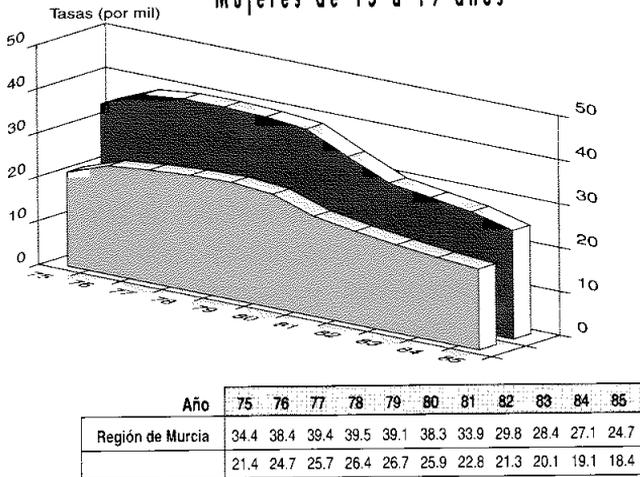
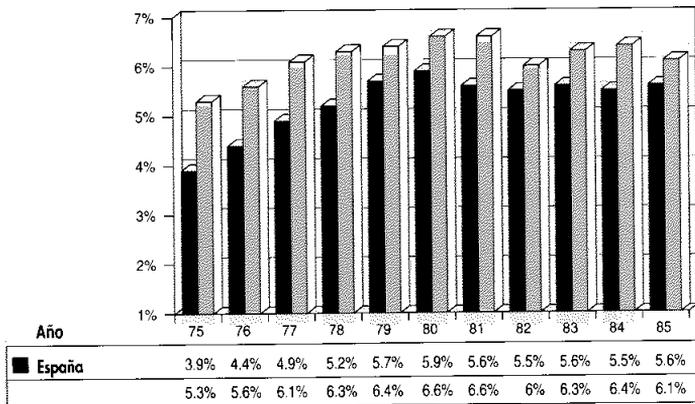


Figura 2
CONTRIBUCION PORCENTUAL A LA NATALIDAD
Mujeres de 15 a 19 años



G.- De acuerdo con un estudio realizado a nivel nacional en 1989, aproximadamente un tercio de los usuarios de droga por vía parenteral (UDVP) menores de 24 años eran portadores del VIH (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1991).

Estos datos, aunque no nos dan una información directa de la situación, nos pueden indicar hasta qué punto los jóvenes de nuestra Comunidad están inmersos en una problemática socio-sanitaria que comprende, no sólo a la infección por VIH sino también a otros aspectos como el consumo de drogas, o el embarazo adolescente.

2. NECESIDAD DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, desde la Dirección General de Salud de la Comunidad Autónoma se constató la necesidad de desarrollar una serie de actividades preventivas y educativas dirigidas al adolescente murciano. Sin embargo, para poder desarrollar tales actividades era necesario resolver previamente dos problemas encontrados a la hora de diseñar cualquier tipo de actuación :

A - Una carencia de datos en torno a las necesidades de este colectivo. Esto es, no se sabía, con índices fiables, el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH, sus formas de transmisión y su prevención. Tampoco se conocían sus actitudes frente al problema y, más importante aún, carecíamos de datos directos sobre su conducta. La mayor parte de las investigaciones publicadas sobre estos aspectos en adolescentes están realizadas con estudiantes norteamericanos o del Norte de Europa. Obviamente las características socio-culturales de estas muestras no coinciden plenamente con las del adolescente murciano y, por otro lado, el patrón epidemiológico de la infección por VIH es diferente en el area mediterránea.³

B - No conocíamos exactamente cual podría ser la metodología idonea para trabajar con este grupo específico. Los métodos usados en otros lugares o con otros grupos podrían resultar no del todo apropiados a la realidad de la juventud murciana. Por otro lado al desconocer con exactitud la realidad de los jóvenes no podíamos adelantar el formato y nivel ideal de las actividades a desarrollar.

Para tratar de subsanar estos problemas se diseñaron dos estudios. El primero de ellos trataba de indagar sobre el grado de conocimientos sobre la infección por VIH, el tipo de actitudes hacia la enfermedad y las personas afectadas y las pautas conductuales de los adolescentes de la Región. El segundo estaba dedicado al estudio de la efectividad comparada (sobre estas variables) de tres programas diferentes, en grupos de adolescentes escolarizados.

El presente libro supone la recopilación de los resultados del primero de estos estudios, del cual explicaremos a continuación la metodología utilizada, los datos obtenidos y las conclusiones a que llegamos con respecto a la incidencia que el ambiente social creado por el SIDA ha tenido en los adolescentes murcianos.

³ Mientras que en países como EEUU o del Norte de Europa, el mayor porcentaje de casos de SIDA se da entre personas con prácticas homosexuales, en España alrededor de un 60% de los casos registrados se dan entre Usuarios de Droga por Vía Parenteral (UDVP).

METODO



1. SUJETOS

Dadas las características del problema y el objetivo de nuestra investigación, era necesario conseguir una muestra lo más representativa posible de la población a estudiar. Con este objeto se realizó un muestreo aleatorio estratificado por curso, tipo de enseñanza (BUP-FP; Pública-Privada) y área de salud.

En base a este muestreo se seleccionaron al azar una serie de centros en los que debía aplicarse la encuesta a un determinado número de aulas. Tres de los centros seleccionados en un principio se negaron a formar parte del trabajo (1 público y 2 privados), por lo que tuvieron que ser sustituidos por centros de reserva.⁴ La lista de centros participantes fue la que sigue:

- Academia Climent (Murcia)
- C. Merced-Fuensanta (Murcia)
- C. Ruiz Mendoza (Murcia)
- C. Salzillo (Molina de Segura)
- C. San José (Murcia)
- CEP Alguazas (Alguazas)
- CFP Juan Solé (Cartagena - Los Dolores)
- CFP Severo Ochoa (Los Garres)
- I. Politécnico (Murcia)
- IFP (Caravaca)

⁴ Dos de estos centros no pudieron ser sustituidos por otros de su misma área de salud, por lo que los datos de estas áreas no se corresponden con la distribución de la población.

- IFP El Palmar (Murcia)
- IFP Jumilla (Jumilla)
- IFP Lorca (Lorca)
- IFP N° 3 - Carlos III (Cartagena)
- IFP San Pedro del Pinatar (San Pedro del Pinatar)
- IFP Totana (Totana)
- INB Alfonso X (Murcia)
- INB Arzobispo Lozano (Jumilla)
- INB Caravaca (Caravaca)
- INB Francisco Salzillo (Alcantarilla)
- INB Jimenez de la Espada (Cartagena)
- INB Luis Manzanares (Torrepacheco)
- INB N° 7 (Espinardo)
- INB Totana (Totana)
- ITEM Cieza (Cieza)

Un total de 1750 estudiantes completaron voluntariamente un cuestionario escrito de forma anónima (tras eliminar 23 (1.3%) por estar mal contestados). De estos, los datos de 147 (8.4%) han sido utilizados para otra investigación y 20 (1.1%) fueron eliminados por ser mayores de 21 años. Por tanto, los datos presentados provienen de 1583 estudiantes,⁽⁵⁾ distribuidos por áreas de salud como se puede observar en la Figura 3.

COMUNIDAD AUTONOMA DE MURCIA
DISTRIBUCION DE CENTROS SANITARIOS
SEGUN MAPA DE ATENCION PRIMARIA



⁵ Nivel de confianza 95% - Error muestral \pm 2.3%

La mayoría (970-61.3%) de los cuestionarios pertenecían a alumnos de BUP-COU, mientras que el 38.7% (613) eran de alumnos de FP.

Asimismo, el mayor porcentaje lo constituyeron alumnos de centros públicos (86.3%) frente a los privados (13.7%). La distribución por cursos de los alumnos en función del tipo de educación (BUP-FP; Pública-Privada) se muestra en la Tabla 1.

2. INSTRUMENTOS

El cuestionario utilizado fue desarrollado específicamente para este estudio basándose en preguntas recogidas de la literatura sobre el tema (Price y cols., 1985; DiClemente y cols., 1986; Strunin y Hingson, 1987; White y cols., 1988; Galt y cols., 1989; entre otros). Comprendía 121 ítems distribuidos en 33 preguntas, e incluía cuestiones sobre: datos demográficos; conocimientos generales sobre la infección y la enfermedad; conocimientos sobre transmisión y prevención de la infección por VIH; actitudes hacia la enfermedad y las personas afectadas; percepción del riesgo de infección; uso de drogas; y diversos parámetros de conducta sexual (Anexo).

Una primera versión del cuestionario se administró a una pequeña muestra de 20 estudiantes con objeto, únicamente, de comprobar hasta qué punto resultaba comprensible, y decidir, en consecuencia, las alteraciones oportunas. Dada la gran heterogeneidad de la muestra, se incluyeron una serie de preguntas que, aunque probablemente resultaban irrelevantes para la mayoría de los estudiantes, fueron consideradas necesarias, con objeto de controlar los casos extremos de las variables demográficas (Estado civil, o número de hijos entre otras).

Los conocimientos generales sobre el SIDA, la transmisión del VIH y su prevención se evaluaron usando 37 ítems, repartidos en tres bloques, con un formato de respuesta de tres niveles - "Sí", "No", y "No estoy seguro/a" -. Los ítems diseñados para evaluar las actitudes fueron 14, y permitían una elección entre cinco respuestas con un rango entre "Muy de acuerdo" y "Muy en desacuerdo".

3. MÉTODO ESTADÍSTICO

Los datos fueron procesados con el paquete estadístico SPSS/PC+ en la Unidad de Bioestadística de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia.

Con objeto de obtener una puntuación única de conocimientos y actitudes se realizaron, a posteriori, sendos análisis de ítems para eliminar los menos representativos.

La puntuación de conocimientos se basó finalmente en 32 de los 37 ítems (se eliminaron los ítems: "J" de la pregunta 10; "L" de la pregunta 13; y "G", "I" y "J" de la

pregunta 17). El coeficiente de fiabilidad α de Cochran era $\alpha = .7723$. El rango de esta puntuación iba de 0 a 32 puntos.

El mismo procedimiento con la escala de actitudes eliminó 4 de los 14 ítems ("B", "I", "M" y "N" de la pregunta 18). El coeficiente de fiabilidad era de $\alpha = .684$. La puntuación final podía variar entre 10 y 50 puntos.

Ambos coeficientes de fiabilidad son similares a los de otras escalas utilizadas en la literatura sobre el tema (Pitts y cols., 1989; Clift y Stears, 1988).

Para la comparación de grupos de datos cuantitativos se utilizó bien el test t de Student o el test de Behrens-Fisher cuando se trataba de dos grupos (según hubiera o no homogeneidad de varianza), o bien un Análisis de Varianza de una vía o dos vías con su correspondiente test de comparaciones parciales de Duncan, según se tratase de controlar una o dos fuentes de variación. Cuando se quería controlar una variable cuantitativa en estas comparaciones, se utilizó un Análisis de la Covarianza.

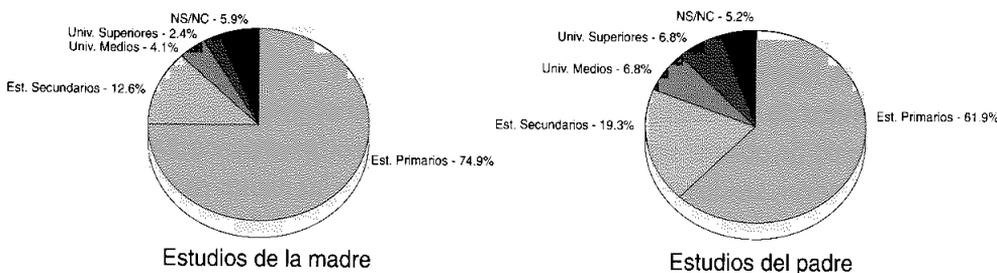
La relación entre variables cualitativas y la comparación de porcentajes se realizó con el análisis de tablas de contingencia a través del test ji-cuadrado y el subsiguiente análisis de residuos.

4. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

La edad media de la muestra fue de 16.04 (SD= 1.55), con un rango de 14 a 21 años. Más de la mitad eran varones (51.7%) y alrededor del 46% eran mujeres, siendo la media de edad de estas últimas ligeramente superior (Tabla 2).

El nivel de instrucción preponderante, en los padres de los alumnos de la muestra, era de estudios primarios. Alrededor de dos tercios se englobaban en este grupo (61.9% de los padres, y 74.9% de las madres). Por otro lado, el grado de instrucción del padre resultaba, en general, algo superior que el de la madre (Fig. 4).

Figura 4
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS PADRES

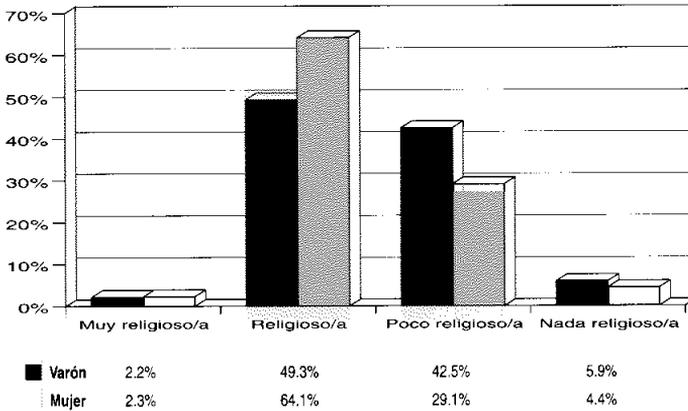


Sólo 3 (0.2%) sujetos estaban casados o tenían hijos.

Con respecto a la religiosidad de la muestra, la mayoría se definía como persona "religiosa" (55.8%), seguidos de los que se autocalificaban como "poco religiosos" (35.6%), quedando en los extremos los porcentajes más bajos (Tabla 3). Como se observa en la Figura 5, la distribución por sexos de la religiosidad de la muestra arroja ciertas diferencias. Mientras que en los casos extremos - "muy" o "nada religioso/a" - apenas hay diferencia, las mujeres respondieron con una frecuencia significativamente mayor que los hombres que se consideraban "religiosas" ($p < 0.001$) y viceversa, fueron menos las que se consideraban "poco religiosas".

Tampoco existían diferencias remarcables entre las distintas áreas respecto a esta variable (Tabla 4).

Figura 5
SENTIMIENTO RELIGIOSO DE LA MUESTRA
Distribución por sexo





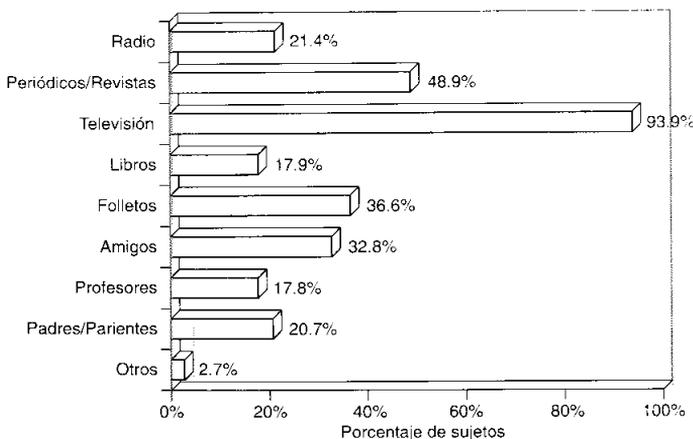
RESULTADOS



1. FUENTES DE INFORMACION

Sólo 14 sujetos (0.9%) no habían recibido información sobre el SIDA por ningún medio. La fuente de información más difundida, como cabía esperar, era la TV (93.9%), seguida a distancia por la prensa escrita (48.9%) y los folletos (36.6%). Un 32.8% de la muestra habían recibido información de amigos, y sólo un 20.7% y un 17.8% sabían del SIDA por medio de sus padres o parientes, o de profesores, respectivamente (Fig. 6)

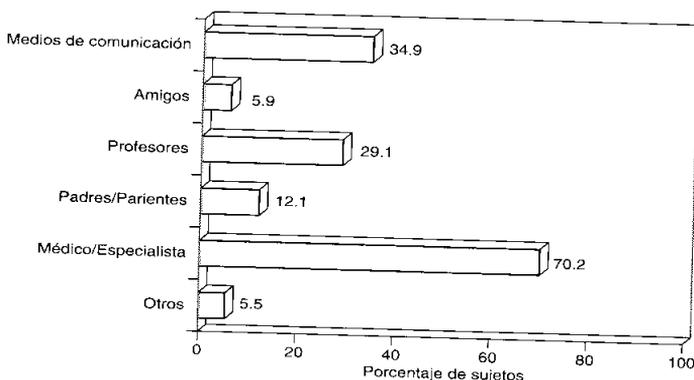
Figura 6
FUENTES DE INFORMACION



2. FUENTES PREFERIDAS DE INFORMACION

A la gran mayoría de la muestra (97.1%) les gustaría recibir más información sobre el tema. Contrastando con los datos anteriores sobre las fuentes de información, no eran tantos los alumnos que querían recibir información a través de los medios de comunicación de masas (34.9%), ni a través de amigos (5.9%). Las preferencias de los estudiantes se decantaban hacia los médicos o especialistas como fuente de información (70.2%). En un lugar intermedio se colocaban los profesores (29.1%) y, por último, sólo un 12.1% de la muestra estaba interesado en que sus padres u otros parientes les enseñaran algo sobre esta enfermedad (Fig. 7).

Figura 7
FUENTES PREFERIDAS DE INFORMACION



3. CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH

Las preguntas sobre conocimientos fueron agrupadas en tres bloques separados en función de su afinidad temática. Estos bloques eran referidos a: conocimientos generales, conocimientos sobre transmisión del VIH y conocimientos sobre prevención.

3.1. Conocimientos generales

Cuatro de cada cinco estudiantes respondieron correctamente a la pregunta sobre si el SIDA puede afectar a personas que no mantengan relaciones homosexuales o no sean adictos a drogas (81.9%), y una proporción similar sabía que el SIDA es una enfermedad que afecta a las defensas del organismo (81%).

Alrededor de tres cuartas partes conocían la existencia de un análisis de sangre para detectar la infección (73.1%), y que hacer ejercicio regularmente no es un medio para evitar el SIDA (75.5%)

Por encima del 50% de la muestra conocía el significado de las letras S.I.D.A. (65%), y que infección por el VIH no es sinónimo de enfermedad, sino que se puede estar contagiado y no estar enfermo (64.6%).

Por otra parte, más de la mitad de los estudiantes encuestados no estaban seguros o pensaban que se puede reconocer por rasgos físicos, como marcas o señales, a las personas infectadas (54.1%). Un número aún mayor (69.1%) fueron incapaces de responder correctamente a la pregunta de si hay o no posibilidades de curación si el tratamiento empieza temprano, y tan sólo un 17.8% sabían que el SIDA no es causado por una bacteria.

Por último, menos de la mitad de la muestra (45%) sabía donde encontrar información sobre este tema (Tabla 5).

3.2. Conocimientos sobre transmisión del VIH

La mayoría de la muestra conocía las tres principales vías de infección. Un 98.2% sabía que compartir jeringuillas o agujas conlleva riesgo de infección, un 81.9% que se puede transmitir de una madre a su hijo durante el embarazo, y un 80.5% que es una enfermedad de transmisión sexual que puede contraerse a través de relaciones heterosexuales.

Aunque esta última pregunta se refería exclusivamente a relaciones heterosexuales desprotegidas, podemos suponer que al menos este 80.5%, y probablemente más, sabe también que la transmisión puede darse por relaciones homosexuales. La pregunta se realizó sobre relaciones heterosexuales precisamente porque esperábamos un mayor porcentaje de dudas que si se hubiera realizado sobre comportamiento homosexual. Ahondando un poco más en este tema, un 76% respondió que el virus no se transmite en relaciones homosexuales si se utiliza un preservativo. La corta diferencia entre el porcentaje de respuestas correctas referidas a ambos tipos de comportamiento (4.5%) nos indicaría que los alumnos de la muestra no relacionan el SIDA con relaciones homosexuales exclusivamente, salvo contadas excepciones, sino con las relaciones sexuales en general.

También más del 75% sabía que no se puede transmitir el virus a través de contacto casual con personas que lo tienen (93.4%), en una piscina (77.6%), en servicios públicos (76.8%) o por besos (75.6%).

Sin embargo, menos del 75% sabía que beber del mismo vaso (70.5%) o vivir con una persona con SIDA (66.8%) no son, por sí mismas, vías de infección. Más aún, menos del 60% de la muestra sabía que el Virus del SIDA no puede ser transmitido cuando se extrae sangre (57.3%), o que compartir un cepillo de dientes puede transmitir la infección (45.7%). Sólo un 29.4% sabía que los mosquitos no pueden transmitir el

VIH. Finalmente, el 94% consideraba las transfusiones de sangre como una vía para adquirir el SIDA (Tabla 6).

3.3. Conocimientos sobre prevención de la infección por VIH

En relación a los aspectos preventivos de la infección por VIH, una gran mayoría reconoció el uso de preservativos (91.9%) y no compartir jeringuillas ni agujas (95.8%) como medios adecuados de combatir la expansión de la enfermedad. Este porcentaje bajaba a un 85.2% cuando la prevención del SIDA se ampliaba a no inyectarse drogas. Esta diferencia podría deberse a que algunos de los sujetos se mostraban estrictos en sus respuestas, manteniendo que no es la conducta de inyectarse drogas, sino la de compartir las jeringuillas la que puede provocar la infección. En este sentido, aunque tal argumento es correcto, parece que olvidan que los distintos comportamientos no pueden ser observados de forma aislada, sino que están inmersos en un cúmulo donde se interrelacionan y resultan afectados por otros factores que convergen sobre ellos. En realidad, aunque de forma indirecta, todo lo que lleve a alejarse del mundo de la droga tendría un valor preventivo en lo que respecta a la infección por VIH.

Alrededor de tres cuartas partes de la muestra (72.1%) afirmaron que no tener "relaciones sexuales con alguien que acabas de conocer" era un medio adecuado para prevenir la infección. Una pregunta similar, sin embargo, arrojó un porcentaje más bajo. Sólo un 56.8% identificaba "tener relaciones sexuales sólo con gente que conoces bien" como un método preventivo útil. Esta discrepancia podría explicarse porque las preguntas no son exactamente iguales, siendo la segunda más restrictiva - limitada por el tipo de relación con la persona - que la primera, que se refiere simplemente a una dimensión temporal. Por otro lado, también podría explicarse por una deficiente redacción de la pregunta que indujo a error a parte de la muestra.

Otra pregunta que plantea problemas similares es la referida a si hacer ejercicio es útil para evitar la infección. En este caso, un 57.3% respondió correctamente que no. Sin embargo, una pregunta parecida citada anteriormente⁶ arrojaba un 75.5% de respuestas correctas. No tenemos ninguna explicación para esta discrepancia que no provenga de una inconsistencia en las respuestas provocada por una falta de seguridad en las mismas, o de problemas en el instrumento de medida.

Casi un 40% respondieron equivocadamente o estaban en duda sobre si lavarse tras un contacto casual y evitar la donación de sangre eran medidas preventivas adecuadas, y un porcentaje aún mayor (40.4%) no estaban seguros o pensaban que tener sólo relaciones heterosexuales podía ayudarles a prevenir la infección.

⁶ Incluida en conocimientos generales de la enfermedad.

Por último sólo un pequeño porcentaje de la muestra (22%) pensaba que abstenerse de mantener relaciones sexuales podía ser una medida preventiva (Tabla 7).

3.4. Relaciones con otras variables

Para estudiar la relación entre conocimientos y otras variables se obtuvo una puntuación única, escogiendo 32 de los items por el procedimiento antes mencionado. La respuesta acertada fué puntuada con un "1", mientras que la respuesta equivocada o insegura se puntuó con "0". De esta forma se obtuvo una puntuación con un rango de 0 a 32 puntos.

La puntuación media de la muestra en conocimientos fué de $\bar{X} = 21.5$ (SD= 4.7). La variación de esta puntuación en función del área de salud se muestra en la Figura 8. Como se puede ver, no hubo diferencias significativas en lo que respecta a conocimientos entre las distintas áreas.

Entre las variables demográficas que mostraron relación con el grado de conocimientos estaban la edad, el tipo de estudios y el sentimiento religioso.

Con respecto a la primera de estas variables, como era de esperar, encontramos una correlación altamente significativa ($p < 0.001$) con el grado de conocimientos. En la Figura 9, se observa como la media de conocimientos se iba incrementando paulatinamente con la edad.

En la Tabla 8 se muestran las diferencias entre las puntuaciones medias en conocimientos de los distintos grupos de edad, y su significación estadística de acuerdo con el procedimiento de Duncan.

En relación al tipo de estudios, aquellos que cursaban BUP o COU obtuvieron una puntuación mayor en conocimientos ($\bar{X} = 21.85$; SD=4.58) que los estudiantes de FP ($\bar{X} = 21.09$; SD=4.88). Esta diferencia entre ambos grupos resultó significativa ($p < 0.005$).

Figura 8
CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH
Variación por áreas de salud

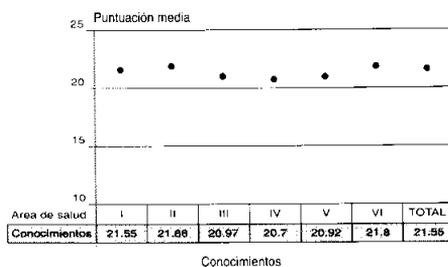
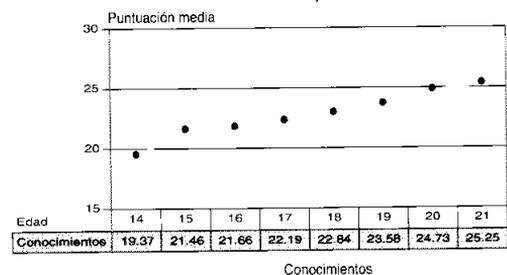
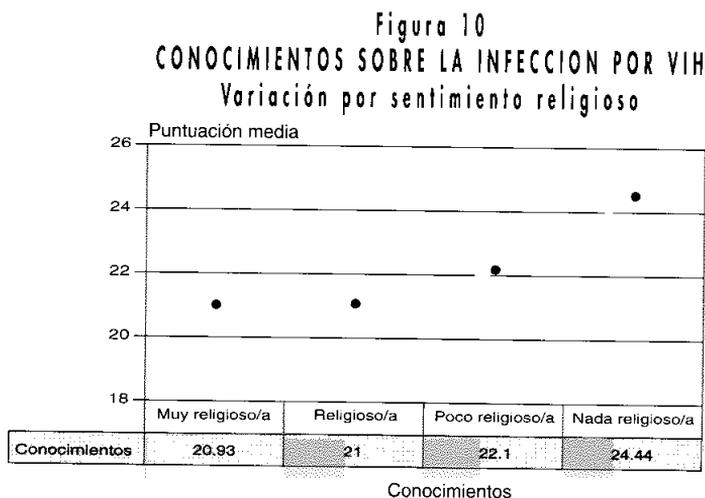


Figura 9
CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH
Variación por edad



Respecto al sentimiento religioso, el análisis de varianza realizado mostró una relación inversa significativa ($p < 0.001$) con el nivel de conocimientos, aún después de controlar el efecto de la edad (Fig 10)



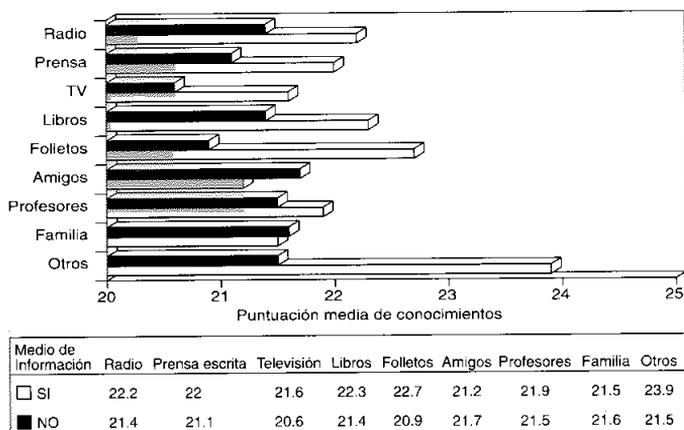
La puntuación media ascendía en los grupos que se declaraban menos religiosos. En la Tabla 9, se observan las diferencias entre las medias y su grado de significación de acuerdo con la prueba de Duncan.

