

U.N. Mad.  
PSICOCEDOC  
CENTRO DE  
DOCUMENTACION  
FACULTAD de PSICOLOGIA

Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

**Informe Final del Trabajo de Investigación correspondiente al requisito  
curricular conforme O.C.S. 143/89**

*Psicología de la Salud y Enfermedades de transmisión sexual.  
Estudio de las relaciones entre conocimientos, actitudes y tipo de  
comportamientos/ prácticas sexuales (bajo vs. alto riesgo) en estudiantes  
universitarios de la ciudad de Mar del Plata:  
El caso del HIV-SIDA*

**Estudiantes:**

ARTERO, Ana Romina. 5031/00 (D.N.I 28.009.999)  
RODRIGUEZ, Natalia Paola. 5210/00 (D.N.I 29.141.747)  
SABATINI, María Belén. 5520/01 (D.N.I 29.920.517)

**Supervisora:**

Dra. CASTAÑEIRAS, Claudia

**Cátedra de radicación:**

Instrumentos de Exploración Psicológica I


**Fecha de presentación:**


24 de Noviembre de 2008




N° CLASIFICACION:	ADQUISICION:
4-18 A	10.11.08
	N° INVENTARIO:
	K-583

Este informe final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las estudiantes Artero, Ana Romina; Rodríguez, Natalia Paola y Sabatini, María Belén de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

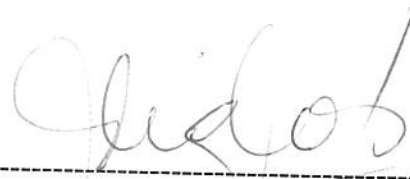
  
Ana Romina Artero

  
natalia P.  
Rodríguez

  
Sabatini María Belén



El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las estudiantes Artero, Ana Romina (Mat. 5031/00); Rodríguez, Natalia Paola (Mat. 5210/00) y Sabatini, María Belén (5520/01), conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 21 días del mes de Noviembre del año 2008.

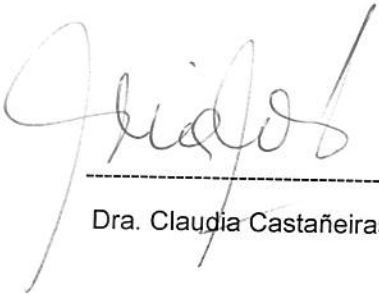


-----  
Firma, aclaración y sello del Supervisor

*Dra. Claudia Castañeras*  
Psicóloga  
Mat. Prov. 45456

## Informe de evaluación del supervisor

En mi condición de supervisora de la tesina de grado que se presenta quiero dejar constancia que las estudiantes Artero, Rodríguez y Sabatini han cumplido satisfactoriamente con lo previsto en el Plan de Trabajo oportunamente presentado. Durante el desarrollo de esta investigación ellas han mantenido una activa motivación y compromiso por las tareas a realizar, destacándose en todo momento la responsabilidad y rigurosidad con las que se dedicaron a cada una de las instancias que requirió este estudio empírico.



---

Dra. Claudia Castañeiras



Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las estudiantes Artero, Ana Romina (Mat. 5031/00); Rodríguez, Natalia Paola (Mat. 5210/00) y Sabatini, María Belén (5520/01)

---

Firma y aclaración de los miembros  
de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación:

**Plan de trabajo**  
**Requisito curricular del Plan de Estudios 1989 (O.C.S. 143/89)**

**Estudiantes:**

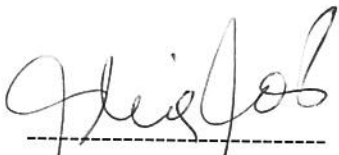
ARTERO, Ana Romina. 5031/00  
RODRIGUEZ, Natalia Paola. 5210/00  
SABATINI, María Belén. 5520/01


**Supervisora:**

Dra. CASTAÑEIRAS, Claudia

**Título del Proyecto:**


Psicología de la Salud y Enfermedades de transmisión sexual.  
Estudio de las relaciones entre conocimientos, actitudes y tipo de comportamientos/ prácticas sexuales (bajo vs. alto riesgo) en estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata:  
El caso del HIV-Sida


  
-----  
Firma del Supervisor

  
-----  
Firma de los estudiantes

Devuelto para evaluación a Belén Sabatini 1

APROBADO

  
Luz

  
María

## **Resumen**

Este proyecto se inscribe en el área de la Psicología de la Salud y se propone estudiar las relaciones entre el conocimiento, las actitudes hacia el HIV-Sida y las prácticas/comportamientos sexuales, en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata. Se trata de un estudio ex post facto, de carácter descriptivo y correlacional que tiene por objetivo investigar: a) la cantidad y calidad de información que disponen sobre el tema y sus ideas acerca de lo que consideran una sexualidad segura, b) actitudes hacia la sexualidad y, c) el manejo de su propia sexualidad. Para su realización se administrará en forma colectiva, anónima y bajo consentimiento informado, un cuestionario diseñado específicamente para indagar información socio-descriptiva y sobre HIV-SIDA, actitudes hacia la sexualidad y conductas/prácticas sexuales. La muestra intencional de estudiantes universitarios se estima en 240 casos según los criterios de selección previstos. Este estudio se basa en un diseño transversal de comparación intra e intergrupos. Se utilizará el software SPSS 13.0 para el análisis cuantitativo y se realizará también análisis cualitativo de la información obtenida. Se evaluará adicionalmente el alcance de las variables estudiadas (conocimiento, actitudes, comportamientos/prácticas sexuales) como indicadores de aspectos promotores y preventivos de una sexualidad considerada segura (de bajo riesgo) en esta población.

**Palabras Claves:** psicología de la salud - sexualidad – HIV-Sida - actitudes hacia la sexualidad- comportamientos/prácticas sexuales

### **Descripción detallada.**

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) representan un grupo generalmente asintomático de padecimientos infecciosos. Se producen principalmente por bacterias, virus y hongos, y se transmiten por contacto sexual cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo (Calderón Jaimes, 1999).

El VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que puede ser entendida como un proceso dentro del cual el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia (HIV). Este virus deja sin defensas al organismo, actuando sobre el sistema inmunológico del ser humano (Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de lucha contra los Retrovirus del humano, SIDA Y ETS, 2005).

La Organización Panamericana para la Salud (OPS) estimó en 1997 que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad y que la mayoría se infectaba por vía sexual. (Ramiro Caballero-Hoyos, 2003). Según datos aportados por el Ministerio de Salud de la Nación para el período 1982-2004 sobre casos notificados (2005), si bien los posibles modos de contagio incluyen también el uso de drogas inyectables y la transmisión hijo-madre HIV+, para Argentina, en el 68,7% de los casos relevados, se constató infección por vía sexual<sup>1</sup>.

La OMS sostiene que los datos fiables sobre el comportamiento servirán para determinar qué grupos de población están en riesgo y permitirán destinar los recursos de la vigilancia serológica a los efectos de obtener la mejor información sobre esta epidemia (Organización Mundial de la Salud, 2000).

La evolución que ha tenido el VIH-SIDA en el contexto mundial, refleja notablemente que la epidemia no sigue un curso uniforme en todas las sociedades; de hecho, se presenta en diferentes zonas geográficas, y afecta a distintos subgrupos de la población de manera diversa en distintos momentos (Organización Mundial de la Salud. Op. Cit).

---

<sup>1</sup> Datos aportados por el Instituto Nacional de Epidemiología. Mar del Plata, noviembre de 2007.