Otras variables demográficas como el sexo, régimen público o privado del centro de estudios, o el nivel de instrucción de los padres no tuvieron relación alguna con el grado de conocimientos de la muestra.

Para estudiar la puntuación en conocimientos sobre la infección por VIH, en función de las fuentes de información, se realizaron test-T para muestras independientes. Aquellos que decían no haber recibido información sobre el SIDA por ningún medio obtuvieron una puntuación media en conocimientos bastante baja ($\bar{X} = 17.92$; $SD = 6.79$), aunque la diferencia con la puntuación del resto de los sujetos no llegó a ser significativa debido, probablemente, al bajo número ($N = 12$) de sujetos que no tenían ninguna información.

Como se ve en la Figura 11, de entre las distintas fuentes, aquellos sujetos que habían recibido información de la radio ($p < 0.01$), la prensa escrita ($p < 0.001$), libros ($p < 0.01$), o folletos ($p < 0.001$) obtuvieron una puntuación mayor que quienes no habían aprendido nada por medio de estas fuentes. Sin embargo, aquellos que habían adquirido información de la TV, profesores o padres/parientes, no mejoraban significativamente su nivel de conocimientos frente al resto. Por último, los que se habían informado a través de amigos tenían significativamente menos conocimientos que los demás ($p < 0.05$).

Figura 11
CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH
 Variación por fuente de información



4. ACTITUDES

Con respecto a la difusión de información, prácticamente la totalidad de la muestra estaba de acuerdo en que debería ser tan amplia como fuera posible (98.6%), y sólo un 8.8% dijeron estar cansados de oír hablar del SIDA.

Una mayoría (89.6%) se manifestaron preocupados por la posibilidad de un contagio de la infección. El acuerdo fue algo menor con respecto a que el SIDA es un problema que no debe quedar reducido a ciertos grupos (78.6%), o a que no sólo personas con comportamiento homosexual o UDVP, deben tomar precauciones para prevenirlo (80%). Un porcentaje similar estaba de acuerdo con que se mantenga el anonimato de las personas afectadas (76%). Entre un 60 y un 70% de la muestra no estaban de acuerdo con medidas restrictivas como el aislamiento de las personas infectadas (66.6%), y en este mismo rango se encontraban aquellos que dijeron que no les importaría tener un compañero infectado en clase (62.1%).

Con respecto a actitudes que implican una mayor cercanía con el problema, sólo un 39.3% se manifestaron dispuestos a cuidar a una persona con SIDA, aunque este porcentaje se incrementaba hasta un 86.7% cuando se trataba de ayudar a un amigo/a enfermo.

Un 47.8% manifestaron una actitud positiva hacia los preservativos en el sentido de que su uso no es aburrido. Este porcentaje podría elevarse en el caso de que la

experiencia sexual fuera más amplia en nuestra muestra. Muchos de los alumnos encuestados daban la respuesta "Indiferente" a esta pregunta y explicaban que no tenían experiencia por lo que no podían emitir una opinión.

La actitud más negativa de la muestra apareció en la pregunta referida a la voluntariedad de la prueba. Un 69.9% estaban "de acuerdo" o "muy de acuerdo" con que "La prueba debería hacerse obligatoriamente a todo el mundo". Este dato, que podría chocar, en un principio, con otras respuestas dadas (como la referida al anonimato de las personas afectadas), vendría a ilustrar una cierta inseguridad en las opiniones de estos adolescentes, avalada por el hecho de que la respuesta "Indiferente" fue escogida por un alto porcentaje de la muestra en varias preguntas; llegando a alcanzar más de un 20% en varias de ellas. Por otro lado, es comprensible que un grupo de estudiantes de esta edad no tenga un conocimiento exacto de las implicaciones de determinadas medidas de salud pública ni, por tanto, se hayan forjado una opinión sobre las mismas.

Por último, un 78.2% manifestaron tener más cuidado, y un 58.9% dijeron haber cambiado de actitud después de la información que habían recibido sobre el SIDA (Tabla 10).

No podemos olvidar, frente a todas las repuestas referidas a actitudes, que para la mayoría de los estudiantes encuestados esta sería, probablemente, la primera vez que se enfrentaban a problemas de este tipo, y que este enfrentamiento sucedía en el terreno teórico. En otras palabras, muchos de ellos no se habrían planteado nunca gran parte de las cuestiones que se les proponían. Su respuesta, pues, debió ser formulada basándose en un planteamiento teórico realizado en un corto espacio de tiempo, sin dar lugar a elaboraciones más complejas y, mucho menos, a una confrontación con la experiencia real. Por tanto, tenemos que tener en cuenta que estas respuestas no tienen porqué reflejar exactamente la realidad, y que son, probablemente, el fruto de la búsqueda de los que podríamos llamar una "respuesta correcta" en términos sociales, basada en la información que les haya podido llegar por diversos medios, sobre la deseabilidad o no de una postura determinada frente al problema del SIDA.

4.1. Relaciones con otras variables

Como en el caso anterior, se obtuvo una puntuación única en actitudes para relacionarla con otras variables. Esta puntuación tenía un rango de 10 a 50 puntos, siendo las actitudes más "positivas" cuanto mayor era la puntuación. El concepto de actitudes "positivas" se utilizó para representar aquellas respuestas que ofrecían un mayor grado de empatía con las personas afectadas, y que rechazaban el trato discriminatorio de las mismas.

La puntuación media de los estudiantes en esta escala fue $\bar{X}=40.08$ ($SD=5.34$). La

variación por áreas de esta puntuación esta representada en la Figura 12. En ella se puede observar que, tampoco en este caso, existían diferencias claras entre los grupos.

De entre las variables demográficas estudiadas, ni la edad, ni el régimen público o privado del centro, ni el nivel de estudios de los padres, mostraron relación clara con las actitudes de la muestra. Sin embargo, otras como el sexo, tipo de estudios o sentimiento religioso sí que tuvieron relación.

En lo referente al sexo, las mujeres mostraron unas actitudes significativamente más positivas que los varones ($p < 0.001$). Su puntuación media fué $\bar{X} = 41.58$ ($SD = 4.65$), por $\bar{X} = 38.74$ ($SD = 5.57$) de los varones (Fig 13).

Figura 12
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH
Variación por áreas de salud

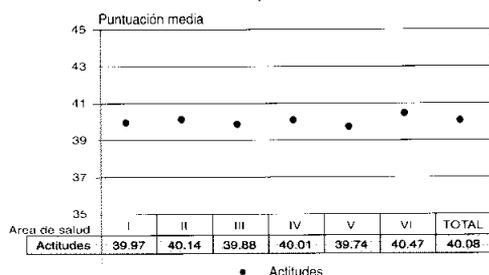
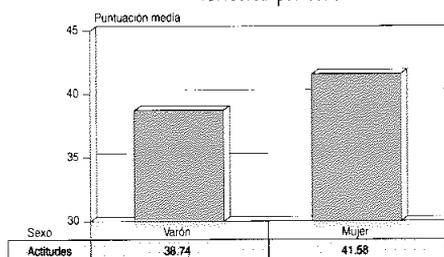


Figura 13
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH
Variación por sexo



Por otro lado, al igual que sucedía respecto a los conocimientos, los estudiantes de BUP o COU obtuvieron una puntuación ($\bar{X} = 40.58$; $SD = 5.1$) significativamente más alta ($p < 0.001$) que los de FP ($\bar{X} = 39.31$; $SD = 5.6$)

También el sentimiento religioso mostró una relación significativa ($p < 0.001$) con las actitudes. Sin embargo, en este caso, la puntuación no se incrementaba en relación inversa a este "sentimiento", sino que seguía una distribución algo diferente. Como se observa en la Figura 14, los dos grupos que tenían actitudes más positivas eran los casos extremos; es decir, aquellos que se declaraban "nada" o "muy religiosos", mientras que los grupos intermedios tenían puntuaciones ligeramente inferiores.

Estas diferencias sólo alcanzaron un grado significativo, según el procedimiento de Duncan, cuando se compararon las medias de quienes se declaraban "nada religiosos" con los grupos intermedios (Tabla 11).

La relación entre actitudes y conocimientos siguió el rumbo esperado, existiendo una correlación significativa ($p < 0.001$) entre ambas puntuaciones. Como se observa en la gráfica (Fig. 15), hay una relación directa entre estas variables, coincidiendo los sujetos con unas actitudes más positivas con aquellos que detentan un grado de conocimientos más alto.

Figura 14
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH
Variación por sentimiento religioso

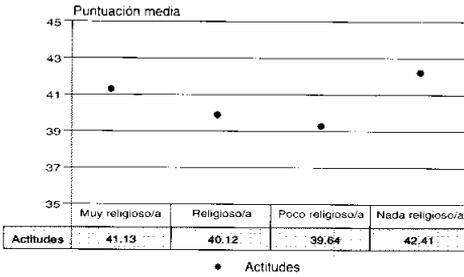
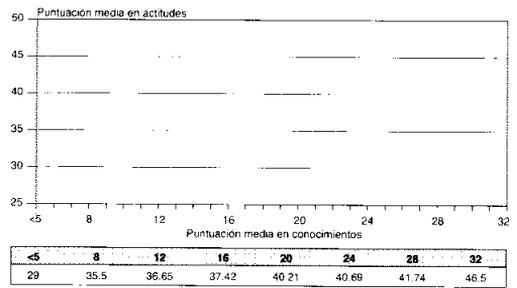


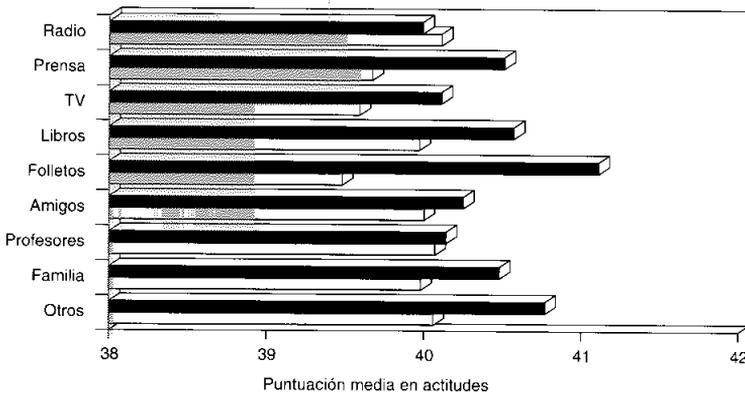
Figura 15
RELACION ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH



Respecto a las fuentes de aprendizaje, aquellos que dijeron no haber recibido información por ningún medio, obtuvieron una puntuación ($\bar{X}= 35.42$; $SD= 6.52$) más baja ($p<0.005$) que el resto de los sujetos ($\bar{X}= 40.12$; $SD= 5.32$).

El efecto de estas fuentes de aprendizaje se puede ver en la Figura 16. Sólo el hecho de haber obtenido información de la prensa escrita ($p<0.005$) o de folletos ($p<0.001$) se relacionaba significativamente con actitudes más positivas.

Figura 16
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH
Variación por fuente de información



Por otro lado, tener la televisión, amigos, profesores o padres/parientes como fuentes de información no tuvo relación con las actitudes de la muestra.

5. PERCEPCION DE RIESGO

Con objeto de conocer si los estudiantes de la Región se creen en riesgo de adquirir la infección por VIH se realizaron dos preguntas.

El 15% de los encuestados creía que alguno de sus conocidos tenía la posibilidad de contraer la infección, y un 6.5% de ellos se percibía, personalmente, en riesgo de infección.

El aspecto más remarcable de estas dos cuestiones se refiere al amplio porcentaje de respuestas "inseguras". El 38%, y el 28.5% de la muestra no estaba seguro de si alguno de sus conocidos o ellos mismos, respectivamente, podrían resultar infectados (Tabla 12).

Entre las variables demográficas que parecían relacionarse con la percepción de riesgo estaban el sexo, la edad y el sentimiento religioso.

Los varones mostraban una tendencia significativamente mayor a contestar afirmativamente a las preguntas referidas a la posibilidad de contagio tanto de conocidos ($p < 0.01$) como personal ($p < 0.05$) (Fig. 17).

Por otra parte existía una relación significativa ($p < 0.001$) entre la edad y la respuesta frente a la posibilidad de contagio de conocidos, siendo mayores aquellos que respondían afirmativamente. Esta misma relación no existía, sin embargo, en lo que respecta a posibilidad de contagio personal (Fig. 18).

Por último, los estudiantes que se declararon "nada religiosos" tenían más probabilidad de responder que sus conocidos se hallaban en riesgo de infección ($p < 0.001$). Exactamente lo contrario ocurría con el grupo de "religiosos" quienes se mostraban menos proclives a responder afirmativamente a esta cuestión ($p < 0.001$) (Fig. 19).

Lo mismo ocurría respecto a la posibilidad de contagio personal donde, de nuevo, los sujetos "nada religiosos" tenían más posibilidades ($p < 0.001$) de responder que sí

Figura 17
PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION
Variación por sexos

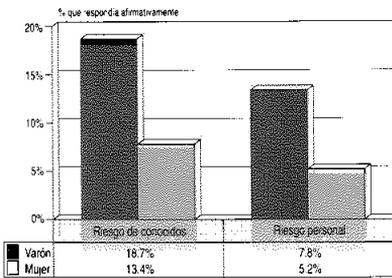
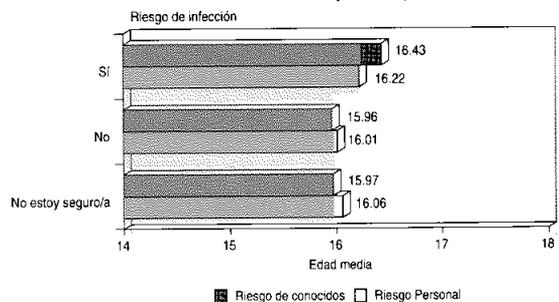
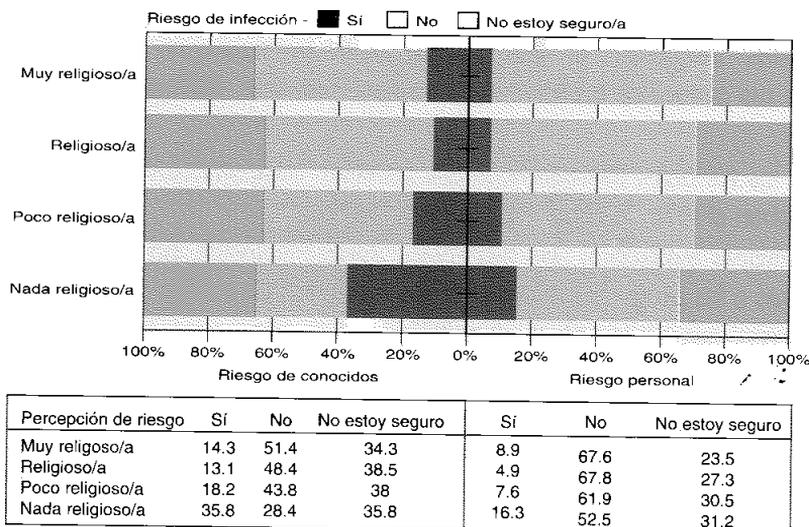


Figura 18
PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION
Edad media según respuesta



creían en la posibilidad de infección, mientras que los "religiosos" respondían que no más frecuentemente ($p < 0.01$) (Fig. 19).

Figura 19
PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION
Variación por sentimiento religioso



Otras variables como el tipo de estudios, régimen del centro y nivel de instrucción de los padres no mostraron relación alguna con la percepción de riesgo personal o de personas conocidas.

El grupo de quienes consideraban que existía la probabilidad de contagio para conocidos obtuvo una puntuación en conocimientos significativamente mayor ($p < 0.01$) que los grupos que no veían esta posibilidad o se mostraban indecisos (Tabla 13). Estas diferencias se incrementaban al analizar la percepción de riesgo personal. De nuevo los que sí veían la posibilidad de contagio obtuvieron puntuaciones más altas ($p < 0.01$) que los otros dos grupos, pero además el grupo de "inseguros" demostró significativamente menos conocimientos ($p < 0.01$) que quienes afirmaban no tener probabilidad de infectarse (Tabla 14).

La puntuación en actitudes también mostró una relación significativa, tanto con la percepción de riesgo de los conocidos ($p < 0.05$) como con la percepción del riesgo personal ($p < 0.05$). En ambos casos, los grupos que respondían afirmativamente o no estaban seguros de la posibilidad de infección, obtuvieron una puntuación significativamente más alta que quienes negaban esta probabilidad (Tablas 15 y 16).

6. OTRAS VARIABLES COGNITIVAS

Para tratar de estudiar otras variables que podrían tener un efecto sobre los conocimientos, actitudes o conducta de estos adolescentes, se incluyeron tres preguntas relacionadas con aspectos supuestamente motivantes, como son conocer a alguna persona con SIDA, creer que es un problema importante, y sentirse suficientemente interesado para ir a preguntar sobre este tema.

Como se puede ver en la Tabla 17, con respecto a la primera de estas preguntas, sólo un 4.8% de la muestra conocía a alguna persona afectada, mientras que un 12.4% estaba en duda.

Por otra parte, el 90.8% creían que el SIDA es un problema importante, pero sólo un 41.9% se consideraban suficientemente interesados como para verse impelidos a ir a preguntar.

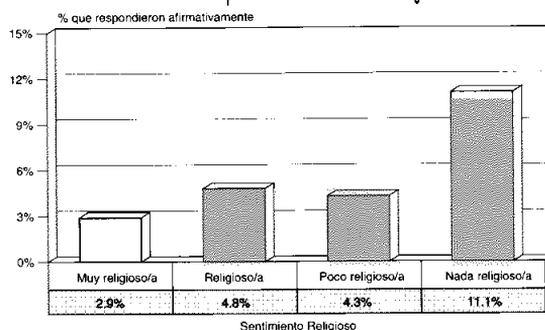
El hecho de conocer a alguna persona que sufriera la enfermedad tuvo relación con tres de las variables demográficas, pero no con el sexo, ni el nivel de estudios de los padres.

La primera de estas variables que mostraron una relación significativa fué la edad ($p < 0.01$). Quienes dijeron conocer a alguna persona afectada eran, en su conjunto, mayores ($\bar{X} = 16.49$; $SD = 1.79$) que el grupo que no conocía a nadie afectado ($\bar{X} = 15.99$; $SD = 1.51$). Quienes no estaban seguros se hallaban en una posición intermedia ($\bar{X} = 16.18$; $SD = 1.66$).

Otra variable relacionada con este aspecto era el tipo de estudios ($p < 0.01$). Los estudiantes de FP parecían responder, con mayor frecuencia que los de BUP o COU, que conocían a alguna persona afectada.

El sentimiento religioso fué la tercera variable con implicación significativa ($p < 0.05$) en esta pregunta, ya que los sujetos que se declaraban "nada religiosos" respondían con mayor frecuencia que sí conocían a personas afectadas (Fig. 20).

Figura 20
CONOCER A PERSONAS AFECTADAS
Variación por sentimiento religioso

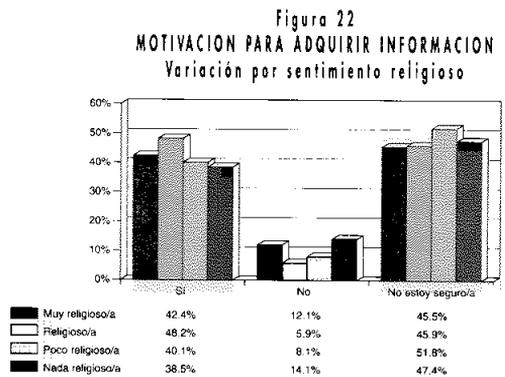
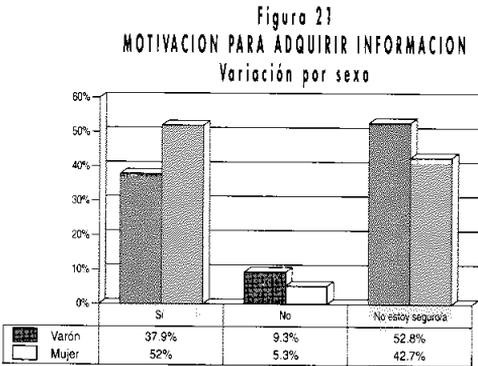


Por otra parte, ni las actitudes ni el nivel de conocimientos se relacionaban con el hecho de conocer o no a personas afectadas.

Al analizar las relaciones existentes con la pregunta referida a la importancia del SIDA, no encontramos ninguna variables demográfica que incidiera sobre la misma, como tampoco lo hacían las puntuaciones de actitudes y conocimientos. Esto puede ser debido a la gran homogeneidad de las respuestas dadas en este aspecto.

Sin embargo, al analizar las respuestas a la cuestión sobre si irían a preguntar algo, la cual implica una cierta motivación en contraposición a la naturaleza más cognitiva de la anterior, sí que aparecieron aspectos dignos de mención.

En primer lugar el sexo parecía tener gran importancia. Las mujeres estaban más dispuestas a movilizarse para adquirir información que los varones ($p < 0.001$) (Fig. 21). También las personas "religiosas" tendían a responder afirmativamente con mayor frecuencia ($p < 0.01$), mientras que las "nada religiosas" se inclinaban por el "no" ($p < 0.05$) y las "poco religiosas" por la duda ($p < 0.05$) (Fig. 22).



El grado de conocimientos sobre la infección no parecía tener un efecto significativo sobre esta variable, al contrario de lo que cabía esperar, aunque el grupo que respondió negativamente obtuvo mayor puntuación ($\bar{X}=22.65$; $SD=5.15$) que quienes dijeron estar motivados para recabar más información ($\bar{X}=21.53$; $SD=4.48$). Sin embargo, la puntuación en actitudes sí que tuvo una relación significativa con esta pregunta ($p < 0.001$).

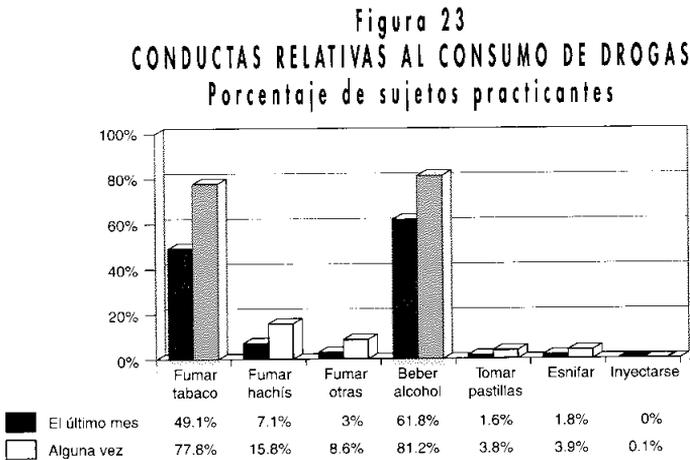
En la Tabla 18 se observa que los sujetos que sí irían a preguntar algo sobre el SIDA, tenían unas actitudes más positivas que los otros dos grupos. Esta puntuación era mayor también entre quienes no estaban seguros, comparada con la del grupo que negaba sentirse motivado para pasar a la acción con objeto de adquirir más información.

7. CONDUCTA

7.1. Uso de drogas

Con respecto al uso de drogas se realizaron una serie de preguntas basadas en la conducta más que en el consumo en sí. Esto es, se preguntó por la frecuencia de determinadas conductas en lugar de sobre la frecuencia de consumo de cada droga en particular, aunque en algunos casos coincide por las especificaciones realizadas en cada ítem. Todas las conductas fueron agrupadas dos veces para responder, primero, a si se habían practicado alguna vez y, posteriormente, si habían sido llevadas a cabo durante el último mes.

En la Figura 23 puede verse el porcentaje de sujetos practicantes de las distintas conductas observadas y en la Tabla 19, las frecuencias con que dichas conductas eran practicadas.



Tres cuartas partes (77.8%) de la muestra habían probado el tabaco al menos "alguna vez". De estos 1231 estudiantes, el 26.6% lo había hecho "muy frecuentemente", y el 18.2% "frecuentemente". Durante el último mes, el 49.1% (N= 777) había fumado tabaco, y de ellos, el 63.8% lo habían hecho "frecuente" o "muy frecuentemente".

Un 15.8% había probado la marihuana o el hachis, mientras el porcentaje descendía hasta un 7.1% durante el último mes.

Con respecto a si habían fumado otras drogas aparte del tabaco o marihuana, un 8.6% respondió que sí, aunque parte de ellos pareció no comprender la pregunta, ya que especificaban que habían consumido "chocolate" o "porros". Por tanto, podemos

suponer que este porcentaje es en realidad algo menor. Lo mismo sucedería respecto a la frecuencia de "fumar otras drogas" durante el último mes, pregunta que arroja un porcentaje del 3%, el cual debería ser más bajo.

La ingestión de alcohol era más extendida incluso que el consumo de tabaco. Un 81.2% había bebido alcohol por lo menos alguna vez. Sin embargo, el porcentaje de aquellos que lo habían hecho "muy frecuentemente" era menor que en lo que respecta a "fumar tabaco" (6.8% por 20.7% respectivamente). Es de señalar que casi una cuarta parte (24.7%) de la muestra había consumido alcohol "frecuente" o "muy frecuentemente". Durante el último mes, estos porcentajes disminuyeron en parte. Un 61.8% (N= 978) consumió alcohol, y un tercio (31.4%) de estos lo hizo, al menos, "frecuentemente". Esto es, por lo menos una quinta parte de la muestra consumía regularmente alcohol aunque, por la naturaleza de los datos, no podemos conocer la cantidad ni la frecuencia real de consumo de esta droga.

La siguiente pregunta se refería a si se habían "tomado pastillas" (anfetaminas, barbitúricos,...). Aunque la pregunta era ambigua, y podía llevar a confusión a aquellos que estuvieran poco o nada relacionados con el mundo de la droga, creemos que fue suficientemente bien entendida. Sólo un 3.8% dijeron haberlas consumido, y de ellos, un 91.8% lo habían hecho "alguna vez". Durante el último mes, este porcentaje se reducía a un 1.6% de la muestra.

Aproximadamente el mismo número de sujetos había "esnifado droga" (3.9%), de los cuales el 16.1% lo había hecho, al menos, "frecuentemente". De nuevo, el porcentaje de sujetos que había practicado esta forma de consumo de drogas disminuía, hasta un 1.8%, durante el último mes.

Por último, sólo 1 caso (0.1%) de la muestra se había inyectado drogas alguna vez, tanto sin compartir como compartiendo jeringuillas o agujas, pero nadie lo hacía en el momento de administrar el cuestionario.

7.1.1. Uso de drogas y variables demográficas

La frecuencia de consumo de drogas tuvo, en general, relaciones con todas las variables demográficas que se estudiaron, a excepción del área de salud.

Observando cada conducta por separado⁷ vemos que, aunque todas se ven afectadas por alguna de las variables demográficas estudiadas, existen ciertas diferencias resaltables.

⁷ Exceptuamos en los subsiguientes análisis el consumo de drogas por vía parenteral, ya que no tuvo, prácticamente, ninguna incidencia en nuestra muestra.

7.1.1.1. Fumar tabaco

La conducta de fumar tabaco se relacionaba con el tipo de estudios, régimen del centro, sexo, sentimiento religioso, nivel de estudios de los padres y edad (Tabla 20).

En las Figuras 24 a 30, se especifican estas relaciones para cada variable. En general, se observa que el estudiante de FP, de centros privados, sexo femenino y "poco" o "nada religioso" tiende a fumar tabaco con mayor frecuencia. Con respecto al nivel de estudios de los padres hay más variación, siendo difícil entresacar conclusiones claras que, por otra parte, no son uno de los objetivos de esta publicación. Por último, a mayor edad, se da una mayor frecuencia de consumo de tabaco.

Figura 24
FUMAR TABACO
Variación por tipo de estudios

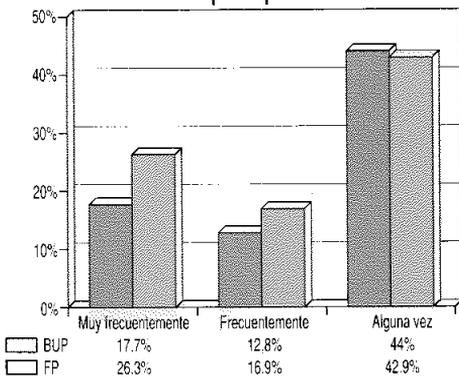


Figura 25
FUMAR TABACO
Variación por régimen de centros

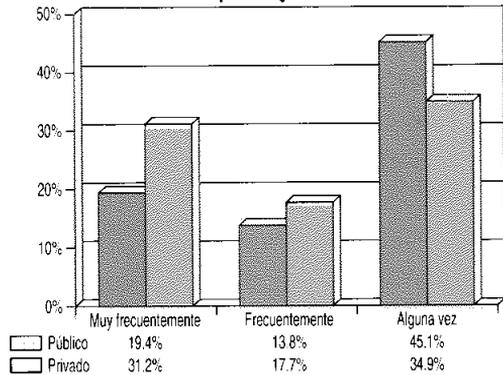


Figura 26
FUMAR TABACO
Variación por sexo

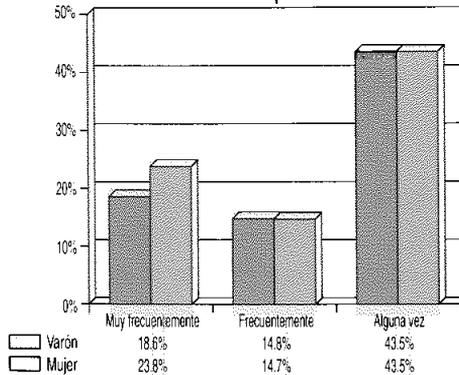


Figura 27
FUMAR TABACO
Variación por sentimiento religioso

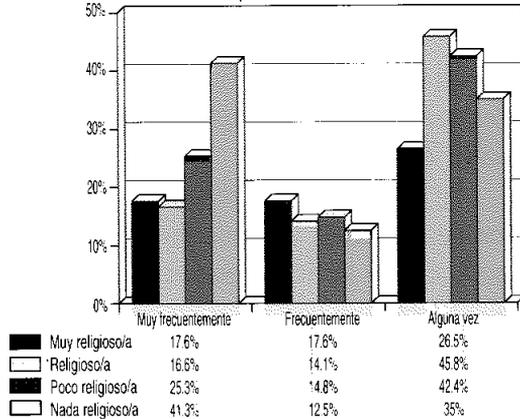


Figura 28
FUMAR TABACO
Variación por estudios del padre

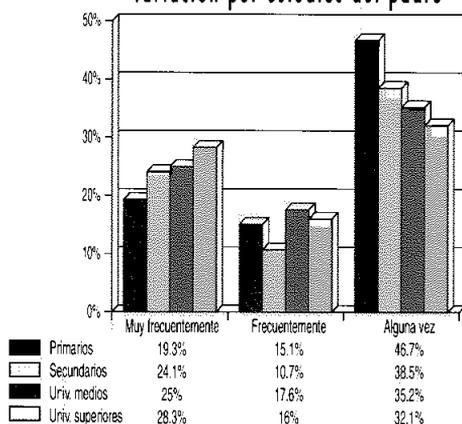


Figura 29
FUMAR TABACO
Variación por estudios de la madre

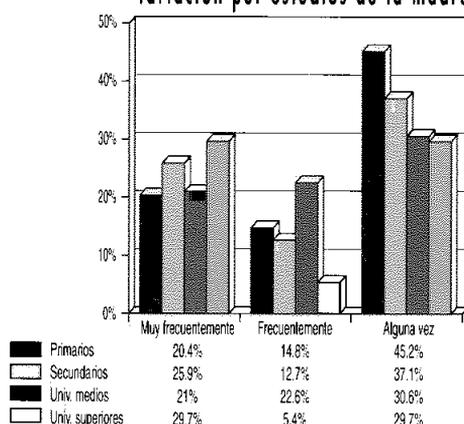
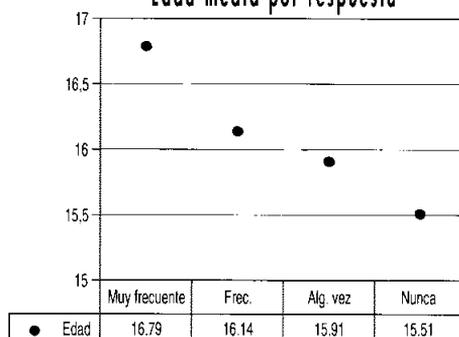


Figura 30
FUMAR TABACO
Edad media por respuesta



7.1.1.2. Fumar marihuana o hachis

La conducta de fumar marihuana o hachis se relacionaba con las mismas variables que la anterior, exceptuando el tipo de estudios y el nivel de instrucción del padre (Tabla 21).

En las gráficas se observa que, de nuevo, los estudiantes de centros privados, varones y "poco" o "nada religiosos" tienen más probabilidades de haber fumado marihuana o hachis al menos "alguna vez". La variable "estudios de la madre" se muestra confusa otra vez y sin diferencias claramente marcadas, y la edad indica que los grupos que han practicado esta conducta alguna vez, son mayores que quienes nunca lo han hecho (Figs. 31 a 35).

Figura 31
FUMAR MARIHUANA O HACHIS
Variación por régimen del centro

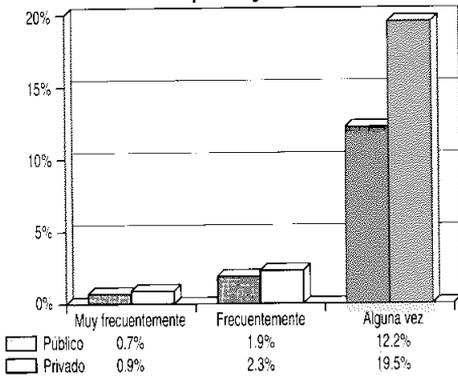


Figura 32
FUMAR MARIHUANA O HACHIS
Variación por sexo

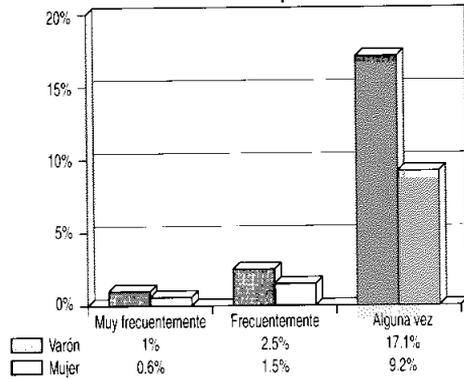


Figura 33
FUMAR MARIHUANA O HACHIS
Variación por sentimiento religioso

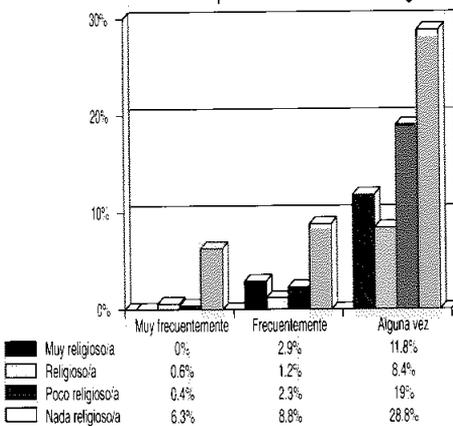


Figura 34
FUMAR MARIHUANA O HACHIS
Variación estudios de la madre

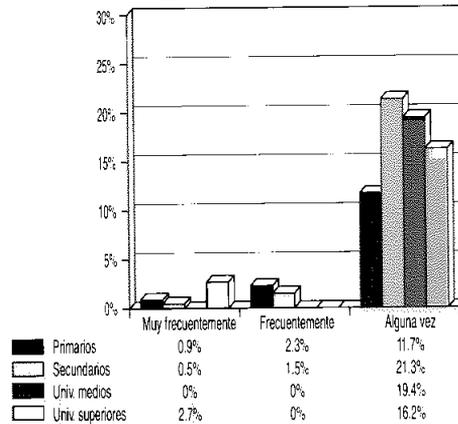
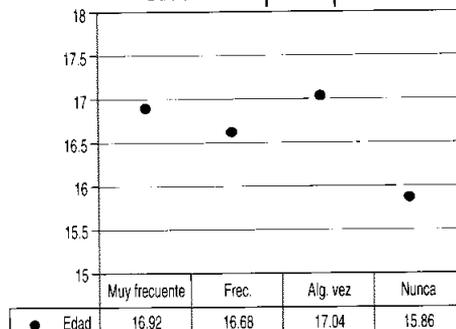


Figura 35
FUMAR MARIHUANA O HACHIS
Edad media por respuesta



7.1.1.3. Fumar otras drogas

En este caso, las variables con una relación significativa con esta conducta fueron el tipo de estudios, nivel de instrucción de los padres, sentimiento religioso y edad (Tabla 22).

Esta conducta parece darse con mayor frecuencia en estudiantes de FP, y en sujetos que se declaran "nada religiosos", además de incrementar su frecuencia con la edad (Figs. 36 a 40).

Figura 36
FUMAR OTRAS DROGAS
Variación por tipo de estudios

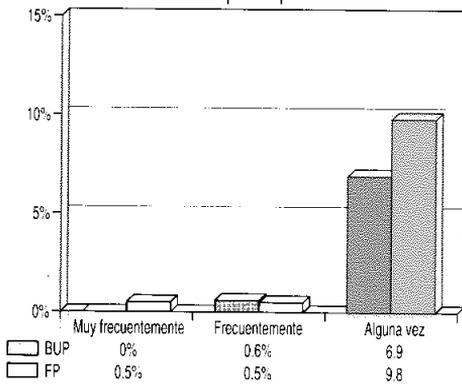


Figura 37
FUMAR OTRAS DROGAS
Variación por sentimiento religioso

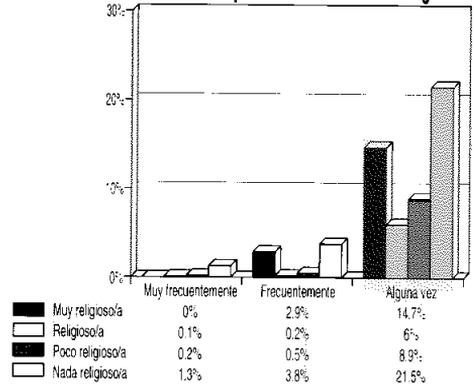


Figura 38
FUMAR OTRAS DROGAS
Variación por estudios del padre

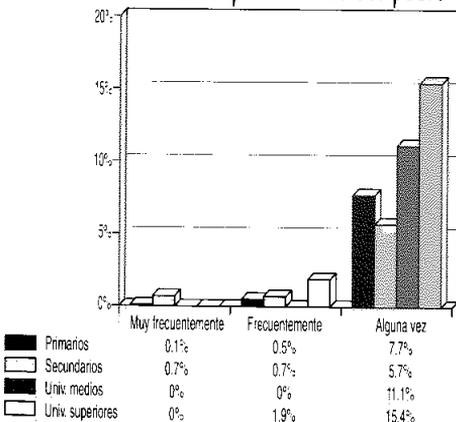


Figura 39
FUMAR OTRAS DROGAS
Variación por estudios de la madre

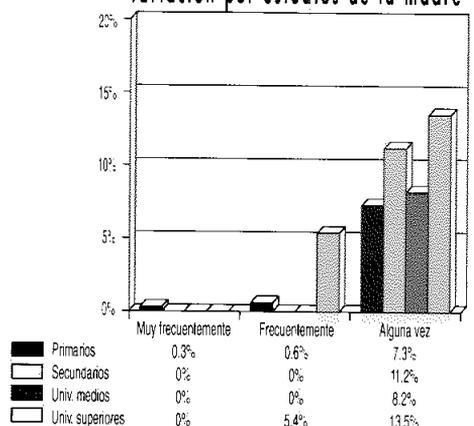
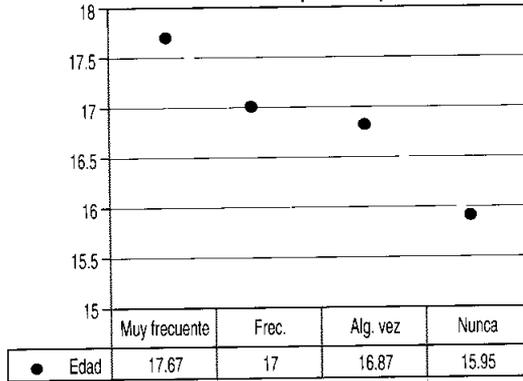


Figura 40
FUMAR OTRAS DROGAS
Edad media por respuesta



7.1.1.4. Beber alcohol

El consumo de alcohol, además de ser la conducta más frecuente de la muestra, se relacionaba con todas las variables demográficas tenidas en cuenta (Tabla 23).

En las Figuras 41 a 47, se puede observar como los estudiantes de FP, los de centros privados, varones, de mayor edad, y "poco" o "nada religiosos" tenían, en general, una mayor tendencia al consumo de alcohol que sus contrapartidas respectivas.

Figura 41
BEBER ALCOHOL
Variación por tipo de estudios

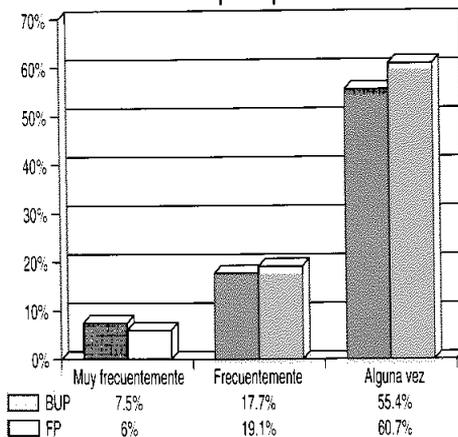


Figura 42
BEBER ALCOHOL
Variación por régimen del centro

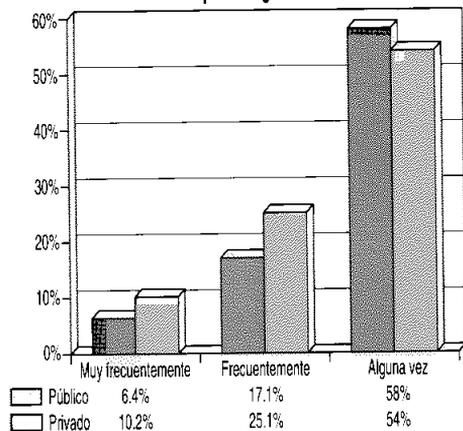


Figura 43
BEBER ALCOHOL
Variación por sexo

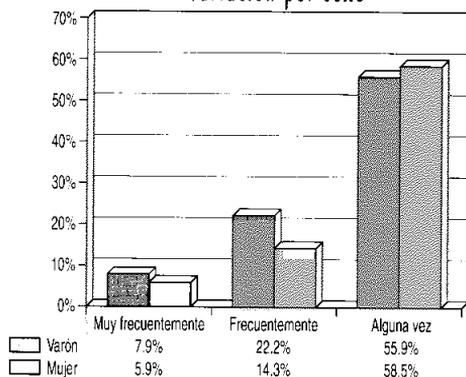


Figura 44
BEBER ALCOHOL
Variación por sentimiento religioso

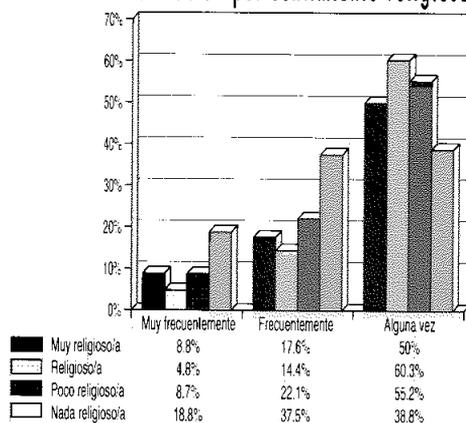


Figura 45
BEBER ALCOHOL
Variación por estudios del padre

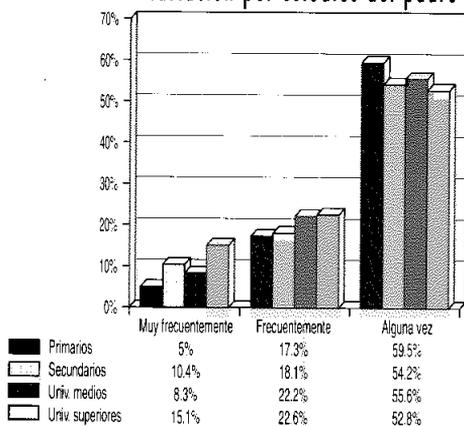


Figura 46
BEBER ALCOHOL
Variación por estudios de la madre

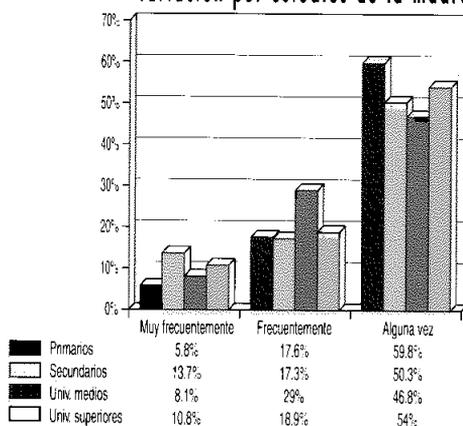
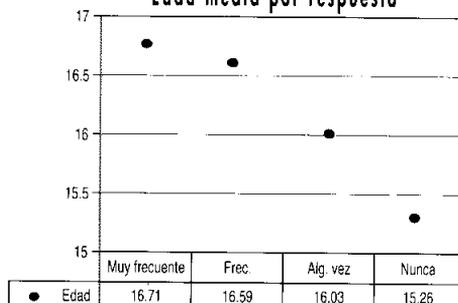


Figura 47
BEBER ALCOHOL
Edad media por respuesta



7.1.1.5. Tomar pastillas

En este caso, sólo el régimen del centro, el sentimiento religioso, la edad y los estudios de la madre se relacionaron con la frecuencia de aparición de la conducta (Tabla 24).

Como se podía esperar, visto el desarrollo de las anteriores conductas, los estudiantes de centros privados, "nada religiosos" y de mayor edad tendían a realizar esta conducta con mayor frecuencia. A estos habría que añadir, en este caso, a los hijos/as de madres con estudios universitarios superiores (Figs 48 a 51).

Figura 48
TOMAR PASTILLAS
Variación por régimen del centro

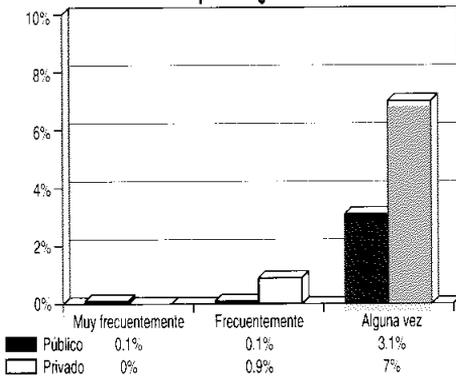


Figura 49
TOMAR PASTILLAS
Variación por sentimiento religioso

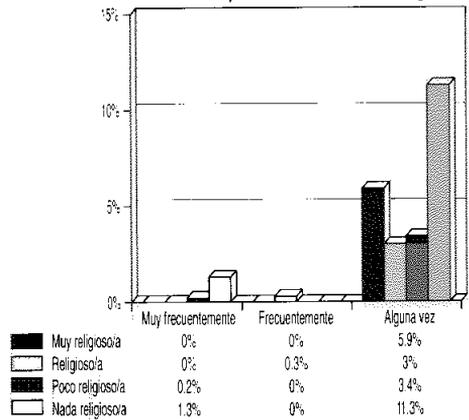


Figura 50
TOMAR PASTILLAS
Variación por estudios de la madre

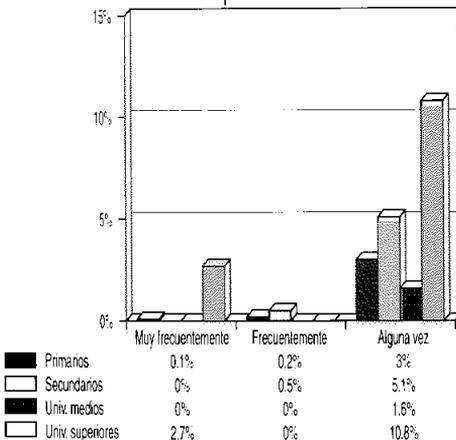
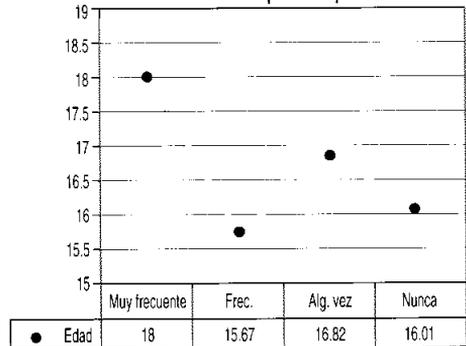


Figura 51
TOMAR PASTILLAS
Edad media por respuesta



7.1.1.6. Esnifar droga

Esta conducta se relacionaba con las mismas variables que la anterior, a excepción de los estudios de la madre (Tabla 25)

También aquí, los estudiantes de centros privados y los "poco" o "nada religiosos" tenían más probabilidades de haber "esnifado droga". No obstante, la edad muestra una distribución especial, siendo quienes más frecuentemente esnifaban droga los que alcanzaban una media de edad más baja, aunque en realidad las únicas diferencias significativas fueron entre el grupo que respondió "alguna vez" (los mayores) y los otros tres (Figs. 52 a 54).

Figura 52
ESNIFAR DROGA
Variación por régimen del centro

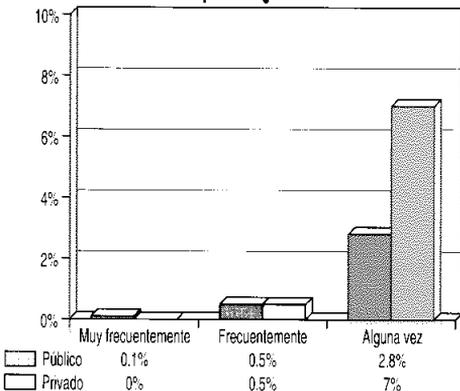


Figura 53
ESNIFAR DROGA
Variación por sentimiento religioso

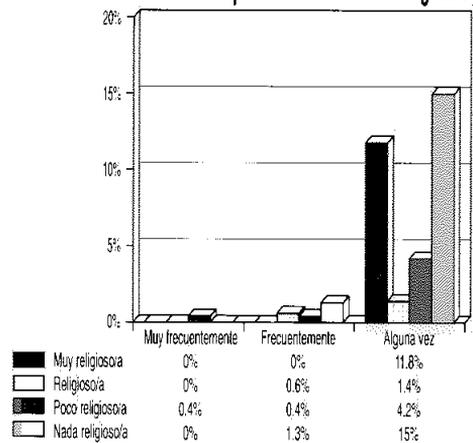
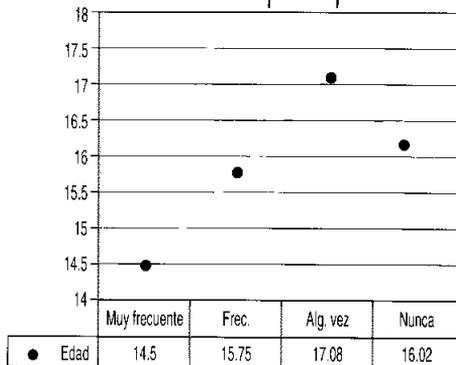


Figura 54
ESNIFAR DROGA
Edad media por respuesta



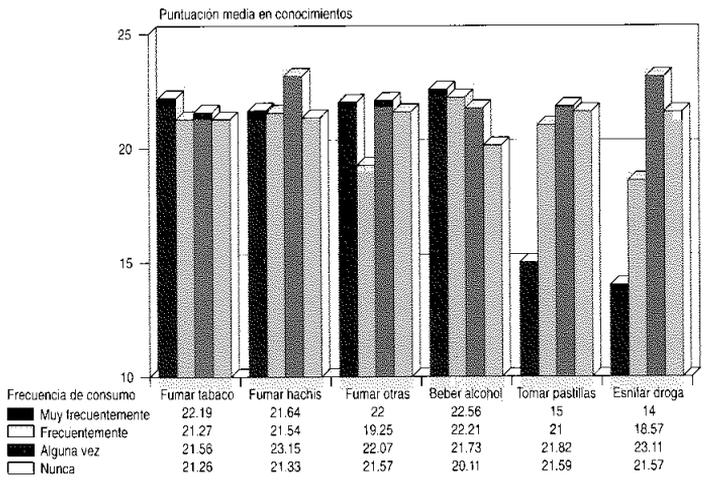
De todas formas, los datos referidos a estas dos últimas conductas han de observarse con cuidado, ya que el porcentaje de la muestra que las ha practicado es bastante bajo (3.8% y 3.9% respectivamente).