En este sentido, y teniendo en cuenta la prevalencia de la infección por el VIH, la información sobre los comportamientos relacionados con la presencia de prácticas de riesgo en la población general, puede ser de gran valor para la elaboración de programas preventivos y de promoción tanto en la toma de decisiones como en su ejecución (Organización Mundial de la Salud. Op. Cit.). El estudio empírico que se propone se basa en la relevancia que este tema presenta, y específicamente responde al interés por indagar las relaciones entre la información disponible, las actitudes hacia el HIV-Sida y las prácticas/comportamientos sexuales en una muestra de estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata, particularmente en lo referido a: a) cantidad y calidad de información que disponen sobre el tema y sus ideas acerca de lo que consideran una sexualidad segura, b) actitudes hacia la sexualidad y, c) manejo de la propia sexualidad.

En esta investigación, se entenderá por información al volumen de conocimientos que el sujeto posee sobre la temática abordada en términos de su cantidad y calidad (Candrea y Paladino, 2005) y por actitudes sexuales a aquellas predisposiciones adquiridas, originadas en la experiencia sexual previa –directa o indirecta-, que en su componente conductual orientan la acción hacia una conducta sexual determinada (Saez Urbarri y Guijarro Santamaría, 2000).

Los datos proporcionados por la OMS (diciembre 2006), informaron una prevalencia de 39,5 millones de personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS) en todo el mundo; de éstas, 37,2 millones adultos; 17,7 millones mujeres y 2,3 millones menores de 15 años. El total de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006 fue de 4,3 millones, 530.000 casos aproximadamente en menores de 15 años. El total de muertes por VIH/SIDA alcanzó a 2,9 millones de personas; de las cuales 2,6 millones fueron adultos y 380.000 menores de 15 años.

En definitiva, la problemática HIV-SIDA constituye sin duda un fenómeno mundial, que a pesar de su gran repercusión social, la amplia difusión con la que cuenta, y los avances científicos y tecnológicos que se constatan en las numerosas investigaciones existentes (Alfaro Cortés et al., 2000; Cáceres y Herencia, 1996; Díaz-González, 2005; García Lahera et al., 2001; Mosquera et al., 2003; Rodríguez, F et al., 2006; Vilariño, 2003; García Martínez, Alfonso 2005; Informe sobre la salud en el mundo, OMS, 2003; Bianco M. et al., 2003),

las recomendaciones para prevenir su contagio han resultado en general poco efectivas hasta la actualidad, y sobre todo en los jóvenes, franja poblacional en la que persisten las relaciones sexuales riesgosas (Díaz González, A. et al., 2005).

Ahora bien, comprender la salud desde una concepción que integre lo biopsicosocial, conduce a la consideración de la sexualidad como parte de la experiencia de salud. De hecho, los criterios propuestos por organismos internacionales plantean que la salud sexual podría entenderse como *la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad* (Asociación mundial de sexología, 2005).

En la actualidad la Psicología de la Salud constituye el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; desde esta perspectiva, se enfatiza el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de tal variabilidad del proceso salud-enfermedad. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no sólo se reconoce su función y aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional. (Floréz Alarcón, Luis. 2004).

Este trabajo que toma como marco de referencia los aportes de la Psicología de la Salud, intenta avanzar en la comprensión de este fenómeno, con el fin de proporcionar datos sensibles para la población local que pudieran ser de utilidad teórica y aplicada en un contexto de prevención y promoción de la salud.

### **Objetivos generales**

- 1) Estudiar las relaciones entre información sobre HIV-Sida, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales en una muestra de estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata
- 2) Analizar las variables estudiadas (información, actitudes, comportamientos/prácticas sexuales) como indicadores de aspectos promotores y preventivos de una sexualidad considerada segura (de bajo riesgo)

### **Objetivos específicos:**

- 1) Evaluar la cantidad y calidad de la información que disponen los estudiantes universitarios sobre el HIV-Sida
- 2) Analizar las actitudes hacia la sexualidad
- 3) Analizar los comportamientos/prácticas sexuales informados
- 4) Estudiar las relaciones entre información sobre el HIV-Sida, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales (alto riesgo vs. bajo riesgo<sup>2</sup>) en los estudiantes universitarios
- 5) Evaluar la presencia de diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo y orientación sexual
- 6) Estudiar las diferencias en las variables evaluadas (información, actitudes y comportamientos/prácticas sexuales) en función de la carrera universitaria de procedencia (formación académica relacionada con la salud vs. no relacionada con la salud)

### **Hipótesis de trabajo**

- 1) Aquellos estudiantes universitarios que dispongan de información más adecuada (suficiente y correcta<sup>3</sup>) sobre el HIV-Sida manifestarán

---

<sup>2</sup> La variable riesgo se utiliza en esta investigación para describir el grado de probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual

<sup>3</sup> Según asesoramiento obtenido por criterio médico.

actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales consideradas de bajo riesgo

- 2) Aquellos estudiantes universitarios que dispongan de información inadecuada (escasa e incorrecta), sobre el HIV-Sida manifestarán actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales consideradas de alto riesgo
- 3) La variable sexo y orientación sexual no tendrán una influencia diferencial sobre el conocimiento, las actitudes y los comportamientos/prácticas sexuales de los estudiantes evaluados
- 4) Los estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud (Psicología, Ciencias de la Salud) dispondrán de una información más adecuada sobre el HIV-Sida que los estudiantes de carreras no relacionadas con la salud (Ingeniería, Ciencias Económicas y Sociales)

### **Métodos y técnicas a emplear**

Se propone un diseño transversal, ex post facto, de carácter descriptivo y correlacional. Los análisis se basarán en la comparación intra e intergrupos (carreras relacionadas con la salud vs. no relacionadas con la salud) para evaluar aquellos aspectos en los que probablemente se diferencien las muestras bajo estudio.

### **Muestra**

Estará constituida por estudiantes universitarios de ambos sexos, que estén cursando al momento de este estudio el tercer año de su carrera universitaria<sup>4</sup> (N estimado = 240<sup>5</sup>). En todos los casos la participación será voluntaria y anónima.

---

<sup>4</sup> Psicología y Ciencias de la Salud vs. Ingeniería y Ciencias Económicas y Sociales.

<sup>5</sup> Para la determinación del tamaño de la muestra, se utilizó como criterio los datos oficiales aportados por la Universidad Nacional de Mar del Plata, sobre la matrícula vigente para las carreras participantes en la

## Procedimiento

Se realizarán administraciones colectivas (cursos completos de las asignaturas seleccionadas). En un único encuentro de aproximadamente 40 minutos –de acuerdo con prueba piloto- se administrará una cuestionario diseñado específicamente para indagar información socio-descriptiva (sexo, edad, orientación sexual), conocimientos sobre HIV<sup>6</sup>, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales. Se utilizará el software SPSS 13.0 para el análisis cuantitativo y se realizará también análisis cualitativo de la información obtenida.

**Lugar de realización del trabajo:** Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

## Cronograma mensual de actividades y tareas a desarrollar:

ACTIVIDADES	MESES					
	1	2	3	4	5	6
01. Relevamiento y actualización bibliográfica	■	■	■			
02. Elaboración del marco teórico		■	■			
03. Determinación de la muestra		■				
04. Administración del instrumento		■	■			
05. Codificación de los resultados			■	■		
06. Elaboración de la base de datos			■			
07. Ingreso de datos			■	■		
08. Análisis e interpretación de los resultados				■	■	■
09. Redacción del informe final					■	■

investigación, y se aleatorizaron posteriormente las materias del tercer año de cada carrera, y los cursos a ser evaluados en ese nivel.