Así pues, desde una perspectiva general del consumo de drogas, vemos que los estudiantes de FP, los que estudian en centros privados, varones, con menor sentimiento religioso y de mayor edad, son quienes más relación han tenido con el mundo de la droga. Los datos referidos a los estudios de los padres, como ya hemos indicado, son más confusos y requerirían una mayor elaboración que no se ha realizado por considerarse un aspecto marginal en relación a los objetivos del presente trabajo.

7.1.2. Uso de drogas y actitudes y conocimientos sobre la infección por VIH

El grado de conocimientos se relacionó con la frecuencia de aparición de las siguientes conductas: fumar marihuana o hachis ($p < 0.001$), beber alcohol ($p < 0.001$) y esnifar droga ($p < 0.01$). En lo que respecta a fumar marihuana o hachis y esnifar droga, el grupo que mayor grado de conocimientos alcanzó fué el que respondió "alguna vez" (Fig. 55). Sin embargo esta variación se podía explicar casi totalmente por la edad, la cual varía de forma paralela al nivel de conocimientos.⁽⁸⁾ De esta forma, la significación estadística desapareció cuando se controló el efecto de la edad en esta relación.

Figura 55
CONDUCTAS RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION

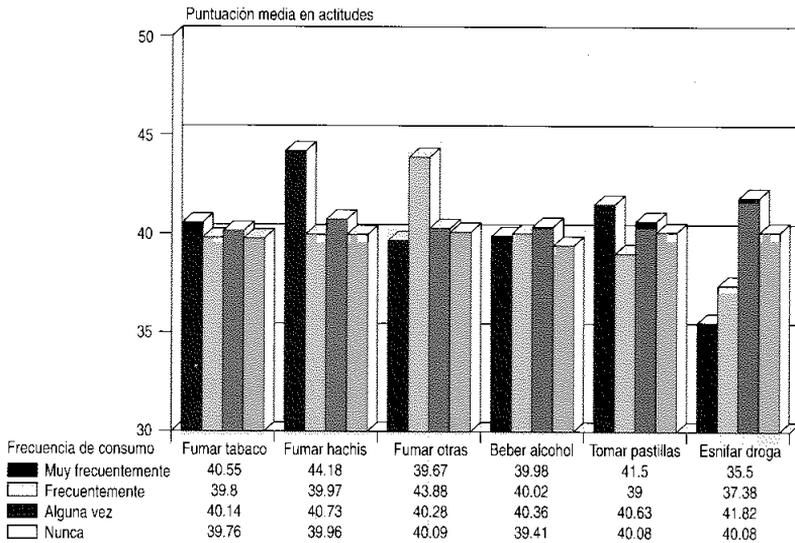


⁸ Ver Figura 9.

No obstante, el consumo de alcohol sí que mostró una relación significativa con el nivel de conocimientos independientemente del efecto de la edad o la puntuación en actitudes. Como aparece en la Figura 55, existía una relación directa entre frecuencia de consumo de alcohol y puntuación en conocimientos sobre la infección por VIH.

En lo que respecta a actitudes, sólo fumar marihuana o hachis o esnifar droga, se relacionaban con esta puntuación. Sin embargo, tales significaciones estadísticas desaparecieron al controlar por los efectos de la puntuación en conocimientos (Fig. 56)

Figura 56
**CONDUCTAS RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS
 Y ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION**



7.1.3. Uso de drogas y percepción de riesgo

En las Tablas 26 y 27, se observa la significación estadística de las relaciones entre las distintas conductas y la percepción del riesgo de infección, de personas conocidas y de uno mismo. Mientras todas las conductas contempladas tenían relación con la posibilidad de contagio de personas conocidas por los sujetos, ninguna de ellas muestra relación clara con la percepción del riesgo personal.

Esto se ve perfectamente en las Figuras 57 y 58, donde aparece la comparación entre porcentajes de sujetos que han respondido afirmativamente a las preguntas sobre percepción de riesgo, en función de haber practicado o no cada conducta.

Figura 57
CONDUCTAS RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS
PERCEPCIÓN DEL RIESGO PARA CONOCIDOS

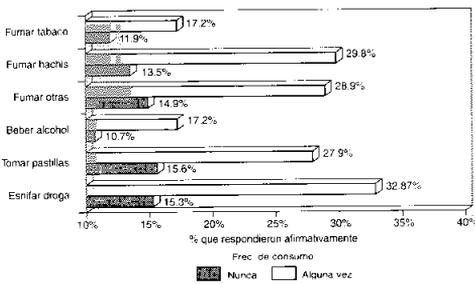
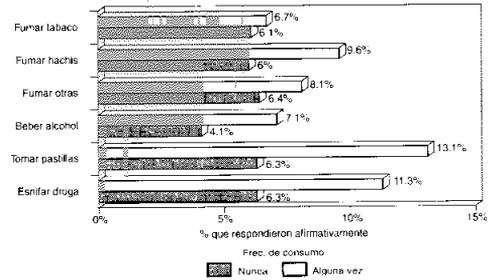


Figura 58
CONDUCTAS RELATIVAS AL CONSUMO DE DROGAS
PERCEPCIÓN DEL RIESGO PERSONAL



7.2. Conducta sexual

La conducta sexual de la muestra fue determinada por medio de cinco preguntas que, de forma gradual, definían el proceso de relación sexual. Este bloque de items se duplicó para determinar la orientación del comportamiento sexual de los sujetos, incidiendo sobre la frecuencia de conducta heterosexual y homosexual.

7.2.1. Orientación sexual

Un buen porcentaje de la muestra no había tenido nunca relaciones de ningún tipo, ni con personas de su mismo sexo ni del sexo contrario. Como se puede ver en la Tabla 28, el porcentaje de sujetos sin experiencia crece según las preguntas van ganando en intensidad. Así, si un 22% nunca había besado a nadie, casi la mitad (48.5%) no habían tenido contactos "bajo la ropa", tres cuartas partes (74%) nunca se habían "masturbado mutuamente", y un 83.1% no habían tenido relaciones coitales.

Entre aquellos con experiencia sexual, predominaba claramente la conducta heterosexual. De los 237 sujetos que habían experimentado relaciones sexuales "completas", un 96.6% sólo tenían contactos heterosexuales, 2.1% habían tenido contactos con ambos sexos, y sólo para un 1.2% las relaciones habían sido exclusivamente homosexuales.

Respecto al resto de las conductas la distribución es similar. Tanto en lo que se refiere a besos, caricias sobre y bajo la ropa, y masturbación mutua, el porcentaje de la muestra, experimentado en dichas conductas, que había tenido relaciones exclusivamente heterosexuales era de alrededor de un 90% o mayor. Por otro lado, el porcentaje de sujetos con conducta únicamente homosexual nunca superó el 1%, y el de aquellos con contactos con ambos sexos no fué más allá del 8%.

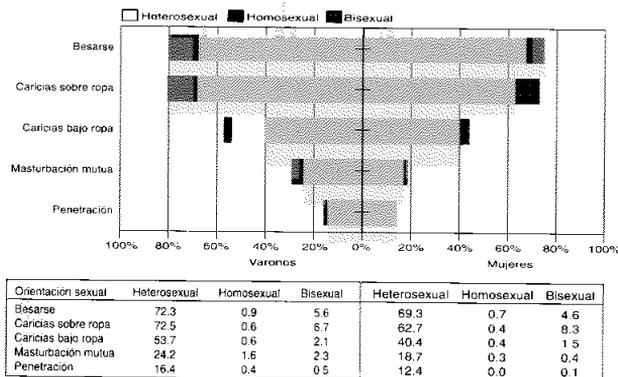
Sin embargo, hay dos aspectos que son de destacar. El primero es que el porcentaje de sujetos con conducta homosexual de masturbación es el mayor, aunque casi

imperceptiblemente, de los aparecidos entre las cinco conductas exploradas. Esta variación es totalmente atribuible a los varones, ya que en el caso de las mujeres el número de sujetos que practica las distintas conductas decae con un ritmo gradual. La explicación de este fenómeno podría ser que la masturbación mutua se diera, entre varones, ajena a otro tipo de contacto; es decir, como conducta aislada, que no va acompañada del repertorio de comportamientos que usualmente conforman la relación sexual.

El segundo aspecto destacable es que los porcentajes de conducta bisexual caen, bruscamente, a partir de lo que hemos definido como "caricias sobre la ropa". Las explicaciones que se pueden dar a este hecho son, por un lado, que las dos primeras conductas, siendo menos abiertamente sexuales, pueden ser llevadas a cabo sin tantos problemas como conlleva el resto. Por otro lado, podría explicarse también por una confusión de algunos sujetos de la muestra, que respondieron afirmativamente a estas dos cuestiones, a pesar de que hubieran practicado dichas conductas de una forma no sexual.

En la Figura 59, puede verse la distribución por sexos de la orientación sexual. Las diferencias no son grandes, si exceptuamos el mayor porcentaje de varones experimentados en todas las conductas contempladas. El aspecto más remarcable sería la casi inexistencia de prácticas homo o bisexuales, de las mujeres, en las conductas de "masturbación mutua" y "relaciones con penetración"⁹ (0.7% y 0.1% respectivamente), en comparación con los porcentajes masculinos (3.9% y 0.9% respectivamente).

Figura 59
ORIENTACION SEXUAL
Distribución por sexos



⁹ Aunque el término "relaciones con penetración" puede llevar a equívoco en el caso de la homosexualidad femenina, se escogió mantenerlo para no romper el esquema gradual de las conductas que habíamos diseñado, con casos particulares. Por otra parte creemos que gracias a este planteamiento progresivo, la pregunta fue entendida en lo esencial.

7.2.2. Conducta heterosexual

Tres cuartas partes de la muestra (75.9%) habían tenido algún tipo de contacto heterosexual; porcentaje que, como hemos dicho, descendía a medida que la conducta definida en la pregunta iba profundizando en la relación sexual.

Así, un porcentaje parecido (75.1%) había llevado a cabo "caricias sobre la ropa", pero menos de la mitad (49.4%) había llegado a realizar "caricias bajo la ropa". Un salto similar se producía entre este último punto y la "masturbación mutua" - practicada por un 23.1% -. Para finalizar, el 14.8% de la muestra habían tenido relaciones heterosexuales coitales.

Como se observa en la Tabla 29, estos datos reflejan la típica situación de los adolescentes que van adentrándose, gradualmente, en el proceso de la relación sexual. El número de adolescentes experimentados decrece con la intensidad de la relación y, por otro lado, la frecuencia más baja ("alguna vez") siempre predomina sobre las demás.

La distribución por sexos y edad de los porcentajes referidos a conducta heterosexual aparecen en las Figuras 60 y 61. En ellas puede verse como, por un lado, los varones alcanzan siempre unos porcentajes más altos, independientemente de la conducta, y cómo estos tantos por ciento se van incrementando con la edad.

Figura 60
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Distribución por sexos

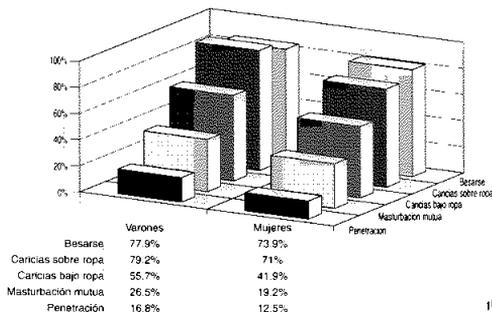
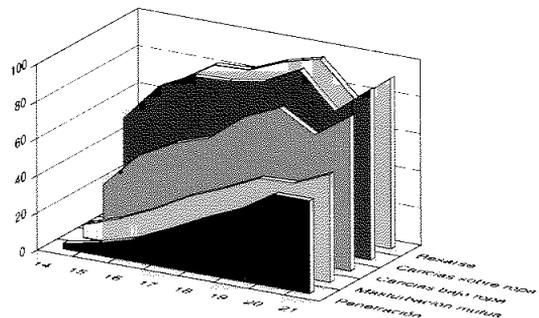


Figura 61
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Distribución por edad



	14	15	16	17	18	19	20	21
Penetración	2.9	6.6	11.9	20.5	29.9	38.1	50	50
Masturbación mutua	6.9	13.5	22.1	32.5	40.3	49.2	50	58.3
Caricias bajo ropa	22.5	41.6	51.5	57.9	72.7	81	70	83.3
Caricias sobre ropa	52.2	72.4	81.7	82.5	85.7	95.2	76.6	91.7
Besarse	56.5	69.7	81.7	82.5	90.3	95.2	76.6	91.7

A partir de aquí se estudió la influencia de una serie de variables sobre la conducta heterosexual de la muestra. Estos análisis se realizaron solamente respecto a las "relaciones con penetración", con objeto de simplificar los resultados.

De acuerdo con estos análisis tanto la edad, como el sexo, tipo de estudios, régimen del centro, nivel de estudios de los padres y sentimiento religioso eran variables discriminantes entre quienes tenían este tipo de experiencia sexual y los que no (Tabla 30). No hubo ninguna diferencia, sin embargo, en función del área de salud.

En las Figuras 62 a 66, podemos ver las diferencias en experiencia coital en función de estas variables⁽¹⁰⁾. En ellas se observa como aquellos sujetos que estudian en centros privados, estudian FP, sus padres tienen un nivel alto de estudios o se declaran "nada religiosos" (además de ser varón y de edad creciente), tienen más probabilidades de haber tenido experiencia sexual.

Figura 62
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Variación por tipo de estudios

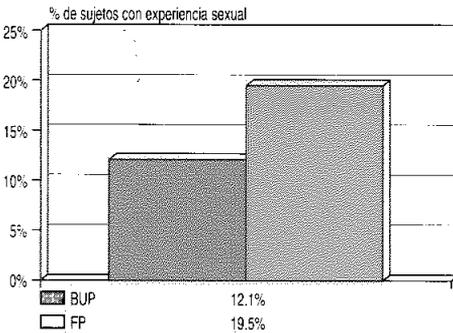


Figura 63
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Variación por régimen del centro

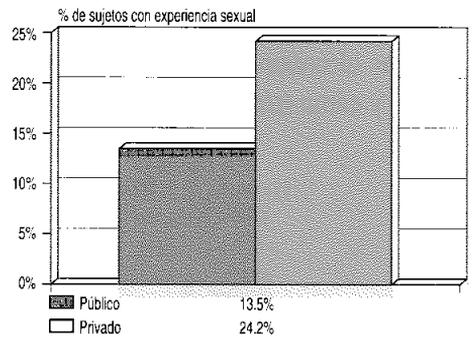


Figura 64
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Variación por sentimiento religioso

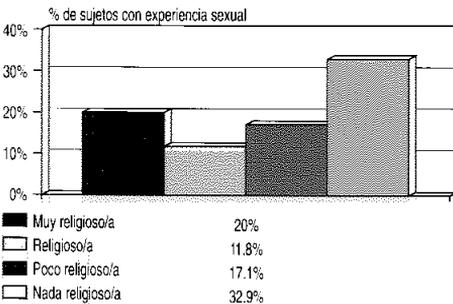
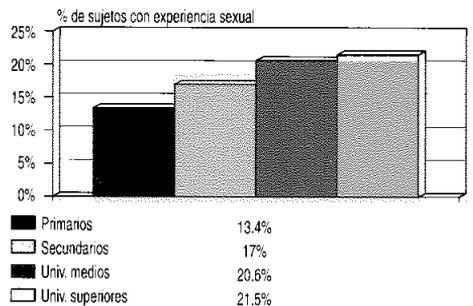
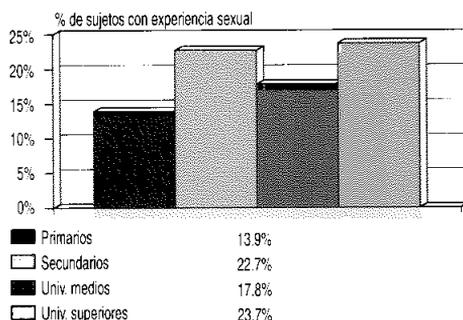


Figura 65
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Variación por estudios del padre



¹⁰ Se han eliminado las referidas a edad y sexo por haber sido representadas con anterioridad. Ver Figuras 60 y 61.

Figura 66
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Variación por estudios de la madre



Con respecto al grado de conocimientos, como era de esperar, se incrementa en aquellos que tienen experiencia sexual. Sin embargo, esta relación no llegaba a ser significativa tras controlar por el efecto de la edad, la cual parece ser responsable de este aumento de nivel de conocimientos en los sujetos sexualmente experimentados (Fig. 67).

Respecto a las actitudes, como vemos en la Figura 68, no existe una variación significativa en función de la conducta heterosexual.

Figura 67
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL Y
CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH

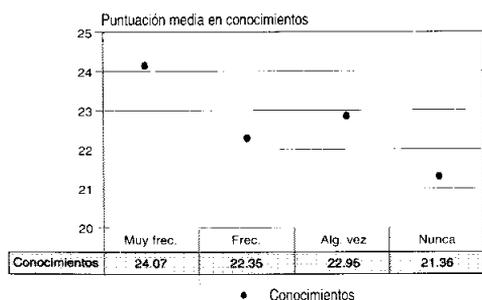
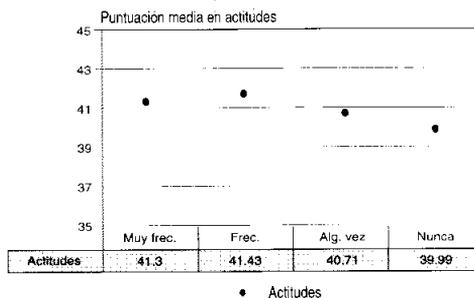


Figura 68
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL Y
ACTITUDES FRENTE A LA INFECCION POR VIH



Por último, en las Figuras 69 y 70, vemos la distribución de la percepción de riesgo de contagio de conocidos y personal, en función de la realización o no de relaciones heterosexuales con penetración.

En ambos casos, la percepción del riesgo aumentaba en los sujetos experimentados. Tanto el riesgo de contagio de conocidos ($p < 0.001$) como el riesgo de contagio personal ($p < 0.005$) se relacionaban significativamente con esta variable.

Figura 69
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Percepción del riesgo para conocidos

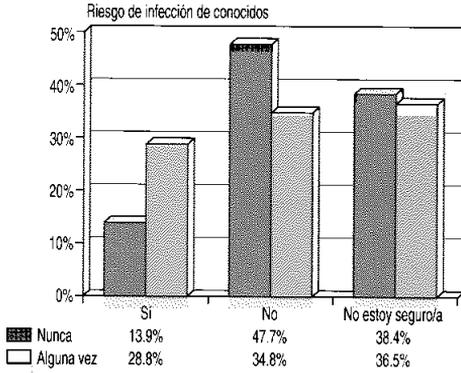
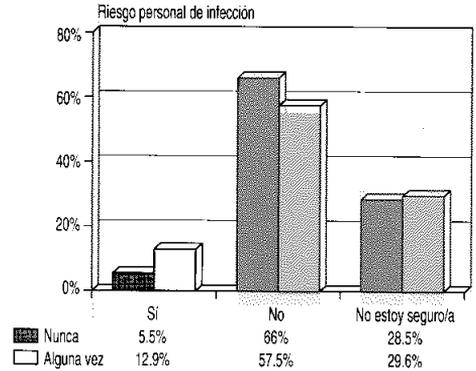


Figura 70
EXPERIENCIA HETEROSEXUAL
Percepción del riesgo personal



7.2.3. Conducta homosexual

Algo parecido ocurre con los datos referidos a conducta homosexual, aunque el número de sujetos que tienen este tipo de contactos resulta notablemente menor. Desde un 5.9% que respondieron que se habían besado, al menos "alguna vez", con alguien de su mismo sexo, hasta un 0.6% que habían practicado "relaciones con penetración", los porcentajes van disminuyendo. Hay que exceptuar el incremento observado en "caricias sobre la ropa"; conducta que está ligeramente más extendida que el beso (7.9%), quizás por la mayor facilidad para iniciar un acercamiento sexual por este medio. Por otra parte, de nuevo, la frecuencia menor ("alguna vez") predomina sobre el resto (Tabla 31).

A continuación podemos ver la distribución de los porcentajes referidos a las distintas conductas en función del sexo y la edad (Figs. 71 y 72).

Figura 71
EXPERIENCIA HOMOSEXUAL
Distribución por sexo

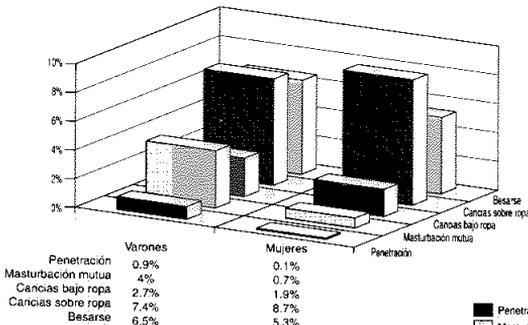
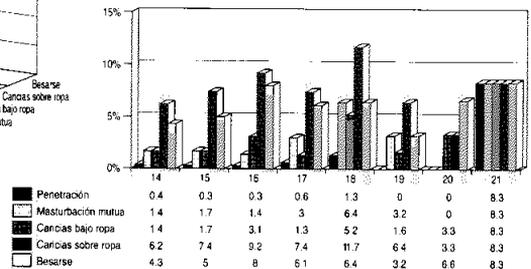


Figura 72
EXPERIENCIA HOMOSEXUAL
Distribución por edad



En general, los varones tienden más frecuentemente a tener comportamientos homosexuales, especialmente en lo que se refiere a "masturbación mutua". Sin embargo, es mencionable el hecho de que hay un mayor porcentaje de mujeres que han practicado "caricias sobre la ropa" con personas de su mismo sexo.

En lo referido a la edad, siendo tan bajo el número de sujetos, la gráfica sigue una distribución más bien anárquica. Por razón de este pequeño porcentaje de la muestra que practica este tipo de conducta, hemos declinado realizar análisis más exhaustivos que no habrían arrojado más luz sobre este tema.

7.2.4. Edad de inicio de las relaciones sexuales

Como se ve en la Tabla 32, la media de edad para el inicio de relaciones heterosexuales es de 15.6 años ($SD= 1.9$), con un rango de 8 a 19 años. En el caso de la conducta homosexual, la edad media de inicio se adelanta, siendo de 12.8 ($SD= 3.6$) con un rango de 6 a 17 años. No hay que olvidar que en esta tabla sólo se tienen en cuenta los datos de aquellos que han tenido relaciones sexuales con penetración al menos "alguna vez". Por otro lado, el hecho de que 15 sujetos respondieran a la pregunta sobre la edad de la primera relación homosexual (casi el doble de quienes respondieron haber tenido relaciones homosexuales de penetración), indica que la pregunta se ha podido entender como la edad del primer contacto sexual con alguien del mismo sexo, incluyendo otras prácticas como la masturbación mutua. Esto es particularmente importante en el caso de las mujeres para quienes, como ya hemos dicho, el término "relaciones homosexuales con penetración" no tiene gran sentido.

En general, los varones comienzan antes a tener relaciones. Tanto en las relaciones heterosexuales como en las homosexuales, los varones anteceden en un año a las mujeres, las cuáles tienen también un rango de edad más corto.

7.2.5. Número de parejas⁽¹¹⁾

La pregunta referida al número de parejas sexuales se realizó para cuatro momentos distintos, tomando como referencia la fecha de administración del cuestionario: la semana anterior, el mes anterior, el último verano y el último año.

En general, hubo un alto porcentaje de sujetos que no contestaron a esta pregunta (aproximadamente una cuarta parte).

Como era de esperar, la mayoría de los 237 sujetos experimentados no tuvieron

¹¹ En este apartado, como en los siguientes referidos a la frecuencia de conducta sexual, utilización del preservativo, etc... sólo se ha tenido en cuenta la sub-muestra formada por los 237 sujetos que habían tenido alguna vez relaciones sexuales "completas".

relaciones durante la semana anterior a la administración del cuestionario (43.4%). Uno de cada cuatro (27.8%) tuvo una pareja, y sólo 4 sujetos (2.4%) tuvieron relaciones sexuales con de 2 a 4 personas distintas.

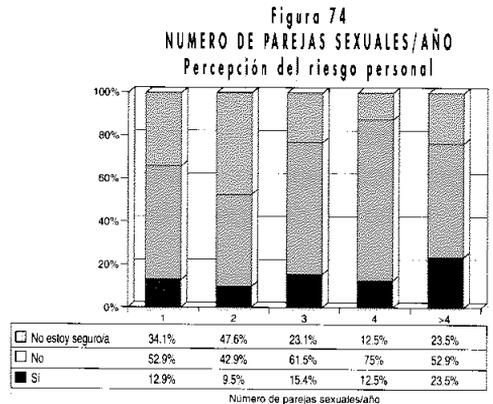
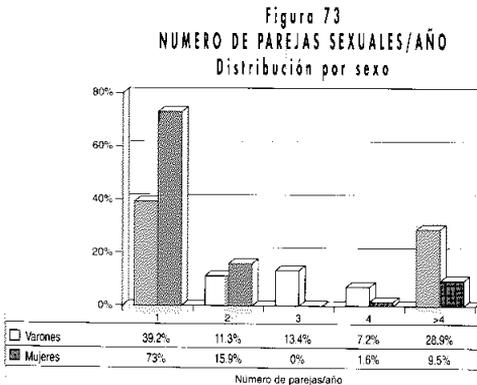
Durante el mes previo, el número de sujetos que se habían abstenido de relaciones sexuales se redujo (23.6%), incrementándose las demás frecuencias. El mayor incremento se registró en aquellos que tuvieron de 2 a 4 parejas, apareciendo ya un pequeño grupo (0.8%) que había tenido relaciones sexuales con más de 4 personas durante este periodo.

Aunque la pregunta sobre el número de parejas en el verano anterior no sigue la misma relación gradual de las otras tres, y no engloba a la anterior como sucede en las demás, se incluyó por considerarse un periodo en el que los adolescentes tienen más probabilidades de contactar con otras personas y de tener relaciones sexuales. Sólo un 12.6% manifestaron no haber tenido pareja alguna durante el verano, y se redujo a un 35% el porcentaje de quienes tuvieron sólo una pareja. Sin embargo, se incrementaba en más de un 100% el grupo con 2-4 parejas, y el número de sujetos con relaciones con más de 4 personas distintas se multiplicó por 10 quedando en un 8% de la muestra.

Por último durante el año anterior, un pequeño porcentaje (2.1%) no habían tenido pareja alguna, y el grupo mayor era el monógamo (38.4%). Por otra parte, los grupos con 2-4, y más de 4 parejas casi se equiparaban, con un 19.4% y un 16% respectivamente (Tabla 33)

Ninguna de las variables demográficas que tuvimos en consideración llegó a relacionarse significativamente con el número de parejas sexuales durante el último año, a excepción del sexo. No hubo diferencias por área de salud, ni tipo de estudios, régimen del centro o estudios de los padres. Tampoco hubo relación con edad o sentimiento religioso como hubieramos esperado.

El sexo fué la única variable que establecía diferencias significativas ($p < 0.001$). Los varones tendían a contar con un mayor número de parejas sexuales (Fig. 73).



Tampoco hallamos relación entre número de parejas/año y grado de conocimientos o tipo de actitudes.

Por último, en la gráfica podemos ver que tampoco existe relación significativa alguna entre el número de parejas/año y la percepción de la posibilidad de contagio personal (Fig. 74)

7.2.6. Número de parejas casuales

Para tratar de determinar la frecuencia de contactos casuales de la muestra, se preguntó con cuántas personas habían tenido relaciones sexuales la misma semana en que se habían conocido. En este caso, la mayoría de la muestra, como se ve en la Tabla 34, no tuvo relaciones sexuales durante los periodos contemplados. Sin embargo, un cierto número de sujetos tuvieron relaciones con personas "poco conocidas", especialmente a partir del verano. Alrededor de un 10% tuvieron relaciones con 2-4 personas en estas condiciones durante el último verano y el último año. Es más, un 4.2% y un 7.6% tuvieron contactos con más de 4 personas "desconocidas" en estos periodos respectivamente.

Como en el caso anterior, sólo el sexo, de entre las variables demográficas, tuvo influencia significativa ($p < 0.001$) en los resultados obtenidos, y de nuevo eran los varones quienes tenían un mayor número de parejas casuales.

Tampoco el grado de conocimientos variaba a través de los distintos grupos, pero sin embargo, la puntuación en actitudes sí que se relacionó significativamente ($p < 0.05$) con el número de parejas casuales/año.

En la Figura 75 podemos ver cómo eran, precisamente, aquellos con menor número de parejas casuales/año quienes mostraban unas actitudes más positivas.

Para terminar, tampoco hubo diferencias reseñables en función de la percepción de riesgo personal. Baste señalar aquí que un 75% y un 47.1% de los sujetos con 4 y

Figura 75
NÚMERO DE PAREJAS CASUALES/AÑO
Actitudes frente a la infección por VIH

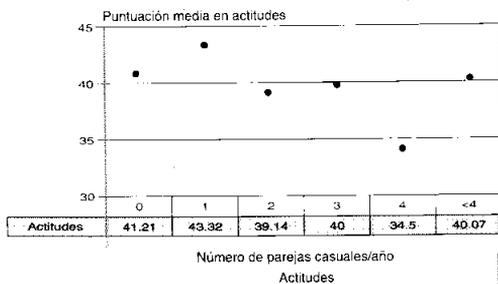
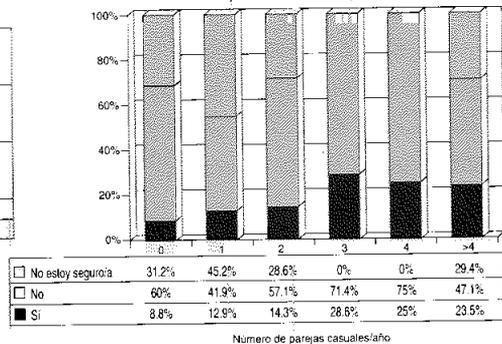


Figura 76
NÚMERO DE PAREJAS CASUALES/AÑO
Percepción del riesgo personal



más de 4 parejas casuales/año respectivamente no se percibían en riesgo de infección. En realidad el porcentaje que respondió afirmativamente a esta pregunta nunca superó el 30% (Fig. 76).

7.2.7. Frecuencia de conducta sexual

Con objeto de determinar la frecuencia de la conducta sexual, se realizó un grupo de preguntas similar dividido en los mismos periodos de tiempo.

Los porcentajes de sujetos que no tuvieron relaciones sexuales durante estos periodos, son prácticamente iguales a los porcentajes de sujetos que no declararon pareja sexual alguna (Tabla 35). En teoría estas figuras tendrían que ser exactamente iguales, pero las mínimas diferencias encontradas (explicables por confusiones en las respuestas) no son suficientes para sospechar de la veracidad de los datos.

También los porcentajes de las distintas frecuencias de actividad sexual durante la última semana, recuerdan a los del número de parejas durante el mismo periodo. Sin embargo, las frecuencias altas (más de 2 relaciones sexuales) son mayores en el caso de la actividad, como es lógico.

Como era de esperar, según el periodo observado es más amplio, se incrementa el número de sujetos con varias relaciones sexuales, y decrece el porcentaje que ha tenido un sólo contacto. Así, durante el último año, más de la mitad (51.9%) de los 237 sujetos con experiencia sexual tuvo más de 4 relaciones sexuales.

Tampoco en este apartado encontramos variable alguna que se relacionara con esta distribución de los datos. Ninguna de las variables demográficas mostró relación con la frecuencia de conducta sexual/año, como tampoco lo hicieron el grado de conocimientos, las actitudes o la percepción de riesgo personal.

7.2.8. Relaciones con parejas con riesgo potencial

Dentro del apartado referido a frecuencia de conducta sexual, se incluyeron una serie de items sobre relaciones con parejas que presentarían un riesgo potencial de infección por el VIH.

Tan sólo 2 sujetos (0.8%) habían tenido relaciones sexuales, alguna vez durante el último año, con "alguien que se inyectara droga", y 1 (0.4%) con "alguien que tuviera SIDA". Otros 6 (2.5%), 2 de los cuales eran mujeres, habían mantenido relaciones homosexuales y, por último, 22 (9.2%) habían tenido contactos con prostitutas (Tabla 36).

Como se puede observar, el número de sujetos que han tenido relaciones sexuales, con parejas potencialmente de riesgo, es pequeño. Como excepción, cabe mencionar el 9.2% que manifiesta haber tenido contactos con prostitutas. Este porcentaje es,

por otro lado, totalmente atribuible a los varones. Un 15.6% de los varones que habían experimentado, alguna vez, relaciones sexuales de penetración, habían tenido relaciones con prostitutas durante el último año.

La experiencia sexual con prostitutas se relacionó solamente, de entre las variables demográficas, con el sentimiento religioso de los varones sexualmente experimentados, siendo el porcentaje de sujetos "muy" o "nada religiosos" que habían mantenido estos contactos mayor que el de los grupos intermedios ($p < 0.001$) (Fig. 77). Hay que tener en cuenta, a la hora de interpretar el gráfico, que el grupo de varones "muy religiosos" que respondieron a esta pregunta lo formaban solamente 4 personas.

Tampoco las puntuaciones en conocimientos o actitudes se relacionaron con esta variable, pero sí la percepción de riesgo personal ($p < 0.05$), que era mayor entre quienes habían tenido este tipo de relaciones (Fig. 78).

Figura 77
EXPERIENCIA SEXUAL CON PROSTITUTAS
Variación por sentimiento religioso

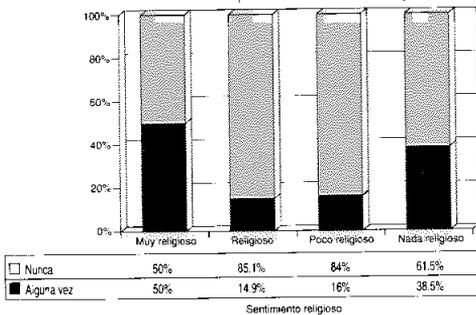
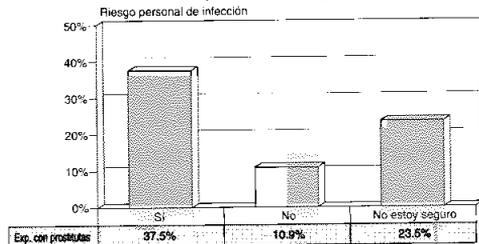


Figura 78
EXPERIENCIA SEXUAL CON PROSTITUTAS
Percepción del riesgo personal

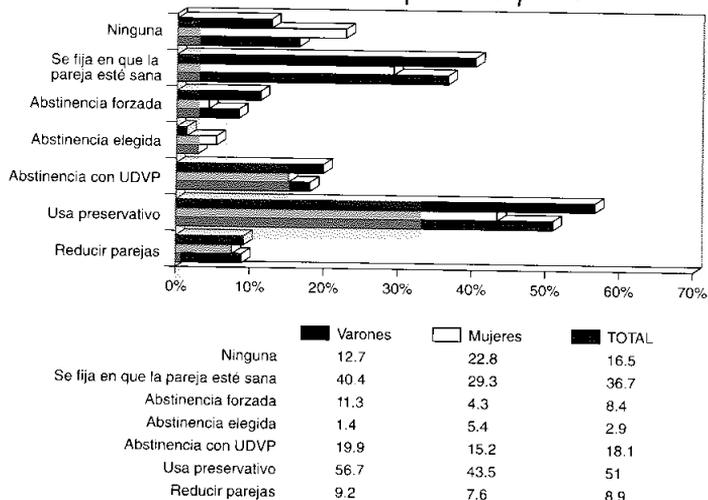


7.2.9. Precauciones tomadas en las relaciones sexuales

En la Figura 79 podemos ver la distribución, por sexos y del total de los sujetos con experiencia coital, respecto a los diferentes tipos de precauciones que pueden adoptarse para evitar la infección por VIH en las relaciones sexuales.

Un 16.5% no tomaba ninguna precaución en sus relaciones, y más de un tercio (36.7%) se "fijaba en que su pareja estuviera sana". Un 8.4% no tenía relaciones en ese momento pero le gustaría, y sólo un 2.9% prefieren abstenerse de tener relaciones sexuales, aunque no queda claro si esta opción refleja únicamente una preocupación por evitar la infección por VIH, o hay otros factores influyentes como, por ejemplo, la falta de una pareja adecuada. Un 18.1% evita las relaciones sexuales con UDVPs, y un 8.9% dijo haber reducido el número de parejas sexuales. Por último, un 51% de quienes han tenido relaciones coitales, prefieren confiar en el preservativo para evitar el SIDA.

Figura 79
PRECAUCIONES TOMADAS EN LAS RELACIONES
Variación por sexo y total



Por sexos existen ciertas variaciones. Es mayor el porcentaje de mujeres que no toman ninguna precaución (22.8% por 12.7% de varones), y el de quienes prefieren abstenerse de relaciones sexuales (5.4% por 1.4% de varones), aunque este último método sigue siendo escogido por, relativamente, pocos sujetos. Los varones, sin embargo, parecen confiar más en su percepción de la salud de su pareja (40.4% por 29.3% de mujeres), y en el uso del preservativo (56.7% por 43.5% de mujeres). El resto de los métodos arroja unos porcentajes similares. Como caso aparte, también existen más varones (11.3%) que mujeres (4.3%) que no tienen relaciones sexuales, pero a su pesar.

7.2.10. Uso de preservativo

La frecuencia de uso del preservativo por parte de los 237 estudiantes que habían tenido alguna vez relaciones sexuales de penetración, se puede ver en la Tabla 37.

Como era de esperar, el porcentaje de sujetos que nunca utilizó preservativo va disminuyendo según el periodo abarcado es más amplio. Así, el número de usuarios crece hasta un 55.7% durante el último año. Sin embargo, al preguntarles sobre la frecuencia de uso de condones durante el año anterior, el porcentaje de usuarios vuelve a descender (37.4%). Este hecho puede ser debido a una concienciación hacia el problema del SIDA y reflejo, por tanto, de los programas sanitarios de promoción del preservativo, o bien puede deberse a que una buena parte de esta sub-muestra no hubieran experimentado aún relaciones sexuales de penetración en ese periodo. Lamentable-

mente, al no recoger medidas de frecuencia de conducta sexual durante ese tiempo, no podemos comprobar este punto.

Al comparar el grupo de usuarios del preservativo con el de quienes no lo hacían se vió que las diferencias no estaban en función del tipo de estudios, régimen del centro, estudios de los padres, área o sentimiento religioso. Tampoco la edad media era diferente entre los dos grupos. Sólo el sexo marcaba diferencias, siendo principalmente los varones quienes tendían a usarlo ($p < 0.005$) (Fig. 80).

El nivel de conocimientos sobre la infección y la puntuación en actitudes no diferían significativamente entre los que habían usado el preservativo y los que no lo habían hecho (Figs. 81 y 82), y tampoco la percepción del riesgo de infección personal (Fig. 83).

Figura 80
USO DEL PRESERVATIVO/AÑO
Variación por sexo

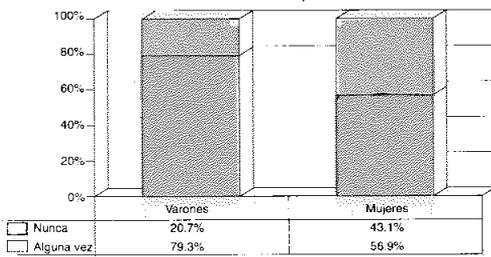


Figura 81
USO DEL PRESERVATIVO/AÑO
Conocimientos sobre la infección por VIH

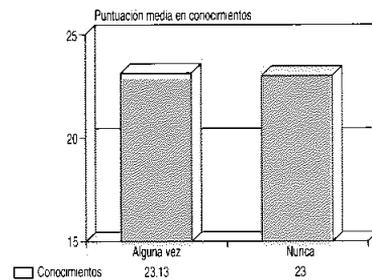


Figura 82
USO DEL PRESERVATIVO/AÑO
Actitudes frente a la infección por VIH

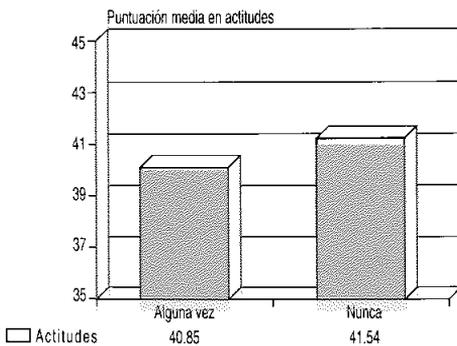
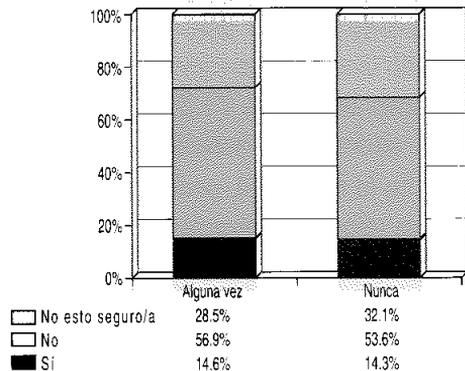


Figura 83
USO DEL PRESERVATIVO/AÑO
Percepción del riesgo personal



Por último se realizó un análisis específico sobre la relación entre la experiencia sexual con prostitutas y uso del preservativo durante el último año. Esta vez sí que encontramos una diferencia significativa ($p < 0.05$), no habiendo ningún sujeto que no

hubiera utilizado preservativo entre aquellos que habían tenido este tipo de contactos al menos alguna vez.

De todas formas, la información ofrecida hasta ahora no es mucha si no se tienen en cuenta, tanto la frecuencia de la conducta sexual, como el número de parejas, en relación al uso del preservativo.

Por tanto, se cruzaron la frecuencia de conducta sexual, número de parejas y número de parejas casuales con la frecuencia de uso del preservativo, en los cuatro periodos de tiempo contemplados. Para realizar este análisis se eliminaron los sujetos que declararon no haber tenido relaciones sexuales (o pareja sexual) durante cada uno de los periodos. El resultado fue que no hubo relaciones significativas entre estas tres variables y la frecuencia de uso del preservativo en la semana, el mes o el verano anteriores a la administración del cuestionario. En los datos anuales sí que se encontró una relación significativa entre el número de parejas y el uso del preservativo ($p < 0.01$), plasmada en el hecho de que nadie que hubiera tenido más de 4 parejas había dejado de usarlo, mientras que el mayor porcentaje de sujetos que no lo utilizaron había tenido una sola relación. Esto también sucedía respecto al número de parejas casuales. Sin embargo, la tendencia general no fué significativa en este caso, como tampoco lo fue en lo que respecta a la frecuencia de conducta sexual, que no se relacionó en ningún momento con la frecuencia de uso del preservativo.

Esto, no obstante, no anula la importancia de profundizar en la frecuencia de uso del preservativo en función de estas variables.

7.2.10.1. Uso de preservativo y frecuencia de conducta sexual

Con respecto a la frecuencia de conducta sexual, un 34.7% de quienes tuvieron relaciones sexuales durante la semana anterior a la administración del cuestionario, habían usado preservativo al menos "alguna vez". Este porcentaje se iba incrementando hasta un 46.1%, 71.3% y 73.5% según los periodos de referencia se ampliaban al mes, verano y año anteriores, respectivamente.

En la Figura 84, podemos observar el porcentaje de quienes no utilizaron condón en sus relaciones sexuales, en función de tres grupos establecidos para categorizar el número de contactos sexuales, en diferentes periodos temporales.

Como vemos, durante la semana anterior a la administración del cuestionario, la mayoría de quienes tuvieron algún contacto sexual no usó preservativo. Especialmente destacable es que, entre quienes mantuvieron más de 4 relaciones, nadie lo utilizó (aunque era un número escaso de sujetos; $N=4$).

Con relación al mes anterior, el gráfico muestra un perfil más similar a lo esperado. El porcentaje de quienes no usaron condón disminuyó según se incrementaban los

contactos sexuales, pero aún alrededor de la mitad de los sujetos con más de dos relaciones manifestó no haberlo usado nunca.

En los dos últimos periodos contemplados, se puede ver que, de nuevo, el porcentaje de quienes no usaron preservativo decrece a partir de tener dos relaciones sexuales, mientras que, alrededor de la mitad (50% el último verano y 42.9% el último año) de quienes tuvieron una relación esporádica no lo utilizaron.

Dentro del grupo con más de 4 contactos sexuales en cada uno de los periodos mencionados, la frecuencia de uso del preservativo aumentó según el periodo se ampliaba. Como vemos en la Figura 85, mientras ningún miembro del grupo utilizó preservativo en sus relaciones sexuales la semana anterior, este porcentaje se redujo a un 23.7% cuando el periodo contemplado era de un año.

Figura 84
USO DEL PRESERVATIVO Y
NUMERO DE CONTACTOS SEXUALES

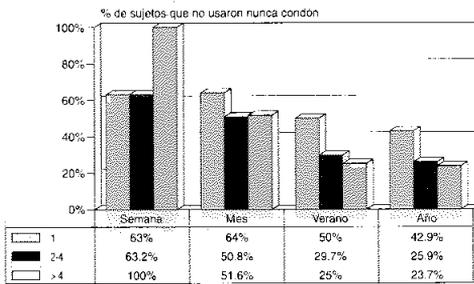
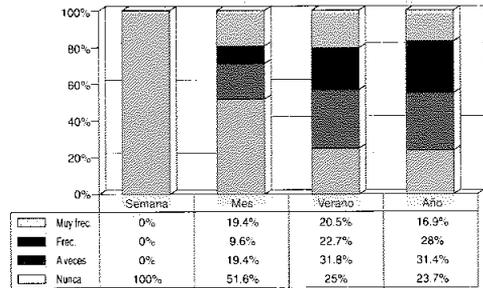


Figura 85
USO DEL PRESERVATIVO Y
SUJETOS CON MAS DE 4 CONTACTOS SEXUALES



Las figuras para la frecuencia de uso del preservativo durante el verano y el año anteriores son muy similares, y el mayor incremento, respecto a la frecuencia de uso en el mes anterior a la recogida de datos, se dió en el grupo que los utilizaba "frecuentemente". El grupo que los uso "muy frecuentemente" mantuvo, sin embargo, un tamaño estable durante estos tres periodos.

7.2.10.2. Uso de preservativo y número de parejas sexuales

En las Figuras 86 a 89, observamos la frecuencia de uso del preservativo, en función del número de parejas sexuales, durante distintos periodos de tiempo.

Durante la semana previa a la recogida de datos, un 63.9% y un 66.6% de quienes tuvieron una y de dos a cuatro parejas sexuales respectivamente, no utilizaron nunca condón. Algo parecido sucedía durante el mes anterior, en el que alrededor del 50% de quienes tuvieron 1 o de 2 a 4 parejas tampoco lo utilizaron (sólo un caso había tenido más de 4 parejas y tampoco lo usó). Entre quienes sí los usaron, la mayor parte lo hicieron "algunas veces" (alrededor del 20% en ambos grupos).

Figura 86
FRECUENCIA DE USO DEL PRESERVATIVO
Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES/SEMANA

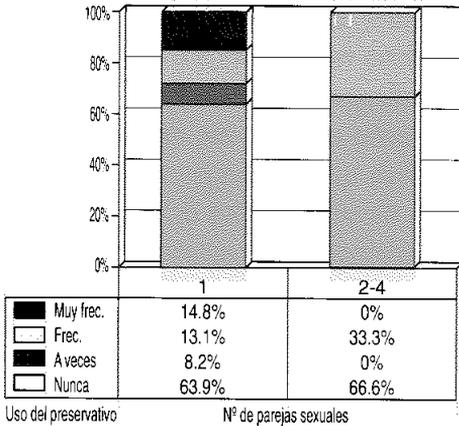


Figura 87
FRECUENCIA DE USO DEL PRESERVATIVO
Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES/MES

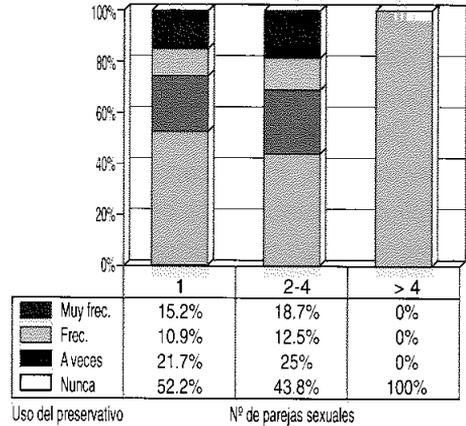


Figura 88
FRECUENCIA DE USO DEL PRESERVATIVO
Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES/VERANO

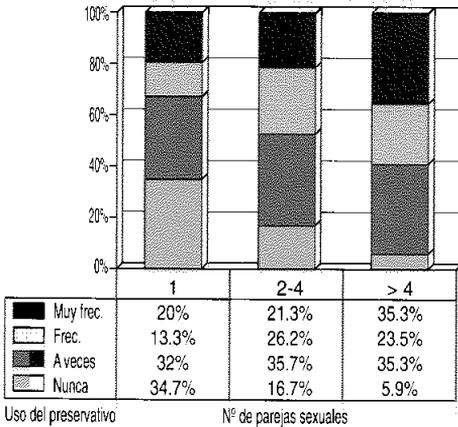
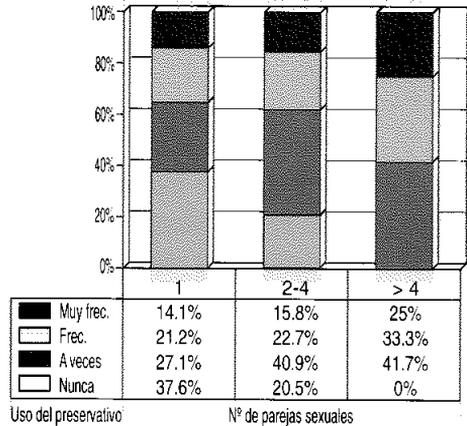


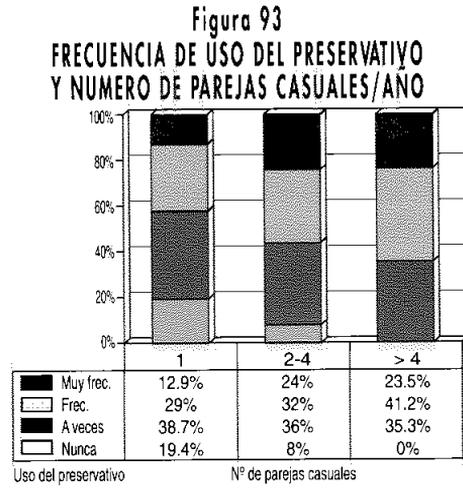
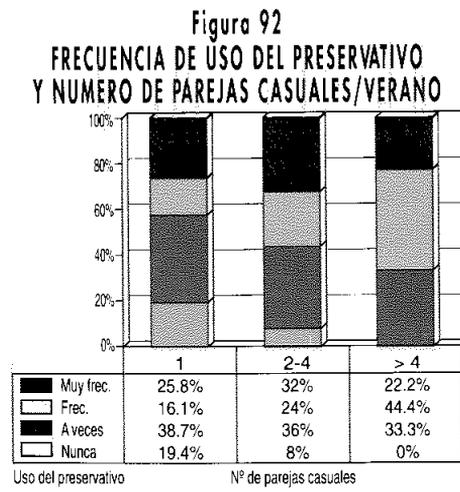
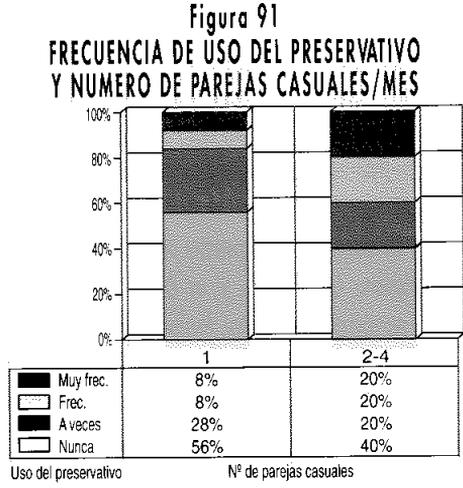
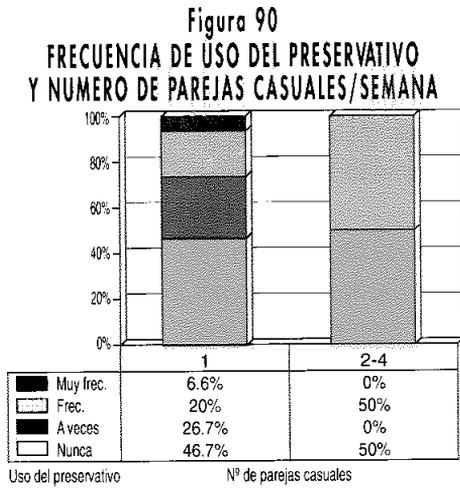
Figura 89
FRECUENCIA DE USO DEL PRESERVATIVO
Y NUMERO DE PAREJAS SEXUALES/AÑO



La figura cambiaba, sin embargo, al referirnos al verano y al año anteriores a la administración del cuestionario. El número de sujetos que no había utilizado nunca preservativo descendía en relación inversa al número de parejas sexuales. Así, un 94.1% y un 100% habían usado condón, al menos "alguna vez" durante el verano y el año anteriores respectivamente. Sin embargo, en ambos periodos, los porcentajes más altos siguen perteneciendo al grupo que los usó "alguna vez", y nunca a aquellos que los utilizaron "muy frecuentemente" representaron mucho más de un tercio de la submuestra.

7.2.10.3. Uso de preservativo y número de parejas casuales

En los gráficos siguientes (Figuras 90 a 93) observamos que, al realizar este mismo análisis de la frecuencia de uso del preservativo, pero en función del número de parejas casuales (parejas a las que se había conocido esa misma semana), los resultados son muy similares, con pequeñas variaciones.