<sup>6</sup> Para la elaboración de las preguntas dirigidas a indagar conocimientos sobre HIV-Sida considerados básicos en población general, se contó con el asesoramiento de profesionales médicos

## Bibliografía

- Alfaro Cortés, A. Sordo Rivera, M. Cumbá Abreu, C. García Roche, R. y Fuentes Abreu, J. (2000). "Comportamiento sexual y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de secundaria básica de ciudad de La Habana, 1995-1996". *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, v.38 n.1. Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.php> (15/10/07)
- Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS) (2005). Declaración de Montreal. "Salud Sexual para el Milenio". *XVII Congreso Mundial de Sexología*. Montreal. Disponible en <http://www.fess.org.es/pdf/montreal.pdf>. (8/10/07)
- Bianco, M.; Pagani, L.; Re, I. y Correa, C. (2003). "Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/SIDA en el gran Buenos Aires". Un estudio de situación. *Estudios e Informes Serie especial*, No. 18. División de Políticas Culturales y de Diálogo Intercultural. UNESCO. (01/12/07).
- Caballero-Hoyos, R. (2003) "Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres". *Salud Pública México*, 45 supl. 1:S108-S114. Disponible en: <http://www.adolesc.org.mx/saludpublica>. (01/12/07).
- Cáceres, V. y Herencia, E. (1996). "Evaluación de conocimientos de actitudes y actitudes hacia el SIDA y practicas sexuales en estudiantes de colegios secundarios nacionales de Chiclayo". *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, Vol II, N° 2, pp 101-120.
- Calderón Jaimes, E. (1999). "Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual". Instituto Nacional de Pediatría en Salud Pública de México / vol.41, n°4. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v41n4/41n4a12>. (8/12/07).
- Candreva, A. y Paladino, C. (2005). "Cuidado de la salud: el anclaje social de su construcción. Estudio cualitativo". UNLP. *Universitas Psychologica*, Enero-Junio, año/volumen 4, n° 001. Bogotá, Colombia. Pp 55-62. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php>. (5/11/07)
- Díaz González Anaya, E. Rodríguez Campuzano, M. Moreno Rodríguez, D. Frías Arroyo, B. Rodríguez Cervantes, M. Barroso Villegas, R. Robles Montijo, S. (2005). "Descripción de un instrumento de evaluación de competencias

- funcionales relacionadas con el VIH-SIDA". *Psicología y Salud*, Vol. 15, nº 1. Pp 5-12. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115101.pdf>. (15/10/07)
- Floréz Alarcón, L. (2004). "Psicología de la Salud". Disponible en: [www.psicologiacientifica.com](http://www.psicologiacientifica.com). (01/12/07).
  - García Lahera, C. Álvarez Yabor, V. Lozano Lavernia, M. (2001). "¿Qué saben nuestros estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual?" *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología* v.39, n.1. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php> (15/10/07)
  - García Martínez, A. (2005). "Educación y prevención del SIDA". *Anales de psicología*, vol. 21, nº 1 pp. 50-57. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v21/v21\\_1/06-21\\_1](http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/06-21_1). (01/12/07).
  - Mosquera, J. y Mateus, J. (2003). "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, HIV-sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes". *Colombia Médica*, Vol. 34, número 004. Pp 206-212. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdf>. (8/10/07)
  - Organización Mundial de la Salud (2000). "Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo Decenio". Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/docs/hivsurveillance/text\\_es](http://www.who.int/reproductive-health/docs/hivsurveillance/text_es). (01/12/07).
  - Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en: <http://www.eps-salud.com.ar/glosariooms.htm>. (15/10/07)
  - Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). "Informe sobre la salud en el mundo". Cap. 3: VIH/SIDA- Resistir a un agente mortífero. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/index.html>. (01/12/07)
  - Rodríguez, F. Primo, S. Martínez Calvo, E. Sánchez, M. (2006). "Sida/ ETS y sexualidad en ingresantes universitarios". *Ciencia, Docencia y Tecnología*, noviembre, año/vol. XVII, nº 033. Universidad Nacional de Entre Ríos. Concepción del Uruguay, Argentina. Pp 135-150. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf>. (26/11/07)
  - Saez Uribarri, I. y Guijarro Santamaría, C. (2000) "Actitudes y experiencia sexual en mujeres jóvenes". *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, Vol. 9,

- Santín Vilariño, C. Torrico Linares, E. López López, M. Revilla Delgado, C. (2003). "Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de ETS en jóvenes". *Anales de psicología*, Vol. 19, nº1, pp. 81-90. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_1/08-19\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/08-19_1.pdf). (15/10/07)
- nº 1.Pp 73-90. Disponible en: [http://cogprints.org/5382/1/Sexualidad\\_Euskadi](http://cogprints.org/5382/1/Sexualidad_Euskadi). (27/11/07).

## INDICE GENERAL

Agradecimientos.....	2
Introducción.....	5
Marco teórico.....	8
Estudio Empírico.....	29
Resultados .....	36
Discusión.....	63
Conclusión.....	69
Bibliografía.....	72
Anexos.....	78



## AGRADECIMIENTOS

Retroceder en el tiempo y repensar el proceso que venimos realizando en este trabajo nos sitúa en el momento en el que las tres nos reunimos en un mismo proyecto; teniendo sin embargo, caminos ya recorridos y desertados por diferentes motivos. Era necesario, entonces, renovar fuerzas, volver a empezar... ¿y por dónde? Justamente en la búsqueda de aquella persona que nos proporcionó, en aquel momento y siempre, la orientación y el apoyo necesarios para recorrer el último tramo de esta carrera. Quisiéramos agradecer entonces, en primer lugar, a nuestra Supervisora la Dra. Claudia Castañeiras: por su entrega para guiarnos en el desarrollo de este proyecto, por enseñarnos con tanta pasión (y paciencia) y por ser para nosotras un modelo de profesional, no sólo por sus conocimientos sino también por su calidad humana.

Además existen muchas personas que desde diferentes lugares nos han ayudado desinteresadamente para que nosotras hoy, podamos pensar en ellas como parte de este logro.

Agradecemos a nuestras familias que nos han brindado su apoyo desde el afecto, dándonos fuerzas. Agradecerles que sin conocer nuestros tiempos, supieran adaptarse a ellos, comprendiendo nuestras ausencias y la prioridad que fue para nosotras siempre este trabajo.

En igual sentido, agradecerles a todos nuestros amigos y amigas por haber hecho honor a ese rol: alentando, entendiendo, sosteniendo, acompañando. Y por lo genuina de esa compañía que muchas veces se

circunscribió a cebarnos un mate y “prestar la oreja”. Se suma también aquí el hecho de habernos ayudado respondiendo cuestionarios que funcionaron como pruebas piloto del mismo.

A nuestros compañeros y jefes de trabajo por haber contemplado muchos cambios de horarios y reemplazos a último momento.

A todos los estudiantes que implicándose con el tema, voluntariamente contestaron los cuestionarios, brindándonos la información esencial para hacer esta investigación. A los profesores que nos permitieron tomar varios minutos de sus clases y generalmente desde un interés genuino por nuestro proyecto.

A Eduardo y Verónica por habernos asesorado de manera impecable respecto de búsquedas bibliográficas y por su excelente trato y atención para con nosotras.

A Marcelo y su equipo por habernos hecho más de 4000 fotocopias en tiempo récord y por habernos realizado un descuento en las mismas.

A la Lic. Bakker por su buena predisposición en la corrección de nuestro anteproyecto.

Al Médico Carlos Zala por la pronta respuesta a nuestro mail y por interesarse en nuestra investigación.

A los diferentes especialistas: Dra. Ma. Florencia Almirón, Dr. Marcelo Gañete y Dr. Rafael Ballester Arnal, que amablemente brindaron sus aportes para la construcción del instrumento diseñado.

Y muy especialmente...a la familia Rodriguez por cedernos el espacio físico en el que fue realizada esta investigación y por la atención brindada durante todos los meses de trabajo.

## INTRODUCCIÓN

La sexualidad puede ser entendida como una dimensión fundamental en la evolución del ser humano, cuyo ejercicio saludable es esencial para la formación integral de las personas. Sustentada en lo relacional incluye dimensiones comunicativas, afectivas, de placer y reproductivas, y su desarrollo comprende no sólo aspectos biológicos sino también importantes factores psicológicos y sociales (Men, 1993). La salud sexual integra los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales, y sociales del ser sexual para lograr su bienestar. Fundamental en este concepto es el derecho a la información y al placer sexual (OMS, 1975).

Como estudiantes de Psicología hemos observado durante nuestra formación que la disciplina psicológica se ha ocupado tradicionalmente de dar respuesta al déficit y la patología aportando un importante cuerpo de conocimientos teóricos y técnicos en esta dirección, y en cambio se han estudiado en menor medida los aspectos saludables en la población general. De este modo la elección del tema que se presenta se derivó del interés compartido por reducir esta brecha déficit-salud en el área de la sexualidad, e incluir el estudio de aspectos a partir de los cuales se podría trabajar en la promoción de una sexualidad satisfactoria y segura tanto como en la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Asimismo nos vimos en la necesidad de ir acotando nuestro tema, y comprendimos que el aporte que podíamos hacer debía priorizar alguna de estas enfermedades para poder alcanzar mayor exhaustividad. El HIV-SIDA surgió como

preponderante por varios motivos; en primer lugar por ser una enfermedad que podría mejorar sus niveles de prevención a partir de la adopción de conductas sexuales protegidas, y en segundo lugar por la forma en que el virus continúa proliferándose a pesar de su amplia difusión. Esto nos condujo a pensar que desde nuestra disciplina debían generarse aportes y dentro de ella el estudio de la información, actitudes y comportamientos podría ser el comienzo para la comprensión de los interrogantes que se habían planteado.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos de la Psicología también es dar cuenta y promover las condiciones de bienestar y salud de los individuos, consideramos que el abordaje de los problemas de sexualidad humana debería ser –en este marco– una de sus prioridades. En este escenario, la transmisión del HIV-SIDA por vía sexual representa un factor de riesgo para la población juvenil ya que a pesar de su gran difusión no se ha podido controlar la epidemia que aún supone en términos de prevención.

Al iniciar este trabajo, no se contaba con registros locales que indagaran las relaciones entre conocimientos, actitudes y tipos de comportamientos/prácticas sexuales. La evolución que ha tenido el HIV-SIDA en el contexto mundial refleja notablemente que la epidemia no sigue un curso uniforme en todas las sociedades; de hecho, se presenta en diferentes zonas geográficas y afecta a distintos subgrupos de la población de manera diversa en diferentes momentos (OMS, 2000).

Es por ello que junto con una exhaustiva búsqueda bibliográfica se consideró como una decisión necesaria contar con un estudio empírico que

aportara datos sobre este tema en nuestra ciudad, y que tuviera capacidad de transferencia social tanto para la prevención de esta enfermedad como para la promoción de la salud sexual en los jóvenes.

La presentación seguirá el siguiente orden: el primer capítulo corresponde al marco teórico en el cual se desarrollan los conceptos trabajados, y se exponen los principales antecedentes en el tema. En el capítulo siguiente se especifican las características metodológicas de la investigación en función de los objetivos e hipótesis planteadas. A continuación se detallan los resultados obtenidos con la realización del estudio empírico. Finalmente se discuten los resultados y se presentan las conclusiones de este trabajo, sus alcances y limitaciones, así como los aspectos que sería necesario considerar en futuros estudios sobre el tema.

## MARCO TEÓRICO

Las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), también conocidas comúnmente con el nombre de enfermedades venéreas (World Health Organization, 2005), representan un grupo generalmente asintomático de padecimientos infecciosos, y constituyen un problema de salud pública de importancia en la mayoría de los países. Entendiendo que desde una concepción biopsicosocial del ser humano, se fundamenta la complementariedad de la naturaleza biomédica y psicosocial de la dinámica que regula los procesos de salud-enfermedad en las personas, el estudio que se presenta tuvo como propósito investigar un conjunto de factores de naturaleza psicosocial relacionados con la problemática del HIV-SIDA en nuestra comunidad.

Sin lugar a dudas, esta enfermedad constituye un fenómeno mundial que expone una situación paradójica, ya que a pesar de su gran repercusión social, la amplia difusión con la que se cuenta, y los avances científicos y tecnológicos sobre su naturaleza, diagnóstico y tratamiento, las recomendaciones para prevenir su contagio han resultado en general poco efectivas hasta la actualidad, y sobre todo en los jóvenes, franja poblacional en la que persisten las prácticas sexuales de riesgo (Díaz González et. al., 2005).

El HIV-SIDA es una enfermedad de transmisión sexual que puede ser entendida como un proceso dentro del cual el Síndrome de

Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una etapa avanzada de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia (HIV). Este virus deja sin defensas al organismo, actuando sobre el sistema inmunológico del ser humano (Ministerio de Salud de la Nación, 2005). Se han identificado dos formas del virus del SIDA, llamadas HIV tipo 1 (HIV-1) y HIV tipo 2 (HIV-2). Si bien ambas son capaces de provocar la enfermedad, las dos formas del virus presentan importantes diferencias. Mientras que el HIV-1 se ha propagado rápidamente por todo el mundo, el HIV-2 se halla restringido fundamentalmente al África oriental, siendo muy raros los casos de infección por este virus fuera de esa región geográfica. Además el HIV-2 se transmite con menor eficiencia que el HIV-1 y es menos patogénico, ya que la enfermedad que provoca requiere períodos de incubación más prolongados, y una vez establecida progresa más lentamente que la enfermedad causada por el HIV-1 (Affranchino, 2007).

La investigación sobre el origen de los HIV ha proporcionado avances importantes sobre su naturaleza y los mecanismos de transmisión a la población humana, y el análisis de muestras humanas conservadas en laboratorio ha permitido rastrear la presencia del virus ya desde 1959. Más aún, los estudios realizados sobre la velocidad con la que evoluciona genéticamente el HIV-1 indican que la transmisión de chimpancés a humanos del VIScpz pudo haber ocurrido a comienzos del siglo XX, y que el virus debió adaptarse al nuevo hospedador y evolucionar hasta adquirir las características biológicas y la capacidad patogénica exhibidas por el HIV-1 generador de la epidemia. También se considera que otros factores no

relacionados con el virus pero referidos a los cambios socioculturales y económicos experimentados por la población humana a lo largo del siglo XX, influyeron seguramente en la propagación del virus (Affranchino, op.cit.).

Los mecanismos de contagio interhumanos se conocieron poco después de identificarse el HIV como agente etiológico del SIDA, el cual fue inicialmente descrito en 1981 en los Estados Unidos, sobre la base de los síntomas observados en un grupo de homosexuales; aunque luego fue encontrado también en otros grupos humanos como hemofílicos o individuos que utilizaban drogas por vía endovenosa. Se advirtió que el SIDA era principalmente una enfermedad de transmisión sexual que no se hallaba relacionada con el tipo de orientación sexual, y se demostró así que la transmisión del HIV ocurría a través del contacto de fluidos corporales infectados, tales como sangre, semen o secreciones vaginales, con regiones dañadas de la piel o las mucosas; el HIV podía transmitirse también en forma vertical, esto es, de una madre infectada a su hijo (Affranchino, op.cit.).