El hecho de que los porcentajes de los distintos grupos sean tan similares a los aparecidos en las figuras anteriores, puede indicar que estos adolescentes no diferencian a la hora de tener una relación sexual entre parejas "casuales" y "conocidas". Es decir, que no se plantean si el hecho de conocer mejor o peor a una persona puede ser importante, desde el punto de vista sanitario, a la hora de tener relaciones sexuales.

7.2.11. Razones para usar preservativo

La mayoría de los sujetos había utilizado el preservativo como método anticonceptivo (57.4% y 39.2% en los 2 años anteriores respectivamente). Un número algo menor manifestó haberlo utilizado para evitar el SIDA (30.4% y 16%), y aún menos, para evitar otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (13.9% y 8.4%) (Tabla 38).

Con respecto a esta cuestión cabe resaltar dos aspectos. Primero, que hay más sujetos (136) que dijeron usarlo como método anticonceptivo que los que respondieron a la pregunta sobre frecuencia de uso del condón, durante el último año (132). Esto significa que prácticamente el 100% de quienes usaron preservativo lo hicieron, primordialmente, como anticonceptivo. La diferencia encontrada en el número de sujetos, sería debida a que algunos de ellos declinaron contestar a la pregunta sobre frecuencia de uso.

El segundo aspecto destacable es que la mayoría de los sujetos dieron respuestas múltiples. El 90.3% y el 84.8% de quienes dijeron usarlos para evitar el SIDA u otras ETS respectivamente, habían dado también como razón de uso el evitar el embarazo, por lo que se puede considerar que, para la mayoría de los sujetos, el hecho de usar un preservativo como instrumento protector es sólo adyacente al uso principal, que es prevenir el embarazo.

7.2.12. Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Por último, con objeto de determinar si ya habían sufrido alguna consecuencia sanitaria por sus relaciones sexuales, se preguntó si habían existido experiencias previas de infección a través de contacto sexual.

Sólo 2 (0.8%) personas dijeron haber sufrido previamente alguna ETS, y un 8.8% manifestó no estar seguro, lo que creemos que refleja el desconocimiento por parte de la muestra de lo que son las ETS.

DISCUSSION



Antes de entrar a valorar los resultados del presente estudio, hay una serie de aspectos que deben ser tenidos en cuenta. Aspectos referidos, en su mayor parte, a la metodología utilizada y lo que se puede esperar de ella.

A) Instrumento de medida:

La fiabilidad de las escalas de actitudes y conocimientos; es decir, su capacidad para dar los mismos resultados en repetidas pruebas, fué, como ya se ha dicho, similar a la obtenida en otras investigaciones sobre el mismo tema (Pitts y cols., 1989; Clift y Stears, 1988). Sin embargo, la validez del cuestionario; es decir, su capacidad de medir lo que realmente queríamos medir no ha podido ser establecida.

Esto se traduce en el hecho de que se podría dudar de si los resultados reflejan correctamente la realidad, o responden a la influencia de otros factores. En el apartado referido a las actitudes ya se ha comentado este problema. Hemos incidido en que no disponemos de medios para saber si las respuestas dadas reflejan una toma de conciencia real sobre el problema o, simplemente, son el resultado de una búsqueda de la respuesta "socialmente correcta".

Esto mismo ocurre con respecto a la conducta sexual. Es típica la discusión sobre si se magnifican o se silencian las respuestas frente a determinadas conductas. Varios autores han tratado ya acerca de esta dificultad para validar los cuestionarios sobre conducta sexual (Turner, 1989; Memon, 1990; entre otros). Algunos, como Sonenstein y cols. (1989) echan mano del concepto de validez externa; es decir, la comparación de los resultados con los obtenidos en muestras similares. En este sentido, nuestro cuestionario parece presentar una validez apropiada ya que, como luego veremos, los resultados obtenidos se asemejan bastante a los conseguidos en otras muestras de parecidas características.

Aún y todo, el problema de la veracidad de los datos persiste, pero deberíamos tener en cuenta primero, que el planteamiento de si los adolescentes dan respuestas fidedignas o no sobre su conducta sexual no pasa de ser una duda razonable; y segundo, que este problema ha estado, y está presente en todos los estudios que trabajan con informes sobre conducta sexual. Es un problema, por tanto, que debemos, y podemos asumir para trabajar en este campo de la conducta humana.

B) Naturaleza de los datos:

Otro aspecto mencionable es el hecho de que los datos obtenidos, sobre las conductas exploradas, son retrospectivos. Esto es, las preguntas se referían a determinados periodos de tiempo, ya pasados. Por tanto, las respuestas estaban necesariamente influenciadas por la capacidad de recuerdo de los sujetos. Obviamente estos datos no son tan exactos como el registro diario de las conductas, sin embargo este último método era inaplicable en nuestro caso.

C) Generalización de los resultados:

Los resultados de este estudio son generalizables a la población escolarizada, pero sus conclusiones no pueden extrapolarse a los adolescentes en general. Dentro de este grupo de edad hay un buen número de sujetos sin escolarizar cuyos conocimientos, actitudes y conductas relacionadas con la infección por VIH difieren, probablemente, de los de la población escolarizada. Además, es precisamente, dentro de estos grupos donde existen más posibilidades de encontrar sujetos cuyas conductas les ponen en riesgo de infección (Nader y cols., 1989), y donde menos cambios conductuales han sido documentados (Becker y Joseph, 1988).

Estos aspectos pueden mediatizar, en parte, la información resultante de los datos obtenidos, por lo que hemos procurado tenerlos en cuenta en las siguientes conclusiones:

1) Aunque los estudiantes parecen conocer las principales vías de transmisión del VIH, todavía arrastran bastantes conceptos equivocados. Sólo determinados mensajes, muy específicos, de las campañas educacionales parecen haberles alcanzado. Así, saben que el contacto sexual y la sangre constituyen medios para la infección por VIH, reconociendo acertadamente el intercambio de jeringuillas y las relaciones sexuales en general (no solo las homosexuales), como vías de transmisión del virus. Sin embargo, este conocimiento no se muestra tan consistente cuando entramos en aspectos más específicos de los mecanismos de transmisión. De esta forma, parecen haber generalizado el riesgo de infección a todas las situaciones que, de una u otra manera, tienen que ver con la sangre. Así por ejemplo, las picaduras de mosquito y las extracciones de sangre, son relacionadas con la transmisión del Virus del SIDA por una buena parte de la muestra (sólo un 29.4% y un 57.3% respectivamente negaron tal posibili-

dad), mientras que un tercio consideraba, o no estaba seguro, que no donar sangre era una medida preventiva adecuada. Por otro lado, las campañas educacionales no han logrado dejar clara la seguridad de las transfusiones, hoy en día, gracias al análisis de la sangre utilizada.

En términos de actividades preventivas, nuestra muestra identifica adecuadamente no compartir jeringuillas y usar condones como medios para evitar la infección, pero muchos de ellos aún no están seguros o piensan que tener solo relaciones heterosexuales o hacer ejercicio les puede ayudar a prevenir el SIDA.

En general, no parecen responder razonadamente a las preguntas sobre prevención, sino que sus respuestas resultan más una justificación de sus intenciones o su conducta. Así, aunque casi todos conocen el riesgo existente en las relaciones sexuales, sólo un 22% considera que la abstinencia es una medida preventiva. Algo parecido ocurriría con el hecho de que mientras más de un 70% ve oportuno no tener relaciones con personas que se acaban de conocer, este porcentaje baja a un 56.8% cuando lo que se considera es tener relaciones sólo con personas que se conocen bien. Mientras que en el primer caso el límite es simplemente temporal, en el segundo la limitación parece mayor, eliminando una serie de relaciones esporádicas que un cierto número de adolescentes no parece dispuesto a perder.

Memon (1990), en una revisión de los estudios realizados en Gran Bretaña sobre adolescentes, llega a conclusiones similares sobre el grado de conocimientos. En general, y salvando las diferencias producidas por la forma de redactar las preguntas, hemos encontrado numerosos estudios que repiten este patrón: la mayoría de los jóvenes conocen las principales vías de transmisión, pero muchos no están seguros acerca de los mecanismos de transmisión y prevención (Price y cols., 1985; DiClemente y cols., 1986; Strunin y Hingson, 1987; Centers for Disease Control, 1988a, 1988b, 1990; Helgerson y cols., 1988; Landefeld y cols., 1988; White y cols., 1989; Rickert y cols., 1989; McGill y cols., 1989; Galt y cols., 1989; Sonenstein y cols., 1989; Hingson y cols., 1990a, 1990b). Esto, por otra parte, no sólo sucede en muestras de adolescentes. Otros estudios realizados en población general, en nuestro país, muestran los mismos errores con respecto a la donación de sangre, los insectos, las transfusiones, etc... (Instituto Regional de Estudios, 1987; Arredondo y cols., 1990).

2) Entre los factores que parecen afectar al nivel de conocimientos hemos encontrado que: 1.- Según se incrementa la edad aumentan los conocimientos; 2.- Los estudiantes de BUP o COU alcanzan mayor puntuación que los de FP; 3.- Los sujetos "menos religiosos" tenían un mayor grado de conocimientos.

Con respecto a la edad, era lógico encontrar este efecto que, por otra parte, ha aparecido también en otros estudios (Sonenstein y cols., 1989). No podemos decir lo

mismo en relación a los otros dos factores cuyo efecto, si bien no constituye una sorpresa, tampoco era hipotetizado desde un principio.

No encontramos, sin embargo diferencias remarcables de conocimientos en función del sexo, como tampoco las encontraron Miller y Downer (1987). No hay acuerdo, sin embargo, en la literatura sobre este aspecto, por cuanto existen referencias sobre un mayor nivel de conocimientos por parte de los varones (Price y cols., 1985) y también lo contrario (Husztli y cols., 1989). Estas discrepancias obedecen, probablemente, a diferencias en las muestras y la metodología utilizadas.

3) Las actitudes de esta muestra parecen ser "positivas" en general, o al menos más de lo que hubieramos esperado. Quedan aparte las claras excepciones de aquellos que no cuidarían a una persona con SIDA, y el gran número que está a favor de la prueba obligatoria. Sin embargo, deberíamos tener en mente el gran porcentaje de respuestas "indiferentes" a algunas de las preguntas, que nos lleva a pensar que muchos de ellos no tienen aún ideas claras al respecto. Por otro lado, ya hemos comentado la dificultad que entraña el análisis de estas respuestas por las variables extrañas que confluyen sobre ellas.

En general, la mayoría de las respuestas obtenidas en este estudio son similares a las encontradas en otras muestras (Strunin y Hingson, 1987; Landefeld y cols., 1988; McGill y cols., 1989; entre otros), aunque siempre salvando las diferencias producidas por la forma de plantear las preguntas. Incluso el hecho de apoyar la generalización de la prueba coincide con otros grupos (Pitts y cols., 1989; White y cols., 1988) lo que se puede interpretar como una búsqueda de seguridad en sus relaciones personales. Por supuesto, pocos de los que apoyan esta fórmula se habrían parado a reflexionar sobre las implicaciones que tal medida podría tener en la sociedad actual.

4) Las mujeres de nuestra muestra detentan unas actitudes más positivas que los hombres, lo que coincide con otros estudios (Miller y Downer, 1987; Brown y cols., 1989; Husztli y cols., 1989), y también los estudiantes de BUP o COU. Con respecto al sentimiento religioso, nuestros datos parecen apoyar la idea de que son aquellos con unas creencias más firmes, en uno u otro sentido, quienes toman una posición más empática respecto a la problemática generada por esta enfermedad. Sin embargo, otros estudios no han encontrado esta relación (Morton y McManus, 1986). Sí que ha aparecido, no obstante, una incidencia sobre las actitudes frente al problema del SIDA de determinados aspectos, como el grado de homofobia¹² (Ross y Rosser, 1989) o la ideología en general (Moatti y cols., 1988).

¹² Rechazo hacia las personas homosexuales.

5) Hemos hallado una correlación entre el grado de conocimientos y las actitudes de la muestra, incrementándose ambas puntuaciones de forma paralela. Sin embargo, la existencia de una correlación no significa que haya una relación causa-efecto entre un incremento de los conocimientos y unas actitudes más positivas. Son varios los estudios que hacen hincapié en que la ideología o las actitudes morales en general tienen más influencia sobre las actitudes ante este problema que el conocimiento sobre la infección por VIH (Moatti y cols., 1988; White y cols., 1989; Clift y Stears, 1988). Algo similar podría ocurrir en nuestra muestra, donde lo que hemos llamado sentimiento religioso serviría como paralelo de la ideología moral de los sujetos. Aquellos que se declaraban "muy religiosos" detentaban unas actitudes más positivas que los grupos "religiosos" o "poco religiosos", a pesar de tener menos conocimientos. En realidad, creemos que la citada correlación entre actitudes y conocimientos tiene, simplemente, un valor descriptivo, puesto que varían juntas, pero no explicativo de las actitudes de los sujetos.

6) Comparando las fuentes de información de los adolescentes murcianos con los de muestras de otros países, la televisión parece haber jugado un papel más importante en nuestro caso. Un 93.9% había recibido información sobre el SIDA por este medio, mientras que en otros estudios, estos porcentajes van de un 57.8% (Helgerson y cols., 1988) a un 84% (Miller y Downer 1988). Sin embargo, fuentes como la escuela o la familia no han tenido apenas importancia en nuestra Región, si las comparamos con otros países (Price y cols., 1985; DiClemente y cols., 1986; Strunin y Hingson, 1987; Hingson y cols., 1990a; Centers for Disease Control, 1990), o incluso con otras Comunidades Autónomas donde, si bien el porcentaje de estudiantes que han comentado el tema con profesores es similar, más del doble que en nuestra muestra lo había hecho con su familia (Urzelay y cols., 1991).

Generalizando, podemos decir que el papel que los profesores y la familia están jugando, en la forma de afrontar el problema por parte de los jóvenes de nuestra Comunidad, está siendo nulo hasta ahora. Este papel se está dejando a otros medios, como la televisión, la cual potencia el sensacionalismo y una visión exagerada de la facilidad de transmisión (White y cols., 1989), o los amigos, que parecen tener una influencia negativa sobre el grado de conocimientos. Los únicos medios que han demostrado una influencia positiva son la radio, la prensa escrita y los folletos, que han sido los utilizados hasta ahora por los programas de información de la Dirección General de Salud de la Comunidad de Murcia.

7) Los estudiantes de esta muestra no fueron capaces de evaluar su propio nivel de riesgo adecuadamente. Una buena parte está todavía en duda sobre si tiene o no posibilidades de infectarse. Esto puede reflejar, de nuevo, que aunque parecen conocer

las generalidades sobre la infección por VIH, no conocen exactamente el nivel de riesgo de determinadas prácticas. Pero podría ser también el resultado de una desconfianza hacia las opiniones científicas, producida por tanta información contradictoria como han recibido a través de los medios de comunicación.

8) Por otra parte, la percepción del riesgo personal de infección no parece ser menor de la encontrada en otras muestras similares (Baldwin y Baldwin, 1988; McGill y cols., 1989; Galt y cols., 1989; Gray y Saracino, 1989), a pesar de que factores importantes, como la conducta sexual, aparecen con menor frecuencia en nuestro caso.

9) El número de sujetos que decía conocer a alguien que podría infectarse doblaba a quienes se percibían personalmente en riesgo. Esto supone un cierto porcentaje de sujetos que están en contacto, más o menos cercano, con personas que podrían tener prácticas arriesgadas y que, o bien no reconocen su riesgo actual o podrían tener más probabilidades de estarlo en el futuro.

A este respecto, los sujetos de más edad, lógicamente, tenían más probabilidades de conocer a alguien en situación de riesgo, aunque no por ello se percibían a sí mismos más frecuentemente en peligro de infección. También los varones y los sujetos "nada religiosos" tenían más probabilidades de conocer a alguien con riesgo de infección o de considerarse ellos mismos en esta situación. Estos datos están en concordancia con las conclusiones de Sonenstein y cols. (1989), Pitts y cols. (1989), y White y cols. (1989), y son probablemente el resultado de que, como luego veremos, estos grupos parecen encontrarse más cercanos a las actividades de riesgo.

Por otra parte, al igual que en el trabajo de Pitts y cols. (1989) quienes se percibían en riesgo de infección demostraban tener más conocimientos que el resto, mostrando también unas actitudes más positivas.

10) Los estudiantes murcianos consideran el SIDA como un problema muy importante pero, como ya se ha dicho, no son muchos, y principalmente mujeres, quienes se sienten suficientemente motivados para interesarse por este tema. Además, no es un bajo nivel de conocimientos lo que les moviliza a buscar información, como hubiéramos esperado, sino el hecho de tener unas actitudes positivas hacia el problema.

En otro orden de cosas, el hecho de conocer a una persona afectada no parecía tener influencia sobre las actitudes de la muestra, ni tampoco motivar a la acción, al contrario de lo postulado por Hingson y cols. (1990b).

11) El uso de drogas por parte de la muestra es, cuando menos, preocupante. Un elevado porcentaje consume, con cierta asiduidad, drogas capaces de alterar la capacidad de raciocinio (especialmente alcohol y hachis/marihuana).

Esta situación, por otra parte, no es nueva ni tiene visos de cambiar en un futuro próximo. Ya hace años, un estudio con una muestra de estudiantes de la ciudad de Murcia, arrojó unos porcentajes parecidos en lo referido a consumo de drogas (Sánchez y cols., 1986).

Como es bien sabido, una persona que se halla bajo el influjo de estos productos puede ser más proclive al desarrollo de actividades de riesgo. Sin embargo, los estudiantes que tenían más contacto con las drogas no se hallaron a sí mismos en peligro de infección, aunque sí que tenían conocidos que podrían tener ese riesgo. Este hecho se puede interpretar como una demostración del sentimiento de inmunidad que caracteriza a los adolescentes (Greig y Raphael, 1989), los cuales no se ven en ningún peligro por su conducta, aunque sí que observan este riesgo en personas de su entorno. Esto no quiere decir que se hallen expuestos a la infección y no quieran darse cuenta de ello, pero sí que, en cualquier momento, pueden llevar a cabo prácticas de riesgo sin encontrarse preparados para tomar las adecuadas medidas preventivas.

Para terminar llegamos a la misma conclusión que Strunin y Hingson (1987) referente a que no existen diferencias claras en conocimientos, y tampoco en actitudes, entre los que usan drogas y los que no.

12) Alrededor de un 15% tienen experiencia sexual, y este porcentaje, obviamente, se incrementa con la edad. Nuestros datos son muy similares a los hallados por Hernández (1985), en un grupo más pequeño de adolescentes escolarizados en Murcia capital. De acuerdo con sus resultados, un 77% de los adolescentes entrevistados había experimentado el beso erótico (75.9% en nuestra muestra), y un 12% habían realizado el coito (14.8% en nuestra muestra). Otros estudios realizados con muestras similares, dentro de la península, logran resultados parecidos. Así Urzelay y cols. (1991) encontraron que un 16%, de 3770 alumnos del País Vasco, había realizado alguna vez "prácticas heterosexuales de penetración". Gurrea y cols. (1989) hallaron que un 30.15% de los varones y un 21.04% de las mujeres, de entre 585 jóvenes de 17 a 19 años, habían tenido "relaciones completas". De acuerdo a nuestros datos, aproximadamente el 30% de los sujetos de 17 a 19 años habían tenido esa experiencia.

Sin embargo, si comparamos estos números con los obtenidos de muestras de otros países, encontramos que el porcentaje de adolescentes sexualmente activos de nuestra Comunidad es bastante bajo (Simkins y Kushner, 1986; Kegeles y cols., 1988; Otis y cols., 1990; entre otros). Como muestra baste citar un informe (Centers for Disease Control, 1988) según el cual, entre estudiantes de 13 a 18 años, residentes en distintas zonas de EE.UU., el porcentaje de sujetos que habían experimentado intercurso sexual variaba de un 28.6% en San Francisco, a un 76.4% en el Distrito de Columbia.

13) Con respecto a la conducta homosexual, de nuevo nuestros datos coinciden, al menos en parte, con los de Hernández (1985), según el cual un 7% de los varones y un 3% de las mujeres han mantenido, en alguna ocasión, contactos homosexuales. En nuestro caso, la conducta más practicada con personas del mismo sexo ("caricias sobre la ropa"), lo es por un 7.4% de los varones y un 8.7% de las mujeres. Estudios clásicos sobre la sexualidad del adolescente encuentran porcentajes de sujetos con contactos homosexuales que varían alrededor del 10% para el conjunto de hombres y mujeres (Sorensen, 1973; Schofield, 1976), porcentaje que en nuestro estudio alcanza un 7.9%. En términos de relaciones homosexuales completas entre varones, los porcentajes varían entre el 0.7% y el 3% en otros países (Strunin y Hingson, 1987; Sonenstein y cols., 1989; Hingson y cols., 1990b). Dentro de nuestras fronteras, Urzelay y cols. (1991) encontraron un 2% de alumnos que afirmaba haber realizado alguna vez "prácticas homosexuales de penetración". En nuestra muestra, este porcentaje es más bajo, llegando sólo al 0.9%. Cabe decir aquí que, dado el bajo número de sujetos que tienen este tipo de prácticas, la comparación entre porcentajes es arriesgada. En realidad, el número de sujetos que separa a nuestro estudio de ese 2% alcanzado en el de Urzelay y cols. es solamente de 9. Por tanto, debemos tener en cuenta estos aspectos a la hora de elaborar los resultados obtenidos.

14) En general podemos decir que la conducta sexual del adolescente murciano escolarizado no se diferencia de la de los jóvenes de áreas geográficamente cercanas. No obstante, sí que parece tener un riesgo menor de infección por vía sexual si comparamos su conducta con la mantenida en países anglosajones. Parte de esta clara discrepancia podría explicarse por el hecho de que en estos países la escolarización es obligatoria durante lo que hasta ahora era el BUP español. Ese no era nuestro caso en el momento de administrar el cuestionario. Por otra parte, podemos asumir que los sujetos que abandonan los estudios tendrían más probabilidades de tener experiencia sexual. Por tanto, dichos sujetos que no están presentes en nuestra muestra sí que aparecerían en los grupos de estudio de estos países, incrementando así los porcentajes de conducta sexual. A pesar de todo, esto no explica por sí sólo las grandes diferencias existentes. Habría, probablemente, que recurrir a factores socio-culturales para encontrar una explicación a este hecho.

15) Podemos esperar que la mayoría de los adolescentes de nuestra comunidad sean sexualmente activos en los próximos años. Sin embargo, todavía se apoyan en medidas preventivas poco útiles en sus relaciones sexuales.

Debemos recordar aquí una serie de datos importantes: Un 16% de los sujetos sexualmente activos han tenido más de 4 parejas durante el último año; Casi un 8% han tenido más de 4 parejas casuales en el mismo periodo; Lo que es más importante,

aproximadamente un 10% (15% de los varones) de sujetos con experiencia se han relacionado sexualmente con prostitutas, UDVP o con personas afectadas.

Por tanto creemos que no hace falta alcanzar los porcentajes de sujetos sexualmente activos de otros países para reconocer que tenemos un problema. Máxime si sólo la mitad usa preservativo (y no con regularidad), y más de un tercio confía en reconocer por su aspecto externo si una posible pareja está infectada.

16) Ni los conocimientos ni las actitudes tuvieron relación con la experiencia sexual, lo que no es raro, pero tampoco la tuvieron con el número de parejas, o la experiencia sexual con parejas de riesgo. Sólo el número de parejas casuales mostraba una relación inversa con las actitudes de los sujetos. Tampoco estas dos variables tuvieron influencia sobre el uso de preservativo.

Por tanto hemos de concluir con otros autores (Gray y Saracino, 1989; Baldwin y Baldwin, 1988; Rickert y cols., 1989; Edgar y cols., 1988; Hingson y cols., 1990) que sólo una minoría están trasladando sus conocimientos a un cambio conductual.

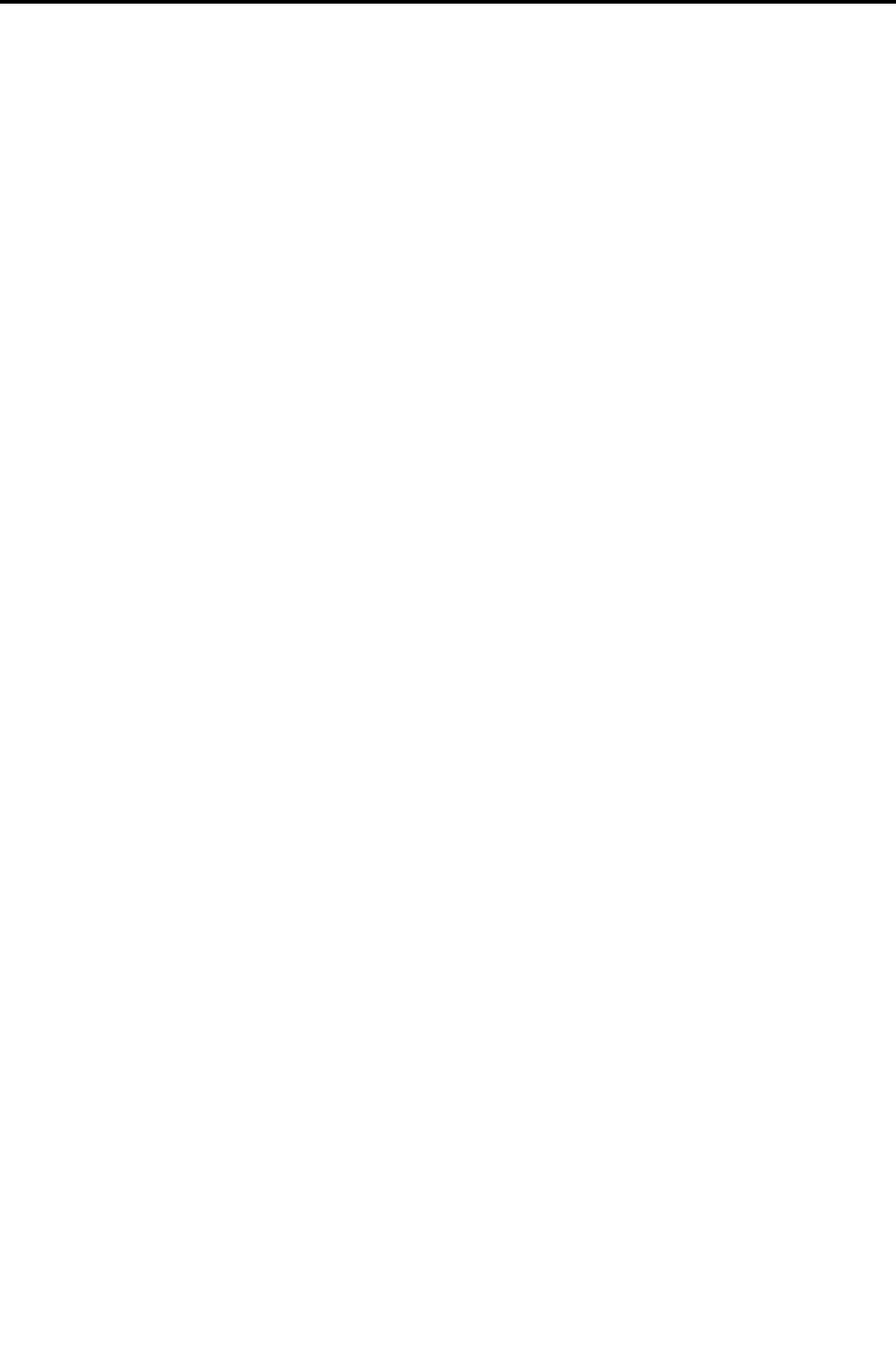
17) Aunque los sujetos sexualmente experimentados tenían más probabilidades de percibirse en riesgo de infección que los que no tenían experiencia, tal percepción no tuvo reflejo en un incremento de las medidas preventivas.