Los niveles de ácido ribonucleico (ARN) viral en muestras de plasma de personas infectadas han demostrado correlación con la transmisión sexual de HIV. En un estudio de parejas inicialmente llamadas serodiscordantes, donde un miembro de la pareja está infectado y el otro no, Quinn y colaboradores demostraron una asociación estadísticamente significativa entre los niveles plasmáticos de HIV ARN en el miembro donante y el riesgo de infección en el receptor. Los máximos niveles de ARN viral plasmático ocurren durante las semanas siguientes a una nueva

infección y esto determina un período de alta transmisión (Zala, 2007). Estos hallazgos junto con la eficacia de los tratamientos para reducir los niveles de ARN viral en el plasma de los infectados, destacan la importancia del diagnóstico precoz y del acceso universal al tratamiento, no sólo para mejorar la calidad de vida de los infectados sino también para reducir la expansión de la epidemia. Otro canal de transmisión lo constituye el grupo de mujeres de edad reproductiva; aunque el pasaje transplacentario del HIV es posible desde los comienzos de la gestación, se acepta que la mayor parte de las infecciones neonatales ocurren hacia su final, durante el trabajo de parto y la lactancia materna.

Básicamente el diagnóstico de la infección por HIV se basa en la detección de anticuerpos circulantes dirigidos a diversas estructuras de la partícula viral. Las técnicas de enzimoimmunoensayo (ELISA) de reciente generación permiten detectar anticuerpos y antígenos en plasma con niveles de sensibilidad y especificidad superiores al 99%. La práctica habitual consiste en confirmar un estudio positivo con una segunda técnica que incluya el Western blot o la amplificación de productos virales con la técnica de PCR de reacción en cadena de la polimerasa (Zala, op.cit.).

Las técnicas ELISA y Western blot no se deben confundir con las de “carga viral” que miden la cantidad de virus presente en la sangre y no se utilizan para el diagnóstico sino para supervisar el tratamiento de los pacientes con HIV o SIDA (Ministerio de Salud de la Nación, 2005). Sin embargo, aquellos individuos que han estado expuestos al HIV recientemente y que tienen síntomas consistentes con la infección aguda por HIV pueden solicitar una

prueba de carga viral. Este análisis logra ayudar a identificar la infección con el HIV durante el "período ventana" (primera etapa de la infección en que la cantidad de anticuerpos generados por el organismo no es detectable por las pruebas de laboratorio), antes que se desarrollen los anticuerpos anti-HIV, sin embargo, en definitiva será necesario hacer un análisis de anticuerpos para confirmar los resultados de la prueba de carga viral (Fundación AIDS, 2007).

Una vez confirmado el diagnóstico, se suele identificar un continuo del HIV que es representativo de la experiencia de muchas personas infectadas. Si bien la evolución temporal de las distintas etapas es variable en cada individuo, el progreso de la enfermedad es relativamente lento, y lleva varios años desde la infección hasta desarrollar una depresión inmunológica grave. Una vez que una persona se ha expuesto al virus, el HIV entra en el torrente sanguíneo y reside en las células, este es el momento en el que ocurre la infección.

La infección primaria o aguda es la primera etapa de la enfermedad, generalmente dura de una a dos semanas, cuando el virus se instala por primera vez en el cuerpo. Algunos investigadores usan el término infección aguda con HIV para describir el período de tiempo (generalmente de 6 a 12 semanas) entre la infección y el desarrollo de anticuerpos, proteínas que el sistema inmunológico produce en respuesta a la infección contra el virus (Fundación AIDS, op.cit.).

Hasta un 70% de las personas recién infectadas experimentarán síntomas "similares a los de la gripe" durante esta etapa. Estos síntomas

pueden incluir fiebre, escalofríos, sudores nocturnos y erupciones en la piel. Después, la persona infectada vuelve a verse y a sentirse completamente bien. El 30% restante de las personas no tiene síntomas de infección aguda o éstos son leves. Debido a las características generales de estos síntomas, los mismos pueden deberse a otros motivos y no al HIV, como por ejemplo a una gripe (Fundación AIDS, op.cit.).

Durante la infección aguda del HIV, el virus llega hasta los ganglios linfáticos, proceso que tarda de tres a cinco días. Luego se replica activamente (hace copias de sí mismo) y libera partículas virales nuevas al torrente sanguíneo. Esta explosión de replicación rápida del HIV generalmente se extiende durante dos meses. Las personas tienen una "carga viral" (cantidad de virus en el cuerpo) muy alta durante esta etapa y la conversión serológica se refiere al momento en que el sistema inmunológico de una persona HIV positiva responde a la infección mediante la producción de anticuerpos contra el virus; esto sucede generalmente luego de los tres meses de haberse infectado. De hecho, un período ventana de tres meses entre la infección y la producción de anticuerpos es común para la mayor parte de la población. Muy raramente (sólo en unos pocos casos o nunca), una persona puede tardar hasta seis meses en desarrollar anticuerpos. Se puede presentar una etapa asintomática durante la cual las personas infectadas se siguen viendo y sintiendo bien, y lo único que indica la infección con el HIV es el resultado positivo en la prueba de anticuerpos y posiblemente la inflamación de los ganglios linfáticos. A pesar de que una persona infectada puede parecer perfectamente sana, el HIV está activo y

durante esta etapa, continúa debilitando el sistema inmunológico. Este daño se puede observar en los análisis de sangre antes de que se experimenten los síntomas (Fundación AIDS, op.cit.).

Cuando el sistema inmunológico se ve comprometido por la infección con HIV comienza la etapa sintomática temprana y media en la cual aparecen síntomas leves, como erupciones en la piel, fatiga, sudores nocturnos, pérdida de peso, úlceras en la boca, infecciones por hongos en la piel y en la uñas. Si bien el pronóstico es variable y depende de distintos factores, hay consenso entre los especialistas en considerar que transcurren de 5 a 7 años para que aparezcan estos primeros síntomas leves (Fundación AIDS, op.cit.).

A medida que la enfermedad avanza, algunas personas pueden enfermarse mucho, aunque no hayan sido diagnosticadas con SIDA (la etapa tardía de la enfermedad por HIV). Los problemas típicos incluyen candidiasis oral o vaginal crónica, lesiones herpéticas recurrentes en la boca o en los genitales, fiebres continuas, diarrea persistente y pérdida significativa de peso. Estos síntomas no son necesariamente específicos del HIV o del desarrollo de SIDA, sin embargo deben ser motivo de preocupación para la gente que es HIV positiva, ya que generalmente la ocurrencia de estos síntomas es compatible con un daño considerable en el sistema inmunológico (Fundación AIDS, op.cit.).

Las personas infectadas han desarrollado el SIDA cuando presentan un conjunto de signos y síntomas (síndrome) que indican que sus defensas están disminuidas (inmuno deficiencia) porque se contrajo el virus

(adquirida). Esta constituye la etapa tardía de la enfermedad donde aparecen las llamadas "enfermedades oportunistas" causadas por organismos que generalmente no producen enfermedad en personas con un sistema inmunológico normal. Entre las más frecuentes se encuentran las afecciones pulmonares, dérmicas y diversos tipos de cáncer. A ello se suman los efectos directos del virus en el organismo que incluyen trastornos en el sistema nervioso y en el aparato digestivo (Ministerio de Salud de la Nación, op.cit.).

De acuerdo con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), se puede dar un diagnóstico de SIDA a una persona HIV positiva que tenga un recuento de CD4 menor que 200/mm<sup>3</sup> ó antecedentes de una "enfermedad definitoria de SIDA" (como una de las infecciones oportunistas mencionadas). Es importante tener en cuenta que esta definición de SIDA puede aplicarse a personas HIV positivas que nunca experimentaron síntomas de enfermedad por HIV.

No se conoce con seguridad si todas las personas infectadas con HIV finalmente desarrollarán el SIDA, aunque los estudios demuestran que la mayoría de las personas que no reciben tratamiento, se enfermarán en algún momento. Sin embargo, con cuidados médicos rutinarios y la atención de otros factores relacionados con el estilo de vida, muchos supervivientes a largo plazo han estado viviendo con el HIV durante más de 20 años (Fundación AIDS, op.cit.).

En cuanto a la terapéutica, a diez años de la introducción clínica de la terapia combinada para el tratamiento de la infección por HIV, se han obtenido logros formidables y dificultades emergentes que imponen un desafío para pacientes, médicos y agentes de salud pública. Entre los logros, el desarrollo de 22 drogas activas sobre la replicación del HIV permitió revertir la progresión de la inmunodeficiencia y restaurar la calidad de vida de miles de personas que viven con HIV, al menos en países que cuentan con el acceso a los medicamentos. Entre las principales dificultades y limitaciones, se encuentran los efectos colaterales y la toxicidad de las drogas a largo plazo, la resistencia del virus a los medicamentos, y la falta de constancia para mantener la adherencia al tratamiento, que afecta la eficacia de los protocolos terapéuticos, e imponen una limitación significativa al beneficio de su administración. En este contexto, la investigación de nuevas drogas y nuevas estrategias terapéuticas debe continuar (Zala, op.cit.).

El principio del tratamiento se fundamenta en la capacidad de la combinación de un conjunto de drogas (AZT, didanosina, estavudina, lamivudina, emicitravina y tenofovir) para inhibir la replicación del HIV. Este efecto se puede cuantificar en la magnitud de la reducción de los niveles de ARN viral en muestras de sangre periférica. Idealmente, el objetivo del tratamiento es alcanzar y mantener en el tiempo niveles de ARN viral inferiores a 50 copias por milímetro de plasma. La reducción efectiva y persistente de los niveles plasmáticos de HIV (carga viral) permite el incremento de los linfocitos T CD4 que son el principal blanco de la

replicación viral. Las combinaciones de antirretrovirales actualmente disponibles permiten obtener niveles no detectables de carga viral plasmática durante al menos un año en más del 50% de las personas tratadas y un aumento promedio de cien linfocitos T CD4 en el mismo período de observación (Zala, op.cit.).

El momento oportuno para iniciar el tratamiento en el curso de la enfermedad es aún motivo de debate. Estudios en Norteamérica y en Europa fundamentaron la recomendación de diferir el inicio de la terapia hasta que los niveles de linfocitos T CD4 alcancen un recuento inferior a las 200 células/mm<sup>3</sup>, o cuando el paciente presenta síntomas clínicos de la inmunodeficiencia independientemente del recuento de células CD4. Un estudio reciente en Argentina (Zala, 2008) ha demostrado que a pesar de la disponibilidad de medicación específica y exámenes de laboratorio sin cargo en los hospitales públicos, un 30% de los pacientes accede tardíamente a los tratamientos. Las razones que se asocian a este fenómeno incluyen la combinación de factores psicosociales, socioeconómicos y posibles deficiencias del actual sistema de salud (Zala, op.cit.).

En cuanto al escenario epidemiológico, en el año 1997 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó que la mitad de todas las nuevas infecciones se presentaban en personas menores de 25 años de edad, y que la mayoría se infectaba por vía sexual (Ramiro Caballero-Hoyos, 2003). Durante el año 2006 las infecciones por HIV-SIDA continuaron en aumento. En los últimos años, nuevos focos de la epidemia fueron

identificados en países inicialmente no afectados como China, India, países del este europeo y la ex Unión Soviética. Los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en diciembre del 2006, informaron una prevalencia de 39,5 millones de personas viviendo con HIV-SIDA (PVVS) en todo el mundo; de éstas, 37,2 millones son adultos; 17,7 millones son mujeres y 2,3 millones son menores de 15 años. El total de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006 fue de 4,3 millones, 530.000 casos aproximadamente en menores de 15 años. El total de muertes por HIV-SIDA alcanzó a 2,9 millones de personas; de las cuales 2,6 millones fueron adultos y 380.000 menores de 15 años. Nuevos datos aportados por la OMS para el año 2007 ponen de manifiesto que la prevalencia mundial del HIV, es decir, el porcentaje de personas que viven con el HIV se ha estabilizado, y también señalan que el número de nuevas infecciones ha descendido, en parte como resultado del impacto de los programas de prevención. No obstante, en el 2007 se estimaba que el número de personas infectadas era de 33,2 millones, 2,5 millones de infecciones se habrían producido en ese año y 2,1 millones de personas fallecieron como consecuencia del SIDA en dicho período. La estimación actual de 33,2 millones de personas que viven con el HIV sobre los 39,5 millones informados para el 2006, indica como principal razón de la reducción en las cifras de prevalencia mundial durante el último año, la reciente revisión realizada para la India, junto con las de otros cinco países de África subsahariana correspondientes a la India (Angola, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbawe) que en su conjunto,

contabilizan el 70% de la reducción en la prevalencia del HIV respecto de los datos del 2006 (OMS, 2007).

Los funcionarios del ONUSIDA y la OMS destacan que las nuevas cifras no modifican en absoluto la necesidad de una acción inmediata y un mayor financiamiento para acelerar el acceso universal a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el HIV (OMS, op.cit.).

En América Latina viven aproximadamente 1.800.000 personas infectadas. En Argentina, el Ministerio de Salud calcula que existen 130.000 personas con HIV, y que al menos la mitad de ellas ignora que porta el virus (Zala, 2007). Según expertos de la OMS, el SIDA en Argentina tiene las características de una epidemia concentrada. Esta calificación se aplica a las regiones donde la prevalencia de la infección es mayor del 5% en los llamados grupos de alto riesgo (principalmente hombres homosexuales, usuarios de drogas endovenosas y trabajadores sexuales), y menor de 1% en mujeres embarazadas de áreas urbanas (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005).

Argentina cuenta con una legislación que regula el proceso diagnóstico para la detección del HIV (Ley Nacional del SIDA 23.798). Según datos aportados por el Ministerio de Salud de la Nación durante el año 2005, en nuestro país se constató que el 68,7% de los casos notificados para el período 1982-2004 presentaban infección por vía sexual (Zala, 2007).

La comunidad internacional y las autoridades de salud pública han reconocido la importancia del análisis precoz en el mayor número posible de

sujetos expuestos al HIV, como herramienta para el control de la epidemia. En concordancia con lo anterior, la OMS y ONUSIDA (2007) recomiendan implementar, en países con una epidemia de características “generalizada”, la estrategia denominada opt-out. Esta estrategia sanitaria consiste en incluir de forma proactiva como parte del circuito de salud un análisis de HIV en la rutina de todas las personas que concurren a un centro asistencial por cualquier problema de salud. Así la prueba de HIV se completa en todos los pacientes excepto en quienes los rechacen de forma explícita. El cumplimiento de esta recomendación supone la detección de un número significativo de infecciones asintomáticas. Es importante señalar que su diagnóstico debe garantizar la información pretest, el asesoramiento postest, la confidencialidad y el acceso a la atención médica y tratamiento según corresponda (Zala, op.cit.).