La percepción del riesgo no conllevó en ningún momento un descenso del número de parejas, frecuencia de contactos, número de parejas casuales o un incremento del uso del preservativo.

Sólo aquellos que habían tenido relaciones sexuales con prostitutas se percibían con mayor frecuencia en riesgo y, consecuentemente, utilizaban más el preservativo.



IMPLICACIONES



De estas conclusiones se pueden extraer una serie de implicaciones prácticas que sirvan de base a futuras actividades preventivas:

1.- Es urgente la potenciación de actividades dirigidas a los adolescentes, con objeto de ofrecer información y recursos para el cambio conductual. Hemos visto que la conducta de los estudiantes en relación a la infección por VIH, sin ser alarmante, mantiene una línea que puede dar lugar a preocupación. A esto hay que añadir que, en las conductas de que nos ocupamos, confluyen otros problemas como el embarazo adolescente, otras ETS o la relación con las drogas. Todo esto hace que la conducta sexual y el consumo de drogas de los adolescentes se convierta en un necesario foco de actuación a corto plazo.

2.- La comunidad educativa, incluyendo a las familias de los alumnos deberían tomar un papel más activo para ayudar a los adolescentes a enfrentarse a este problema. No se puede dejar este papel, como se ha venido haciendo, a los medios de comunicación, ni a las campañas institucionales, que tienen un alcance limitado sobre los estudiantes.

3.- Queda claro, como esperábamos, que los programas educativos no pueden basarse en la abstinencia sexual como medio de prevención, ya que sólo el 22% la considera una medida preventiva adecuada, y aún esto no nos dice cuantos de ese 22% están dispuestos a seguirla. En realidad, sólo un 2.9% de los sujetos experimentados sexualmente ha escogido la abstinencia como medio de prevención de la infección, y el porcentaje es insignificante entre los varones.

4.- Es necesario que los estudiantes discutan el problema para poder elaborar sus actitudes hacia el mismo. Hemos detectado una extendida indefinición en los sujetos, agravada por las sospechas sobre el grado de interiorización de sus respuestas. Consideramos que, aunque las actitudes no parecen tener gran influencia sobre la eliminación de conductas de riesgo, es importante darles la oportunidad de alcanzar una definición personal e internalizada de su postura ante la situación. Por otro lado, una elaboración más profunda de las actitudes plasmadas en el cuestionario podría conllevar una mayor motivación para pasar a la acción.

5.- Como esperábamos, ni los conocimientos ni las actitudes tuvieron relación con la adopción de medidas preventivas adecuadas por lo que un programa no puede basarse, simplemente, en la transmisión de conocimientos o el intento de cambio de las actitudes. Mas bien sería necesario fijarse en las barreras percibidas, por los estudiantes, para pasar a la acción preventiva, y trabajar sobre repertorios conductuales diferentes a los que han venido utilizando. Es decir, se necesita ofrecer a los adolescentes una nueva forma de actuar que introduzca los aspectos preventivos en su conducta diaria, aunque respetando sus planteamientos y su forma de enfocar la realidad.

6.- Aunque la conducta sexual tiene influencia sobre la percepción de riesgo de los estudiantes, esta no parece influir sobre la adopción de medidas preventivas concretas. Así pues, no parece oportuno incidir, excesivamente, en el posible riesgo de infección por VIH aparejado a ciertas conductas. Esto tendría, probablemente, poco efecto sobre aquellos sujetos que más cerca están de las prácticas de riesgo. Podría ser más recomendable relacionar las medidas preventivas a tomar con riesgos asociados a las mismas conductas, pero que son vistos como más probables por los adolescentes, como el embarazo no deseado.

REFERENCIAS



- ARREDONDO, C.; CORONADO, A.; DE LA FUENTE, M.; LUENGO, S; (1990) **Actitudes sociales ante el SIDA. Informe de resultados. Población general.** Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- BALDWIN, J.D.; BALDWIN, J.I. (1988) Factors affecting AIDS-related sexual risk taking behavior among college students **The Journal of Sex Research** 25, 181-196
- BECKER, M.H.; JOSEPH, J.G. (1988) AIDS and behavioral change to reduce risk: a review **American Journal of Public Health** 78, 394-410
- BELL, T.A.; HOMES, K.K. (1984) Age specific risks of syphilis, gonorrhoea, and hospitalized pelvic inflammatory disease in sexually experienced U.S. women **Sexually Transmitted Diseases** 11, 291-295
- BOL. EPIDEM. MURCIA (1990) Vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) en la Región de Murcia **Boletín Epidemiológico de Murcia** 12, 70-75
- BOTIA, F. (1988) Descripción epidemiológica de los pacientes infectados por el V.I.H. atendidos en el hospital "Virgen de la Arrixaca" (Marzo de 1987 a Septiembre de 1988) **Boletín Epidemiológico de Murcia** 10, 77-82
- BROWN, L.K.; FRITZ, G.K.; BARONE, V.J. (1989) The impact of AIDS education on junior and senior high school students. A pilot study **Journal of Adolescent Health Care** 10, 386-392

- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1986) Classification system for human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus infections *Morbidity and Mortality Weekly Report* 35, 334
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1988a) Guidelines for effective school health education to prevent the spread of AIDS *Morbidity and Mortality Weekly Report* 37, S-2, 1-13
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1988b) HIV-related beliefs, knowledge, and behaviors among high school students *Morbidity and Mortality Weekly Report* 37, 717-721
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1990) HIV-related knowledge and behaviors among high school students - Selected U.S. sites, 1989 *Morbidity and Mortality Weekly Report* 39, 385-397
- CLIFT, S.M. ; STEARS, D.F. (1988) Beliefs and attitudes regarding AIDS among British college students: a preliminary study of change between November 1986 and May 1987 *Health Education Research* 3, 75-88
- CONSEJERIA DE ECONOMIA, INDUSTRIA Y COMERCIO (1990a) *Movimiento Natural de la Población de la Región de Murcia - 1986* Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
- CONSEJERIA DE ECONOMIA, INDUSTRIA Y COMERCIO (1990b) *Movimiento Natural de la Población de la Región de Murcia - 1987* Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
- CONSEJERIA DE ECONOMIA, INDUSTRIA Y COMERCIO (1990c) *Movimiento Natural de la Población de la Región de Murcia - 1988* Comunidad Autónoma de la Región de Murcia
- CONSEJERIA DE SANIDAD (1991) *Memoria 1990* Región de Murcia
- CORREA, J.F.; NAVARRO, C. (1990) *Sistema de información sobre toxicomanías en la Comunidad Autónoma de Murcia. 1989* Consejería de Sanidad. Región de Murcia
- DELGADO, F. (1990) *La fecundidad en España por grupos de edad* Instituto de Demografía, CSIC, Madrid

- DICLEMENTE, R.J.; ZORN, J.; TEMOSHOCK, L. (1986) Adolescents and AIDS: a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco **American Journal of Public Health** 76, 1443-1445
- DONOVAN, C. (1990) Adolescent sexuality. Better, more accesible education is needed **British Medical Journal** 300, 1026-1027
- EDGAR, T.; FREIMUTH, V.S.; HAMMOND, S.L. (1988) Communicating the AIDS risk to college students: the problem of motivating change **Health Education Research** 76, 59-65
- GALT, M.; GILLIES, P.; WILSON, K. (1989) Surveying knowledge and attitudes toward Aids in young adults - Just 19 **Health Education Journal** 48, 162-166
- GRAY, L.A.; SARACINO, M. (1989) AIDS on campus: a preliminar study of college students' knowledge and behaviors **Journal of Counseling & Development** 68, 199-202
- GREIG, R.; RAPHAEL, B. (1989) AIDS prevention and adolescents **Community Health Studies** 13, 211-219
- GURREA, J.; LERTXUNDI, R., MURCIA, R.; GONZALEZ, C.; DE LA RICA, M. (1989) Encuesta sexualidad juvenil. Comunicación presentada en **IV Congreso Español de Andrología**
- HELGERSON, S.D.; PETERSEN, L.R.; AIDS Education Study Group (1988) Acquired Immunodeficiency Syndrome and secondary school students: their knowledge is limited and they want to learn more **Pediatrics** 81, 350-355
- HERNANDEZ, J. (1985) **Conducta sexual del adolescente murciano** Editora Regional. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.
- HINGSON, R.; STRUNIN, L.; BERLIN, B. (1990a) AIDS transmission: changes in knowledge and behaviors among adolescents, Massachusetts Statewide Surveys, 1986-1988 **Pediatrics** 85, 24-29
- HINGSON, R.W.; STRUNIN, L. BERLIN, B.M.; HEEREN, T. (1990b) Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents **American Journal of Public Health** 80, 295-299

- HUSZTI, H.C.; CLOPTON, J.R.; MASON, P.J. (1989) Acquired Immunodeficiency Syndrome Educational Program: effects on adolescents' knowledge and attitudes *Pediatrics* 84, 986-994
- INSTITUTO REGIONAL DE ESTUDIOS (1987) **Conocimientos y actitudes de los madrileños frente al SIDA** Consejería de Salud y Bienestar Social. Comunidad de Madrid
- KEGELES, S.M.; ADLER, N.E.; IRWIN, C.E. (1988) Sexually active adolescents and condoms: changes over one year in knowledge, attitudes and use *American Journal of Public Health* 78, 460-461
- KILLBOURNE, B.W.; BUEHLER, J.W.; ROGERS, M.F. (1990) AIDS as a cause of death in children, adolescents, and young adults *American Journal of Public Health* 80,499-500
- LANDEFELD, C.S.; CHREN, M-M; SHEGA, J.; SPEROFF, T.; MCGUIRE, E. (1988) Students' sexual behavior, knowledge, and attitudes relating to the Acquired Immunodeficiency Syndrome *Journal of General Internal Medicine* 3, 161-165
- MALO DE MOLINA, C; VALLS, J.M.; PÉREZ, A (1988) **La conducta sexual de los españoles**. Ediciones B. Barcelona
- MCGILL, L.; SMITH, P.B.; JOHNSON, T.C. (1989) AIDS: Knowledge, attitudes, and risk characteristics of teens *Journal of Sex Education & Therapy* 15, 30-35
- MEMON, A. (1990) Young people's knowledge and attitudes about HIV/AIDS: a review of research *Health Education Research* 5, 327-335
- MILLER, L.; DOWNER, A. (1987) Knowledge and attitude changes in adolescents following one hour of AIDS instruction. Comunicación presentada en **Third International Conference on AIDS** Whashington, DC (abstract 193)
- MILLER, L.; DOWNER, A. (1988) AIDS: What you and your friends need to know - A lesson plan for adolescents *Journal of School Health* 58, 137-145
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1991) **Infección por VIH en usuarios de drogas** Delegación del gobierno para el Plan nacional sobre Drogas, Madrid

- MOATTI, J.P.; MANESSE, L.; LE GALES, C.; PAGES, J.P.; FAGNANI, F. (1988) Social perception of AIDS in the general public: A French study *Health Policy* 9, 1-8
- MORTON, A.D.; MCMANUS, I.C. (1986) Attitudes to and knowledge about the acquired immunodeficiency syndrome: lack of correlation *British Medical Journal* 293, 1212
- NADER, P.R.; WEXLER, D.B.; PATTERSON, T.L.; MCKUSICK, L.; COATES, T. (1989) Comparison of beliefs about AIDS among urban, suburban, incarcerated, and gay adolescents *Journal of Adolescent Health Care* 10, 413-418
- NEWCOMB, M.D.; MADDAHAN, E.; BENTLER, P.M. (1986) Risk factors for drug use among adolescents: concurrent and longitudinal analyses *American Journal of Public Health* 76, 525-531
- OMS (1977) *Necesidades de Salud de los Adolescentes* Informe técnico nº 609. Ginebra
- OTIS, J.; GODIN, G.; LAMBERT, J.; PRONOVOST, R. (1990) Adolescent and condom use: the differences between contraception and STD-AIDS prevention. Comunicación presentada en *Sixth International Conference on AIDS* San Francisco (abstract S.C.44)
- PITTS, M.K.; WILSON, D.; PHILLIPS, K.C.; WHITE, D.G.; SHORROCKS, Y. (1989) A survey of knowledge, attitudes and risk estimates concerning HIV and AIDS in a Zimbabwean student sample *Health Education Research* 4, 285-295
- PRICE, J.H.; DESMOND, S.; KUKULKA, G. (1985) High school students' perceptions and misperceptions of AIDS *Journal of School Health* 55, 107-109
- RICKERT, V.I.; JAY, M.S.; GOTTLIEB, A.; BRIDGES, C. (1989) Adolescents and AIDS. Female's attitudes and behaviors toward condom purchase and use *Journal of Adolescent Health Care* 10, 313-316
- ROSS, M.W.; ROSSER, B.R. (1989) Education and AIDS risk: a review *Health Education Research* 4, 273-284
- SANCHEZ, J.C.; PARRA, P.; GUILLÉN, F. (1986) El uso de drogas en los escolares del municipio de Murcia - 1985. Comunicación presentada al *IX Congreso Internacional de Medicina Preventiva y Social* Madrid

- SCHOFIELD, M. (1976) *El comportamiento sexual de los jóvenes* Ed. Fontanella, Barcelona
- SIMKINS, L.; KUSHNER, A. (1986) Attitudes toward AIDS, herpes II, and toxic shock syndrome: two years later *Psychological Reports* 59, 883-891
- SONENSTEIN, F.L.; PLECK, J.H.; KU, L.C. (1989) Sexual activity, condom use and AIDS awareness among adolescent males *Family Planning Perspectives* 21, 152-158
- SORENSEN, R. (1973) *Adolescent sexuality in the contemporary America* World Publishing Co., New York
- STRUNIN, L. (1991) Adolescents' perceptions of risk for HIV infection: implications for future research *Social Science & Medicine* 32, 221-228
- STRUNIN, L; HINGSON, R. (1987) Acquired immunodeficiency syndrome and adolescents: knowledge, beliefs, attitudes and behaviors *Pediatrics* 79, 825-828
- TURNER, C.F. (1989) Research on sexual behaviors that transmit HIV: progress and problems *AIDS* 3 Suppl. 1, S63-S69
- URZELAY, A.; URTURI, M.; ELIZALDE, B.; ZUBIA, I.; VILAFRANCA, E. (1991) Prevención del SIDA: consideraciones sobre un programa realizado con 12.000 adolescentes *JANO* 40, 101-108
- WHITE, D.G.; PHILLIPS, K.C.; PITTS, M. CLIFFORD, B.R.; ELLIOT, J.R.; DAVIES, M.M. (1988) Adolescents' perceptions of AIDS *Health Education Journal* 47, 117-118
- WHITE, D.G.; PHILLIPS, K.C.; CLIFFORD, B.R.; DAVIES, M.M.; ELLIOTT, J.R.; PITTS, M.K. (1989) AIDS and intimate relationships: Adolescents' knowledge and attitudes *Current Psychology: Research & Reviews* 8, 130-143
- WRIGHT, J.D.; PEARL, L. (1990) Knowledge and experience of young people regarding drug abuse, 1969-89 *British Medical Journal* 300, 99-103

TABLAS



tabla 1

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA EN FUNCION DEL TIPO DE EDUCACION

		PUBLICO	PRIVADO	TOTAL POR CURSOS	
				N	%
1º BUP		241	35	276	17.4
2º BUP		225	37	262	16.6
3º BUP		202	32	234	14.8
COU		166	32	198	12.5
NS / NC		0	0	0	0.0
SUBTOTAL	N	833	137	970	61.3
BUP - COU	%	85.9	14.1		
1º FP I		144	32	177	11.1
2º FP I		142	34	176	11.0
Acceso		13	0	13	0.8
1º FP II		87	2	89	5.6
2º FP II		77	11	88	5.6
3º FP II		60	1	61	3.9
Adaptación		9	0	9	0.6
NS / NC		0	1	1	0.1
SUBTOTAL FP	N	533	80	613	38.7
	%	86.9	13.1		
TOTAL	N	1366	217	1583	100
	%	86.3	13.7	100	

tabla 2

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA POR EDAD Y SEXO

	VARONES	MUJERES	NS/NC	TOTAL	
				N	%
14 años	135	136	5	276	17,4
15 años	200	160	3	363	22,9
16 años	191	166	4	361	22,8
17 años	167	129	1	297	18,8
18 años	76	76	2	154	9,7
19 años	28	35	0	63	4,0
20 años	14	15	1	30	1,9
21 años	2	10	0	12	0,8
NS/NC	6	8	13	27	1,7
TOTAL N	819	735	29	1583	100
%	51,7	46,4	1,8	100	
Media	15,99	16,08	15,75	16,04	
SD	1,46	1,63	1,77	1,55	

tabla 3
SENTIMIENTO RELIGIOSO
(N = 1583)

	N	%
Muy religioso/a	35	2,2
Religioso/a	883	55,8
Poco religioso/a	564	35,6
Nada religioso/a	81	5,1
NS/NC	20	1,3

tabla 4
SENTIMIENTO RELIGIOSO DE LA MUESTRA POR AREAS DE SALUD
(N = 1563)

		Muy Rel.	Rel.	Poco Rel.	Nada Rel.
AREA I (Murcia)	N	20	403	245	38
	%	2,8	57,1	34,7	5,4
AREA II (Cartagena)	N	6	176	151	19
	%	1,7	50,0	42,9	5,4
AREA III (Lorca)	N	2	61	41	7
	%	1,8	54,9	36,9	6,3
AREA IV (Noroeste)	N	2	49	27	4
	%	2,4	59,7	32,9	4,9
AREA V (Altiplano)	N	0	38	26	3
	%	0,0	56,7	38,8	4,5
AREA VI (Vega del Segura)	N	5	156	74	10
	%	2,0	63,7	30,2	4,1

tabla 5

CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE LA ENFERMEDAD
(N = 1583)

		BIEN	MAL O N/S	N/C
Conoce el significado de las letras S.I.D.A.	N	1.029	544	10
	%	65,0	34,4	0,6
Sabe que el agente causante de la enfermedad no es una bacteria	N	282	1.276	25
	%	17,8	80,6	1,6
No hay vacuna para prevenir el SIDA	N	996	564	23
	%	62,9	35,6	1,5
Afecta a las defensas del organismo	N	1.283	292	8
	%	81,0	18,4	0,5
El problema no se centra en ciertos grupos	N	1.297	273	13
	%	81,9	17,2	0,8
Existe un análisis de sangre para detectar la infección	N	1.157	421	5
	%	73,1	26,6	0,3
Haciendo ejercicio regularmente no se previene el SIDA	N	1.195	385	3
	%	75,5	24,3	0,2
No hay cura en este momento	N	481	1.094	8
	%	30,4	69,1	0,5
Se puede estar contagiado y no estar enfermo	N	1.022	542	19
	%	64,6	34,2	1,2
No se puede saber si una persona está o no contagiada por su aspecto	N	719	857	7
	%	45,4	54,1	0,4
Sabe dónde encontrar información sobre el SIDA	N	713	865	5
	%	45,0	54,6	0,3

tabla 6

CONOCIMIENTOS SOBRE TRANSMISION DE LA INFECCION POR VIH (N=1583)

		BIEN	MAL O N/S	N/C
Usar baños públicos	N	1.215	353	15
	%	76,8	22,3	0,9
Recibiendo transfusiones	N	84	1.488	11
	%	5,3	94,0	0,7
Por tocar a una persona con SIDA	N	1.479	94	10
	%	93,4	5,9	0,6
En una piscina	N	1.229	343	11
	%	77,6	21,7	0,7
Viviendo con alguien que tiene SIDA	N	1.058	509	16
	%	66,8	32,2	1,0
Compartiendo jeringuillas o agujas	N	1.555	18	10
	%	98,2	1,1	0,6
Por picaduras de insectos	N	465	1.103	15
	%	29,4	69,7	0,9
Relaciones homosexuales protegidas	N	1.203	366	14
	%	76,0	23,1	0,9
Comiendo algo preparado por una persona enferma de SIDA	N	1.313	257	13
	%	82,9	16,2	0,8
Al extraer sangre	N	907	654	22
	%	57,3	41,3	1,4
Relaciones heterosexuales desprotegidas	N	1.275	297	11
	%	80,5	18,8	0,7
Compartiendo el cepillo de dientes	N	723	847	13
	%	45,7	53,5	0,8
Besándose	N	1.196	377	10
	%	75,6	23,8	0,6
Bebiendo del mismo vaso	N	1.116	457	10
	%	70,5	28,9	0,6
Compartiendo maquinillas de afeitar	N	1.052	519	12
	%	66,5	32,8	0,8
De una madre a su hijo durante el embarazo	N	1.296	278	9
	%	81,9	17,6	0,6

tabla 7

CONOCIMIENTOS SOBRE PREVENCIÓN DE LA
INFECCIÓN POR VIH (N=1583)

		BIEN	MALO N/S	N/C
Uso de preservativos	N	1.455	125	3
	%	91,9	7,9	0,2
Lavarse después de tocar a una persona con SIDA	N	971	602	10
	%	61,3	38,0	0,6
No tener relaciones sexuales con alguien a quien se acaba de conocer	N	1.141	431	11
	%	72,1	27,2	0,7
No compartir jeringuillas ni agujas	N	1.517	64	2
	%	95,8	4,0	0,1
No donar sangre	N	1.025	547	11
	%	64,8	34,6	0,7
Tener sólo relaciones heterosexuales	N	928	640	15
	%	58,6	40,4	0,9
No tener relaciones sexuales	N	348	1.227	8
	%	22,0	77,5	0,5
Hacer ejercicio	N	907	656	20
	%	57,3	41,4	1,3
Tener relaciones sexuales sólo con personas que se conocen bien	N	899	676	8
	%	56,8	42,7	0,5
No inyectarse drogas	N	1.349	228	6
	%	85,2	14,4	0,4

tabla 8⁽¹⁾

EDAD Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN CONOCIMIENTOS (N=1362)

	14	15	16	17	18	19	20	21
14	--							
15	2,04**	--						
16	2,29**	0,25	--					
17	2,82**	0,78	0,53	--				
18	3,47**	1,44**	1,19**	0,65	--			
19	4,21**	2,17**	1,92**	1,39**	0,73	--		
20	5,36**	3,33**	3,08**	2,55**	1,89	1,15	--	
21	5,88**	3,85*	3,60	3,06	2,41	1,67	0,52	--

* p < 0,05

** p < 0,01

(1) En ésta, como en las siguientes Tablas que hacen referencia a diferencias entre medias, las cifras expuestas son el resultado de restar, a las puntuaciones del eje Y, las del eje X.

tabla 9

SENTIMIENTO RELIGIOSO Y CONOCIMIENTOS SOBRE LA INFECCION POR VIH. DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN CONOCIMIENTOS (N=1367)

	Muy Rel.	Rel.	Poco Rel.	Nada Rel.
Muy Religioso/a	--			
Religioso/a	0,07	--		
Poco Religioso/a	1,17	1,10**	--	
Nada Religioso/a	3,50**	3,44**	2,33**	--

** p < 0,01

tabla 10

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD Y LAS PERSONAS AFECTADAS (N=1583)

		MA	A	I	D	MD	N/C
Todo el mundo debería tener suficiente información	N	1.392	170	4	2	2	13
	%	87,9	10,7	0,3	0,1	0,1	0,8
Preocupado/a por un posible contagio	N	950	469	88	35	26	15
	%	60,0	29,6	5,6	2,2	1,6	0,9
No sólo homosexuales y UDVP han de tomar precauciones	N	854	470	72	85	83	19
	%	53,9	29,7	4,5	5,4	5,2	1,2
Contrarios al aislamiento de personas infectadas	N	640	421	234	162	104	22
	%	40,4	26,6	14,8	10,2	6,6	1,4
No se ha cansado de oír hablar del SIDA	N	603	470	348	75	65	22
	%	38,1	29,7	22,0	4,7	4,1	1,4
Se debe mantener el anonimato de las personas con SIDA	N	908	294	242	72	50	17
	%	57,4	18,6	15,3	4,5	3,2	1,1
Dispuestos a cuidar a una persona con SIDA	N	163	464	565	221	123	47
	%	10,3	29,3	35,7	14,0	7,8	3,0
No es un problema reducido a determinados grupos	N	725	519	116	118	86	19
	%	45,8	32,8	7,3	7,5	5,4	1,2
Voluntariedad de la prueba	N	51	151	253	567	540	21
	%	3,2	9,5	16,0	35,8	34,1	1,3
Usar condón no es aburrido	N	413	344	535	142	107	42
	%	26,1	21,7	33,8	9,0	6,8	2,7
Ayudaría a un amigo/a enfermo	N	688	684	124	36	25	26
	%	43,5	43,2	7,8	2,3	1,6	1,6
No importaría que hubiera una persona con SIDA en clase	N	480	503	355	128	95	22
	%	30,3	31,8	22,4	8,1	6,0	1,4
Cambio de actitud con lo aprendido	N	274	659	429	117	67	37
	%	17,3	41,6	27,1	7,4	4,2	2,3
Más cuidado tras lo aprendido	N	539	700	180	97	42	25
	%	34,0	44,2	11,4	6,1	2,7	1,6

MA: Muy de acuerdo A: De acuerdo I: Indiferente
D: En desacuerdo MD: Muy en desacuerdo
N/C: No contesta

tabla 11

SENTIMIENTO RELIGIOSO Y ACTITUDES
DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS
EN ACTITUDES (N=1443)

	Muy Rel.	Rel.	Poco Rel.	Nada Rel.
Muy Religioso/a	--			
Religioso/a	-1,00	--		
Poco Religioso/a	-1,49	-0,49	--	
Nada Religioso/a	1,28	2,29**	2,78**	--

** p < 0,01

tabla 12

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION POR EL VIH
(N=1583)

		SI	NO	N/S	N/C
Alguno de sus conocidos podría contagiarse	N	253	723	253	5
	%	16,0	45,7	38,0	0,3
El/Ella podrían contagiarse	N	103	1.024	451	5
	%	6,5	64,7	28,5	0,3

tabla 13

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION PARA PERSONAS CONOCIDAS Y CONOCIMIENTOS. DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN CONOCIMIENTOS. (N=1377)

	No estoy seguro/a	NO	SI
No estoy seguro/a	--		
No	0,27	--	
Sí	1,71**	1,43**	--

** p < 0,01

tabla 14

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION Y CONOCIMIENTOS. DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN CONOCIMIENTOS. (N=1377)