La evolución que ha tenido el HIV-SIDA en el contexto mundial, refleja notablemente que la epidemia no sigue un curso uniforme en todas las sociedades; de hecho, se presenta en diferentes zonas geográficas, y afecta a distintos subgrupos de la población de manera diversa en diferentes momentos (Organización Mundial de la Salud, 2000). Por lo tanto, la información sobre los comportamientos relacionados con la presencia de prácticas de riesgo en la población general, puede ser de gran valor para la elaboración de programas preventivos y de promoción tanto en la toma de decisiones como en su ejecución (Organización Mundial de la Salud, op.cit.). Y, si bien se han logrado avances biomédicos significativos para esta enfermedad, aún las infecciones a nivel mundial superan la cantidad de

personas que pueden recibir tratamiento. En este contexto, la investigación sobre los determinantes de la expansión epidemiológica y los nuevos métodos biológicos para la prevención y el tratamiento deben avanzar en paralelo con programas de intervención dirigidos a reducir los factores psicosociales que aumentan la probabilidad de enfermar, entre los cuales se encuentran el manejo de niveles adecuados de información, junto con la promoción de actitudes y prácticas sexuales de bajo riesgo, como aspectos de primer orden en la población.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS, se señalaba que:

"Es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla. . . .para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social. . . .ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente".

Para lograr verdaderamente esto es imprescindible comprender que el desarrollo de la salud no se puede reducir a la lucha contra la enfermedad ni a las prácticas clínicas tradicionales.

En esta línea y desde nuestra disciplina, la Psicología de la Salud se postula como marco adecuado para el estudio de aquellos factores de carácter psicosocial que participan y modulan la determinación del estado de salud y del riesgo de enfermar, así como las condiciones que favorecen actitudes y prácticas saludables en la población.

Existen varios modelos que desde un enfoque cognitivo se han propuesto para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad. En el abordaje de la prevención del HIV-SIDA se destacan, el modelo de creencias de salud (MCS), el modelo de la acción razonada, el modelo preventivo, el modelo PRECEDE, y el modelo de comportamientos, actitudes y prácticas (CAP) (Soto Mas, Lacoste Marín, Papenfuss & Gutierrez León, 1997).

Para el modelo de creencias de salud (MCS), la hipótesis de base hace referencia a que es la percepción individual la que determina el comportamiento y no el ambiente en el que vive un sujeto. Se parte del supuesto que los seres humanos van construyendo en su evolución y en relación a las circunstancias vitales determinados criterios de valor respecto a lo que consideran saludable o patológico, y también sobre su capacidad para afrontar situaciones de riesgo personal. Entonces, en este modelo el énfasis no está puesto exclusivamente en saturar de información al sujeto, sino en trabajar con él sobre los modos de seleccionar y procesar la información, y en la evaluación que el propio sujeto hace del riesgo percibido (Morales Calatayud, 1997). Este modelo se basa en tres premisas:

- La creencia – o percepción- de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
- La creencia – o percepción- de que uno es vulnerable a ese problema.
- La creencia – o percepción- de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.



De acuerdo con este modelo, la concurrencia simultánea de estos tres factores favorecería la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a preservar o mejorar la salud, a evitar situaciones de riesgo y a prevenir enfermedades (Soto Mas, Lacoste Marín, Papenfuss & Gutierrez León, op.cit.).

En cuanto al tema que nos ocupa, son numerosos los estudios empíricos sobre el conocimiento, las actitudes y/o las conductas de distintos grupos poblacionales en relación al cuidado sexual y a la prevención del HIV. García Lahera, Álvarez Yabor y Lozano Lavernia (2001) realizaron un estudio descriptivo en estudiantes de enseñanza media y superior del municipio de Las Tunas sobre enfermedades de transmisión sexual, y concluyeron que sólo el 27,3 % de los participantes poseía información adecuada al respecto, y que un 52 % tenía conductas de protección en sus relaciones. Mosquera y Mateus (2003) llevaron a cabo un estudio en jóvenes de Palmira, Colombia, con resultados similares en cuanto a la insuficiencia del conocimiento sobre las maneras de infección y sobre las formas de evitar el contagio de las ETS/HIV-SIDA. Además, el estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los métodos de planificación familiar, hecho que se refleja en sus prácticas sexuales.

Sanabria Rojas, Sarmiento Benvenuto y Mesones (1999) se interesaron por determinar los conocimientos y actitudes sobre la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana -HIV- que tenían los estudiantes del cuarto año de medicina al término de los cursos de epidemiología en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en Lima. El

91,6% de las respuestas sobre conocimientos fueron correctas; sin embargo, un 46 % de los estudiantes afirmó que un donante de sangre podía contraer el HIV; un 10 % aceptó que se podía transmitir el HIV de una persona a otra por medio de mosquitos y un 2,5 % afirmó que sólo los hombres homosexuales podían contraer el HIV-SIDA. Ninguno de los encuestados respondió de manera correcta a todas las preguntas. Conviene destacar que un 22 % de los estudiantes se suicidaría si estuviesen infectados por el HIV, aspecto que resultó más frecuente en el sexo masculino.

En la Universidad de Huelva (España), Santín Vilariño, Torrico Linares, López López y Revilla Delgado (2003), realizaron un estudio con el objetivo de identificar la frecuencia y distribución de comportamientos, actitudes y conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos y su relación con conductas de riesgo de transmisión de enfermedades en estudiantes universitarios. Se constataron lagunas e inconsistencias en algunas áreas relacionadas con el uso de anticonceptivos, como por ejemplo el reconocer al preservativo como una importante medida anticonceptiva pero presentando simultáneamente una muy baja frecuencia de uso o el uso incorrecto del mismo. En cuanto a las actitudes predominó la valoración de lo espontáneo del sexo sobre la planificación. También un porcentaje importante de los estudiantes reconoció la necesidad de recibir formación en temas de sexualidad.

Otros estudios que identifican predictores psicosociales de conducta sexual en adolescentes estudiaron conjuntamente los conocimientos, actitudes y la percepción de riesgo ante el SIDA, y exploraron las habilidades

para la prevención en estudiantes de una Universidad pública en Yucatán, México (Citlalli Pérez de la Barrera y Susan Pick, 2006; Villaseñor, Caballero, Hidalgo, & Santos, 2003; Díaz, 2001; Flores-Palacios & Leyva-Flores, 2003; Vera-Gamboa, Sánchez Magallón, Renán & Góngora-Biachi, 2003-2004). Respecto a los conocimientos generales sobre el SIDA, el 98% contaba con suficiente y adecuada información. Sin embargo un 9% tenía ideas erróneas o refirió no saber sobre los mecanismos de transmisión, y concretamente el 24% no consideraba el sexo oral como una de las formas posibles de transmisión. Los autores concluyen que los jóvenes cuentan con información sobre el SIDA, pero la falta de percepción de riesgo obstaculiza la labor de prevención.

Un estudio realizado en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Santa María la Antigua sobre HIV-SIDA, se propuso estudiar la asociación entre los niveles de conocimientos y los comportamientos de riesgo de contraer la enfermedad en esta población (Fajardo, 2006). Los resultados obtenidos no apoyan la existencia de una relación significativa entre estos constructos, ya que, tanto el conocimiento evidenciado como el comportamiento de riesgo son bajos. Sin embargo resulta de interés que el 4% de la muestra manifestó no haber utilizado ningún método anticonceptivo/preservativo durante alguna relación sexual ocasional, cerca de un 15% de la muestra informó haber sentido temor de haberse contagiado de HIV en el último año, y sólo un 16% se había realizado alguna vez la prueba para el diagnóstico del HIV. Asimismo, se determinó que el

comportamiento de riesgo y el nivel de conocimiento no presentaban un nivel de asociación significativo.