	No estoy seguro/a	NO	SI
No estoy seguro/a	--		
No	0,91**	--	
Sí	2,72**	1,81**	--

** p < 0,01

tabla 15

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION PARA PERSONAS
CONOCIDAS Y ACTITUDES.
DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN ACTITUDES.
(N=1459)

	No estoy seguro/a	NO	SI
No estoy seguro/a	--		
No	-0,71*	--	
Sí	0,27	0,98*	--

* p < 0,05

tabla 16

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION PERSONAL
Y ACTITUDES.
DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN ACTITUDES.
(N=1460)

	No estoy seguro/a	NO	SI
No estoy seguro/a	--		
No	-0,76*	--	
Sí	0,47	1,22*	--

* p < 0,05

tabla 17

OTRAS VARIABLES COGNITIVAS
(N=1583)

		SI	NO	N/S	N/C
Conocen a alguna persona con SIDA	N	76	1.310	196	1
	%	4,8	82,8	12,4	0,1
Irían a preguntar algo sobre el SIDA	N	663	107	708	105
	%	41,9	6,8	44,7	6,6
Creen que el SIDA es un problema importante	N	1.437	11	30	105
	%	90,8	0,7	1,9	6,6

tabla 18

MOTIVACION PARA ADQUIRIR INFORMACION Y ACTITUDES.
DIFERENCIAS ENTRE PUNTUACIONES MEDIAS EN ACTITUDES.
(N=1373)

	No estoy seguro/a	NO	SI
No	--	--	--
Sí	-1,86**	2,92**	--

** p < 0,01

tabla 19

USO DE DROGAS
(N = 1583)

		MF	F	AV	N	NC	MF	F	AV	N	NC
Fumar Tabaco	N	328	224	679	328	24	323	173	281	768	38
	%	20,7	14,2	42,9	20,7	1,5	20,4	10,9	17,8	48,5	2,4
Fumar marihuana o hachís	N	12	31	206	1.308	26	5	20	87	1.433	38
	%	0,8	2,0	13,0	82,6	1,6	0,3	1,3	5,5	90,5	2,4
Fumar otras drogas	N	3	9	124	1.412	35	2	6	40	1.497	38
	%	0,2	0,6	7,8	89,2	2,2	0,1	0,4	2,5	94,6	2,4
Beber alcohol	N	108	284	895	271	25	86	221	671	567	38
	%	6,8	17,9	56,5	17,1	1,6	5,4	14,0	42,4	35,8	2,4
Tomar pastillas	N	2	3	56	1.498	24	2	3	21	1.519	38
	%	0,1	0,2	3,5	94,6	1,5	0,1	0,2	1,3	96,0	2,4
Esnifar droga	N	2	8	52	1.492	29	1	6	21	1.516	39
	%	0,1	0,5	3,3	94,3	1,8	0,1	0,4	1,3	95,8	2,5
Inyectarse sin compartir jeringuillas	N	1	0	0	1.557	25	0	0	0	1.545	38
	%	0,1	0,0	0,0	98,4	1,6	0,0	0,0	0,0	97,6	2,4
Inyectarse compartiendo jeringuillas	N	1	0	0	1.557	25	0	0	0	1.545	38
	%	0,1	0,0	0,0	98,4	1,6	0,0	0,0	0,0	97,6	2,4

MF: Muy frecuentemente F: Frecuentemente AV: A veces N: Nunca
NC: No sabe / No contesta

tabla 20

FUMAR TABACO Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X² Y F

	X ²	g. l	P	N
Tipo de estudios	41,39	3	<0,001	1.559
Régimen del centro	21,06	3	<0,001	1.559
Sexo	8,74	3	<0,05	1.530
Sentimiento religioso	47,84	9	<0,001	1.539
Estudios del padre	26,42	9	<0,005	1.478
Estudios de la madre	21,92	9	<0,01	1.465
	F	P	N	
Edad	43,23	<0,001	1.532	

tabla 21

FUMAR MARIHUANA O HACHIS Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X² Y F

	X ²	g. l	P	N
Tipo de estudios	6,63	3	NS	1.557
Régimen del centro	9,09	3	<0,05	1.557
Sexo	24,28	3	<0,001	1.528
Sentimiento religioso	110,62	9	<0,001	1.537
Estudios del padre	12,67	9	NS	1.476
Estudios de la madre	20,36	9	<0,05	1.463
	F	P	N	
Edad	40,34	<0,001	1.530	

tabla 22

FUMAR OTRAS DROGAS Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X^2 Y F

	X^2	g. 1	P	N
Tipo de estudios	9,37	3	<0,05	1.548
Régimen del centro	6,21	3	NS	1.548
Sexo	1,81	3	NS	1.519
Sentimiento religioso	52,22	9	<0,001	1.529
Estudios del padre	19,08	9	<0,05	1.467
Estudios de la madre	21,25	9	<0,05	1.455
	F	P	N	
Edad	15,74	<0,001	1.521	

tabla 23

BEBER ALCOHOL Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X^2 Y F

	X^2	g. 1	P	N
Tipo de estudios	9,05	3	<0,05	1.558
Régimen del centro	17,37	3	<0,001	1.558
Sexo	26,77	3	<0,001	1.529
Sentimiento religioso	74,71	9	<0,001	1.538
Estudios del padre	29,73	9	<0,001	1.477
Estudios de la madre	24,46	9	<0,005	1.464
	F	P	N	
Edad	44,98	<0,001	1.531	

tabla 24

TOMAR PASTILLAS Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X² Y F

	X ²	g. l	P	N
Tipo de estudios	1,31	3	NS	1.559
Régimen del centro	15,74	3	<0,005	1.559
Sexo	3,56	3	NS	1.530
Sentimiento religioso	26,27	9	<0,005	1.539
Estudios del padre	12,56	9	NS	1.478
Estudios de la madre	28,79	9	<0,001	1.465
	F	P	N	
Edad	6,10	<0,001	1.532	

tabla 25

ESNIFAR DROGA Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X² Y F

	X ²	g. l	P	N
Tipo de estudios	4,02	3	NS	1.554
Régimen del centro	10,47	3	<0,05	1.554
Sexo	2,10	3	NS	1.525
Sentimiento religioso	57,86	9	<0,001	1.534
Estudios del padre	9,50	9	NS	1.473
Estudios de la madre	13,20	9	NS	1.460
	F	P	N	
Edad	44,98	<0,001	1.527	

tabla 26

PERCEPCION DEL RIESGO DE INFECCION PARA PERSONAS
CONOCIDAS Y USO DE DROGAS.
VALORES DE χ^2

	χ^2	g. l	P	N
Fumar tabaco	6,6	2	<0,05	1.555
Fumar marihuana/hachis	46,5	2	<0,001	1.553
Fumar otras drogas	22,2	2	<0,001	1.544
Beber alcohol	13,5	2	<0,001	1.554
Tomar pastillas	6,6	2	<0,05	1.555
Esnifar droga	13,5	2	<0,005	1.550

tabla 27

PERCEPCION DEL RIESGO PERSONAL
DE INFECCION Y USO DE DROGAS.
VALORES DE χ^2

	χ^2	g. l	P	N
Fumar tabaco	1,6	2	NS	1.555
Fumar marihuana/hachis	5,5	2	NS	1.553
Fumar otras drogas	0,6	2	NS	1.544
Beber alcohol	3,6	2	NS	1.554
Tomar pastillas	4,5	2	NS	1.555
Esnifar droga	2,5	2	NS	1.550

tabla 28

ORIENTACION SEXUAL DE LA CONDUCTA (N=1583)

		HET.	HOMO.	BI.	NUNCA	NS/NC
Besarse	N	1.122	12	80	348	21
	%	70,9	0,8	5,1	22,0	1,2
Caricias sobre la ropa	N	1.073	8	116	361	25
	%	67,8	0,5	7,3	22,8	1,6
Caricias bajo la ropa	N	747	8	28	768	32
	%	47,2	0,5	1,8	48,5	2,0
Masturbación mutua	N	343	15	22	1.171	32
	%	21,7	0,9	1,4	74,0	2,0
Relaciones con penetración	N	229	3	5	1.315	31
	%	14,5	0,2	0,3	83,1	1,9

tabla 29

CONDUCTA HETEROSEXUAL (N=1583)

		MF	F	AV	N	NC
Besarse	N	377	328	497	361	20
	%	23,8	20,7	31,4	22,8	1,3
Caricias sobre la ropa	N	265	334	590	373	21
	%	16,7	21,1	37,3	23,6	1,3
Caricias bajo la ropa	N	138	201	436	782	26
	%	8,7	12,7	27,5	49,4	1,6
Masturbación mutua	N	44	69	252	1.195	23
	%	2,8	4,4	15,9	75,5	1,5
Relaciones con penetración	N	38	36	160	1.328	21
	%	2,4	2,3	10,1	83,9	1,3

MF: Muy frecuentemente F: Frecuentemente AV: Alguna vez
 N: Nunca NC: No sabe/No contesta

tabla 30

CONDUCTA HETEROSEXUAL Y DISTINTAS VARIABLES DEMOGRAFICAS.
VALORES DE X² Y F

	X ²	g. l	P	N
Tipo de estudios	15,11	1	<0,001	1.562
Régimen del centro	15,76	1	<0,001	1.562
Sexo	5,89	1	<0,05	1.534
Sentimiento religioso	29,57	3	<0,001	1.542
Estudios del padre	8,71	3	<0,05	1.481
Estudios de la madre	12,18	3	<0,01	1.468
	F		P	N
Edad	65,7		<0,001	1.536

tabla 31

CONDUCTA HOMOSEXUAL (N = 1 5 8 3)

		MF	F	AV	N	NC
Besarse	N	11	12	69	1.467	24
	%	0,7	0,8	4,4	92,7	1,5
Caricias sobre la ropa	N	11	14	99	1.432	27
	%	0,7	0,9	6,3	90,5	1,7
Caricias bajo la ropa	N	5	4	27	1.519	28
	%	0,3	0,3	1,7	97,7	1,8
Masturbación mutua	N	3	3	31	1.519	27
	%	0,2	0,2	2,0	96,0	1,7
Relaciones con penetración	N	3	1	4	1.548	27
	%	0,2	0,1	0,3	97,8	1,7

MF: Muy frecuentemente F: Frecuentemente AV: Alguna vez
N: Nunca NC: No sabe/No contesta

tabla 32

EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES

	DIA			VARÓN			MUJER		
	Media	S.D.	Rango	Media	S.D.	Rango	Media	S.D.	Rango
Primera relación heterosexual N = 201	15,6	1,9	8-19	15,2	1,9	8-19	16,2	1,5	11-19
Primera relación homosexual N = 15	12,8	3,6	6-17	12,3	4,2	6-17	13,8	2,2	10-15

tabla 33

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES
(N = 237)

		0	1	2 - 4	> 4	N/C
La semana anterior	N	103	66	4	0	64
	%	43,4	27,8	1,7	0,0	27,0
El mes anterior	N	56	96	19	2	64
	%	23,6	40,5	8,0	0,8	27,0
El último verano	N	30	83	44	19	61
	%	12,6	35,0	18,6	8,0	25,7
El último año	N	5	91	46	38	57
	%	2,1	38,4	19,4	16,0	24,0

tabla 34

NUMERO DE PAREJAS CASUALES
(N = 237)

		0	1	2 - 4	> 4	N/C
La semana anterior	N	154	18	2	0	63
	%	65,0	7,6	0,8	0,0	26,6
El mes anterior	N	133	26	12	0	66
	%	56,1	11,0	5,1	0,0	27,8
El último verano	N	104	33	26	10	64
	%	43,9	13,9	11,0	4,2	27,0
El último año	N	93	34	25	18	67
	%	39,2	14,3	10,5	7,6	28,3

tabla 35

FRECUENCIA DE CONDUCTA SEXUAL
(N = 237)

		0	1	2 - 4	> 4	N/C
La semana anterior	N	103	50	20	4	60
	%	43,5	21,1	8,4	1,7	25,3
El mes anterior	N	52	25	65	32	63
	%	21,9	10,5	27,4	13,5	26,6
El último verano	N	31	15	40	90	61
	%	13,1	6,3	16,8	37,9	25,7
El último año	N	5	21	30	123	58
	%	2,1	8,8	12,6	51,9	24,4

tabla 36

RELACIONES SEXUALES CON PAREJAS CON RIESGO POTENCIAL
(N=237)

		MF	F	AV	N	N/C
Con alguien que se inyecte droga	N	0	0	2	197	38
	%	0,0	0,0	0,8	83,1	16,0
Con alguien que tuviera SIDA	N	0	0	1	197	39
	%	0,0	0,0	0,4	83,1	16,4
Con alguien que podría estar contagiado	N	0	0	6	190	41
	%	0,0	0,0	2,5	80,2	17,3
Con alguien de su mismo sexo	N	0	1	5	192	39
	%	0,0	0,4	2,1	81,0	16,4
Con prostitutas	N	0	1	21	176	39
	%	0,0	0,4	8,8	74,3	16,4

MF: Muy frecuentemente F: Frecuentemente AV: Alguna vez
N: Nunca NC: No sabe/No contesta

tabla 37

USO DE PRESERVATIVO (N = 237)

		MF	F	AV	N	NC
La semana anterior	N	14	10	8	153	52
	%	5,9	4,2	3,3	64,5	21,9
El mes anterior	N	21	15	27	121	53
	%	8,8	6,3	11,4	51,0	22,4
El último verano	N	35	27	46	78	51
	%	14,7	11,4	19,4	32,9	21,5
El último año	N	32	42	58	56	49
	%	13,5	17,7	24,5	23,6	20,7
El año pasado	N	26	21	42	94	54
	%	10,9	8,8	17,7	39,6	22,8

MF: Muy frecuentemente F: Frecuentemente AV: Alguna vez
 N: Nunca NC: No sabe/No contesta

tabla 38

RAZONES PARA USAR PRESERVATIVO (N = 237)

		Este año	Año pasado
Evitar el embarazo	N	136	93
	%	57,4	39,2
Evitar el SIDA	N	72	38
	%	30,4	16,0
Evitar otras ETS	N	33	20
	%	13,9	8,4
Otra	N	4	2
	%	2,8	1,4



ANEXO



CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS

PROGRAMA DE ESTUDIO: SIDA Y ADOLESCENCIA

Este cuestionario consta de una serie de preguntas sobre el SIDA. No es un examen. La forma de completarlo es distinta según las preguntas. En algunos casos hay que escribir la respuesta, pero en la mayoría las respuestas ya están dadas. La forma de contestar a estas preguntas es rodear con un círculo la respuesta que sea acertada. En algunos casos puede haber mas de una respuesta valida, en tal caso hay que rodear con un círculo todas las respuestas validas. Por favor, trata de responder a todas las preguntas con el máximo de sinceridad. **LAS RESPUESTAS SON CONFIDENCIALES. NADIE VA A SABER LO QUE HAS RESPONDIDO.** Al terminar meterás el cuestionario en el sobre que te hemos dado y lo cerraras. No hay tiempo límite para contestar.

Gracias.



1. Edad : _____

2. Curso : _____

3. Centro : _____

4. Sexo :

A - Varón

B - Mujer

5. Estudios del padre :

A - Primarios

C - Universitarios Medios

B - Secundarios (Bachiller)

D - Universitarios Superiores

6. Estudios de la madre :

A - Primarios

C - Universitarios Medios

B - Secundarios (Bachiller)

D - Universitarios Superiores

7. Estado civil :

A - Soltero/a

C - Separado/a

B - Casado/a

D - Otro (Especificar) _____

8. ¿Tienes hijos?

A - No

C - Si, dos

B - Si, uno

D - Si, mas de dos

9. Te consideras como una persona :

A - Muy religiosa

C - Poco religiosa

B - Religiosa

D - Nada religiosa

10. Dime cuál de estas frases te parece verdadera y cuál no

("V" = Verdadera; "?" = No estoy seguro/a; "F" = Falsa)

- A - Sé lo que significan las letras SIDA _____ V ? F
- B - El SIDA lo causa una bacteria _____ V ? F
- C - Hay una vacuna para prevenir el SIDA _____ V ? F
- D - El Sida es una enfermedad que afecta a las defensas del cuerpo _____ V ? F
- E - Solo los homosexuales y los drogadictos cogen el SIDA _____ V ? F
- F - Se puede saber si uno esta infectado con un análisis de sangre _____ V ? F
- G - Haciendo ejercicio regularmente se puede evitar el SIDA _____ V ? F
- H - El SIDA se puede curar si el tratamiento empieza temprano _____ V ? F
- I - Se puede estar contagiado y no estar enfermo _____ V ? F
- J - A las personas contagiadas se las puede reconocer por rasgos físicos
(marcas, señales, etc...) _____ V ? F
- K - Sé donde encontrar información sobre el SIDA _____ V ? F

11. ¿Donde has aprendido algo sobre el SIDA?

- A - En ningún sitio B - Radio C - Periódicos/Revistas
- D - Televisión E - Libros F - Folletos
- G - Amigos H - Profesores I - Padres/Parientes
- J - Otros (Especificar) _____

12. ¿De donde te gustaría obtener mas información sobre el SIDA?

- A - Ya tengo suficiente información
- B - Amigos
- C - Medios de comunicación
- D - Padres/Parientes
- E - Médicos/Especialistas
- F - Profesores
- G - Otros (Especificar) _____

13. Dime si de alguna de estas formas se puede coger el SIDA

("S" = Si; "?" = No estoy seguro/a; "N" = No)

- A - Usar baños públicos _____ S ? N
- B - Cuando te ponen sangre de otra persona _____ S ? N
- C - Por tocar a alguien con SIDA _____ S ? N
- D - En una piscina _____ S ? N
- E - Viviendo con alguien que tenga SIDA _____ S ? N
- F - Compartiendo jeringuillas y agujas _____ S ? N
- G - Por picaduras de mosquito _____ S ? N
- H - Cuando un hombre tiene relaciones sexuales con otro hombre con condón _____ S ? N
- I - Comiendo algo preparado por alguien que tenga SIDA _____ S ? N
- J - Cuando te sacan sangre _____ S ? N
- K - Cuando un hombre y una mujer tienen relaciones sexuales sin condón _____ S ? N
- L - Compartiendo el cepillo de dientes _____ S ? N
- M - Besándose _____ S ? N
- N - Bebiendo del mismo vaso _____ S ? N
- O - Usando la maquinilla de afeitar de otro _____ S ? N
- P - De una madre a su hijo durante el embarazo _____ S ? N

14. ¿Conoces a alguien que tenga SIDA?

A - Si B - No C - No estoy seguro/a

15. ¿Crees que alguno/a de tus conocidos/as tiene posibilidades de contagiarse?

A - Si B - No C - No estoy seguro/a

16. ¿Crees que tu tienes posibilidades de contagiarte?

A - Si B - No C - No estoy seguro/a

17. ¿Son útiles las siguientes acciones para evitar contagiarse?

("S" = Si; "?" = No estoy seguro/a; "N" = No)

- A - Usar condones _____ S ? N
- B - Lavarse bien después de tocar a alguien con SIDA _____ S ? N
- C - No tener relaciones sexuales con alguien que acabas de conocer _____ S ? N
- D - No compartir jeringuillas ni agujas _____ S ? N
- E - No dar sangre _____ S ? N
- F - Tener relaciones sexuales solo con gente del sexo contrario _____ S ? N
- G - No tener relaciones sexuales _____ S ? N
- H - Hacer ejercicio _____ S ? N
- I - Tener relaciones sexuales solo con gente que conoces bien _____ S ? N
- J - No inyectarse drogas _____ S ? N

18. Dime cuál es tu opinión sobre estas frases

("MA" = Muy de acuerdo; "A" = De acuerdo; "I" = Indiferente
"D" = En desacuerdo; "MD" = Muy en desacuerdo)

- A - Todo el mundo debería tener suficiente información sobre
como evitar el SIDA _____ MA A I D MD
- B - Me preocupa la posibilidad de contagiarme _____ MA A I D MD
- C - Solo los homosexuales y los drogadictos tienen que tomar
precauciones _____ MA A I D MD
- D - Las personas contagiadas deberían ser aisladas _____ MA A I D MD
- E - Estoy harto de oír hablar del SIDA _____ MA A I D MD
- F - Los nombres de las personas con SIDA deberían hacerse
públicos _____ MA A I D MD
- G - Estaría dispuesto a cuidar a alguien con SIDA _____ MA A I D MD
- H - El SIDA solo es problema para ciertos grupos
(prostitutas, homosexuales, etc...) _____ MA A I D MD
- I - La prueba del SIDA debería hacerse a todo el mundo
obligatoriamente _____ MA A I D MD
- J - Usar condón es aburrido _____ MA A I D MD
- K - Si uno de mis amigos cogiera el SIDA yo le ayudaría _____ MA A I D MD
- L - No me importaría que en mi clase hubiera alguien con SIDA _____ MA A I D MD
- M - Lo que he aprendido ha cambiado mi actitud hacia el SIDA _____ MA A I D MD
- N - Lo que he aprendido sobre el SIDA ha hecho que ahora
tenga mas cuidado _____ MA A I D MD

19. ¿Puedes decirme si has practicado alguna vez estas actividades con alguien del otro sexo?

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = Alguna vez;

"NU" = Nunca)

- | | |
|---|-----------|
| A - Besarse _____ | MF F A NU |
| B - Acariciarse por encima de la ropa _____ | MF F A NU |
| C - Acariciarse por debajo de la ropa _____ | MF F A NU |
| D - Masturbarse mutuamente _____ | MF F A NU |
| E - Relaciones sexuales con penetración _____ | MF F A NU |

20. ¿Puedes decirme si has practicado alguna vez estas actividades con alguien de tu mismo sexo?

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = Alguna vez;

"NU" = Nunca)

- | | |
|---|-----------|
| A - Besarse _____ | MF F A NU |
| B - Acariciarse por encima de la ropa _____ | MF F A NU |
| C - Acariciarse por debajo de la ropa _____ | MF F A NU |
| D - Masturbarse mutuamente _____ | MF F A NU |
| E - Relaciones sexuales con penetración _____ | MF F A NU |

SI EN ESTAS DOS PREGUNTAS HAS RESPONDIDO "NUNCA" A LAS DOS ULTIMAS OPCIONES ("MASTURBARSE MUTUAMENTE" Y "RELACIONES SEXUALES CON PENETRACION") PASA DIRECTAMENTE A LA PREGUNTA NUMERO 32 EN LA PAGINA 10.

21. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual con alguien del otro sexo?

Años : _____

22. ¿A que edad tuviste tu primera relación sexual con alguien de tu mismo sexo?

Años : _____

23. ¿Con cuantas personas distintas has tenido relaciones sexuales durante...

A - esta semana? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

B - este mes? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

C - este verano? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

D - este año? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

24. ¿Cuantas veces has tenido relaciones sexuales durante ...

A - esta semana? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

B - este mes? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

C - este verano? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

D - este año? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

25. ¿Con cuantas personas que habías conocido esa misma semana has tenido relaciones sexuales...

- A - esta semana? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4
B - este mes? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4
C - este verano? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4
D - este año? _____ 0 1 2 3 4 mas de 4

26. ¿Has tenido durante este año relaciones sexuales con ...

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = alguna vez;
"NU" = Nunca)

- A - alguien que se pique (se inyecte droga)? _____ MF F A NU
B - alguien que tuviera SIDA? _____ MF F A NU
C - alguien que podría estar contagiado? _____ MF F A NU
D - alguien de tu mismo sexo? _____ MF F A NU
E - prostitutas? _____ MF F A NU

27. ¿Tomas alguna precaución en tus relaciones sexuales para no coger el SIDA?

- A - Ninguna
B - Me fijo en que mi pareja este sana
C - No tengo relaciones sexuales ahora, aunque me gustaría
D - No tengo relaciones porque no quiero
E - No tengo relaciones sexuales con gente que sé que se "pica"
F - Uso condón (preservativo)
G - Tengo relaciones sexuales con menos gente

28. ¿Has utilizado condón (preservativo) en tus relaciones sexuales durante...

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = alguna vez;

"NU" = Nunca)

- | | |
|--------------------------|-----------|
| A - esta semana? _____ | MF F A NU |
| B - este mes? _____ | MF F A NU |
| C - este verano? _____ | MF F A NU |
| D - este año? _____ | MF F A NU |
| E - el año pasado? _____ | MF F A NU |

29. Si utilizabas condón el año pasado ¿por qué lo hacías?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| A - Para evitar el embarazo | C - Para evitar otras enfermedades |
| B - Para evitar el SIDA | D - Otra razón _____ |

30. Si has utilizado condón durante este año ¿por qué lo has hecho?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------------|
| A - Para evitar el embarazo | C - Para evitar otras enfermedades |
| B - Para evitar el SIDA | D - Otra razón _____ |

31. ¿Has tenido alguna vez alguna enfermedad de transmisión sexual?

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| A - Si, varias veces | C - Si, alguna vez |
| B - No, nunca | D - No estoy seguro/a |

32. ¿Puedes decirme si has probado alguna vez algo de esto?

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = Alguna vez;
"NU" = Nunca)

- A - Fumar tabaco _____ MF F A NU
B - Fumar marihuana o hachís _____ MF F A NU
C - Fumar otras drogas _____ MF F A NU
D - Beber alcohol _____ MF F A NU
E - Tomar pastillas (anfetaminas, etc...) _____ MF F A NU
F - Esnifar (aspirar por la nariz) _____ MF F A NU
G - Picarse (inyectarse droga) sin compartir la aguja y/o la jeringuilla ___ MF F A NU
H - Picarse (inyectarse droga) compartiendo la aguja y/o la jeringuilla __ MF F A NU

33. ¿Puedes decirme si has probado algo de esto durante este mes?

("MF" = Muy frecuentemente; "F" = Frecuentemente; "A" = Alguna vez;
"NU" = Nunca)

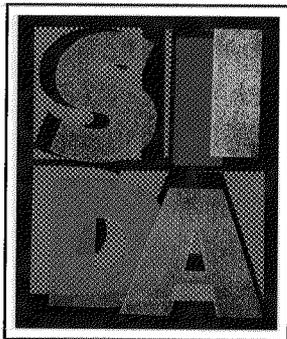
- A - Fumar tabaco _____ MF F A NU
B - Fumar marihuana o hachís _____ MF F A NU
C - Fumar otras drogas _____ MF F A NU
D - Beber alcohol _____ MF F A NU
E - Tomar pastillas (anfetaminas, etc...) _____ MF F A NU
F - Esnifar (aspirar por la nariz) _____ MF F A NU
G - Picarse (inyectarse droga) sin compartir la aguja y/o la jeringuilla ___ MF F A NU
H - Picarse (inyectarse droga) compartiendo la aguja y/o la jeringuilla __ MF F A NU

34. Si conocieras algún sitio donde obtener información sobre el SIDA, ¿irías a preguntar algo?

A - Si B - No C - No estoy seguro/a

35. ¿Crees que el SIDA es un problema importante?

A - Si B - No C - No estoy seguro/a



Dirección Provincial del
Ministerio de Educación y Ciencia

MURCIA



Región de Murcia
Consejería de Sanidad

Dirección General de Salud