En nuestro país, Rodríguez, Primo, Martínez Calvo y Sánchez (2006) realizaron una encuesta sobre ETS/SIDA y sexualidad a 660 ingresantes de la cohorte 2003 de la Universidad Nacional de Entre Ríos. La mayoría de los jóvenes entrevistados informó haber comenzado su actividad sexual entre los 12 y los 17 años. No todos asumieron un uso constante de preservativo en sus relaciones sexuales, e incluso, dentro del grupo que utiliza preservativos, el motivo principal para un 54% era evitar embarazos y sólo en un 34% prevenir la transmisión del SIDA. Dichos autores expresan:

“Observamos por un lado, respuestas de gran preocupación por la temática SIDA e incluso de cierta información sobre su prevención – especialmente por vía sexual-, pero por otro lado, cuando exploramos las prácticas sexuales, aparecen disociaciones entre conocimientos y conductas, indicadoras de una baja toma de conciencia del riesgo y una pobre actitud de cuidado hacia sí y hacia el compañero sexual”.

Los autores concluyen que un desafío pendiente en las tareas de prevención y promoción de la salud es considerar los canales de comunicación por los que la información llega a los jóvenes; ya que la viabilidad de acciones de prevención, educación y asistencia continuadas requiere tener en cuenta los cambios culturales, económicos y políticos que favorezcan un entorno adecuado y efectivo para su concreción.

Mas Colombo, Risueño y Motta (2003) realizaron una investigación en la que indagaron la pertinencia de la información recibida por los estudiantes a

través de diversos medios, el conocimiento con el que contaban respecto al HIV-SIDA y las conductas de riesgo, así como la auto-percepción que tenían de dichas conductas. Los resultados indicaron que había un desconocimiento significativo sobre la temática HIV-SIDA en los estudiantes universitarios, acompañado por la falta de auto-percepción respecto de las conductas de riesgo y su relación con el aumento de la posibilidad de contagio. Entre los resultados obtenidos en este estudio se destaca la falta de conocimiento acerca de las fuentes de contagio y de la utilización adecuada del preservativo como método preventivo. También se encontró una tendencia similar a otras investigaciones, en las respuestas que asocian el uso del preservativo mucho más con el control de natalidad que con la prevención de ETS.

En relación a las conductas se han identificado por un lado, aquellas que conllevan riesgo de contagio del virus y por otro, todas aquellas condiciones que podrían aumentar las posibilidades de contagio como puede ser una excesiva ingesta de alcohol.

La investigación que se presenta tuvo por objetivo evaluar las relaciones entre los conocimientos sobre el HIV-SIDA, las actitudes hacia la sexualidad y las prácticas/comportamientos sexuales auto-informados en estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata, con el propósito de identificar en qué medida estos aspectos modulan la práctica de una sexualidad saludable. La importancia de indagar estas relaciones radica en considerar el impacto que tiene sobre el manejo de la propia sexualidad, la manera en la que los jóvenes evalúan la experiencia personal, cómo utilizan y elaboran

la información, el conocimiento que disponen sobre este tema, y las actitudes hacia lo que consideran una sexualidad segura o de riesgo.

Consideramos que los resultados de este estudio empírico pueden constituir un avance para la comprensión de una problemática que impacta sin duda sobre la proyección poblacional, y un aporte en cuanto a la capacidad de transferencia en actividades de promoción y prevención dirigidas a estimular una sexualidad segura en la comunidad. Por otra parte favorecerá el conocimiento, las actitudes y las prácticas sexuales que sean compatibles con un ejercicio consciente y saludable de la sexualidad en la población de adultos jóvenes.

## ESTUDIO EMPIRICO

Se presenta a continuación la estructura del estudio empírico realizado, para lo cual se organizará la información en función de los objetivos e hipótesis planteadas. Posteriormente se expondrán los resultados obtenidos.

### Objetivos Generales

1. Estudiar las relaciones entre información sobre HIV-SIDA, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales en una muestra de estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

2. Analizar las variables estudiadas (información, actitudes, comportamientos/prácticas sexuales) como indicadores de aspectos promotores y preventivos de una sexualidad considerada segura (de bajo riesgo).

### Objetivos Específicos

1. Evaluar la cantidad y calidad de la información que disponen los estudiantes universitarios sobre el HIV-SIDA.

2. Analizar las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes.

3. Analizar los comportamientos/prácticas sexuales informados por los estudiantes.

4. Estudiar las relaciones entre información sobre el HIV-SIDA, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales (alto riesgo vs. bajo riesgo<sup>1</sup>) en los estudiantes universitarios.

5. Evaluar la presencia de diferencias estadísticamente significativas para las variables sexo y orientación sexual.

6. Estudiar las diferencias en las variables evaluadas (información, actitudes y comportamientos/prácticas sexuales) en función de la carrera universitaria de procedencia (formación académica relacionada con la salud vs. no relacionada con la salud).

### Hipótesis de Trabajo

1. Aquellos estudiantes universitarios que dispongan de información más adecuada (suficiente y correcta<sup>2</sup>) sobre el HIV-SIDA manifestarán actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales consideradas de bajo riesgo.

2. Aquellos estudiantes universitarios que dispongan de información inadecuada (escasa e incorrecta), sobre el HIV-SIDA manifestarán actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales consideradas de alto riesgo.

---

<sup>1</sup> La variable riesgo se utiliza en esta investigación para describir el grado de probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual

<sup>2</sup> Según asesoramiento médico.

3. Las variables sexo y orientación sexual no tendrán una influencia diferencial sobre el conocimiento, las actitudes y los comportamientos/prácticas sexuales de los estudiantes evaluados.

4. Los estudiantes universitarios de carreras relacionadas con la salud (Psicología, Ciencias de la Salud) dispondrán de una información más adecuada sobre el HIV-SIDA que los estudiantes de carreras no relacionadas con la salud (Ingeniería, Ciencias Económicas y Sociales).

### Material y Método

Se realizó un estudio ex post facto, basado en un diseño transversal de comparación intra e intergrupo, con metodología descriptiva y correlacional.

### Muestra

Se trabajó sobre una muestra aleatoria de 262 estudiantes de la Universidad Nacional de Mar del Plata, 64,1% mujeres y 35,9% hombres; con una edad media de 23 años (DS = 6,25), predominantemente solteros (84,7%).

Teniendo en cuenta el contenido y los objetivos de esta investigación, se consideraron dos criterios principales para la composición de la muestra:

1. Estudiantes de carreras con formación en salud (FS) vs. otras formaciones no relacionadas con la salud (FNS), según constara en los planes curriculares correspondientes.

2. Estudiantes que se encontraban en el 3er año de su formación, bajo el supuesto de estar ya familiarizados con los contenidos curriculares previstos en su plan de estudios.

Se estableció el siguiente procedimiento para la selección de los participantes:

1. Se obtuvo información de fuentes oficiales (UNMdP) sobre todas las carreras vigentes en la Universidad Nacional de Mar del Plata;

2. Se identificaron aquellas carreras que tuvieran una formación en salud de las que no la tuvieran, según constara en los planes curriculares respectivos;

3. Se sometió a sorteo el total de carreras asignando un código de identificación a cada una de ellas, y se escogieron las primeras 2 que fueran representativas del grupo de formación en salud -Facultad de Servicio Social y Ciencias de la Salud (carreras de Enfermería y Servicio Social) y Facultad de Psicología (carrera de Psicología)- y las 2 primeras que no estuvieran dirigidas a la formación en temas de salud -Facultad de Ingeniería (carreras de Ingeniería Mecánica, Electrónica e Industrial) y Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (carrera de Contador Público)-siendo un total de 4 carreras;

4. Finalmente se sortearon las asignaturas del tercer año de dichas carreras para determinar aquellas que formarían parte del estudio empírico. Así quedaron seleccionadas: Investigación en Servicio Social I (Servicio Social), La Enfermería y la Familia en Desarrollo (Enfermería), Psicología Cognitiva (Psicología), Termodinámica (Ingeniería Mecánica), Probabilidad y Procesos Estocásticos (Ingeniería Electrónica), Materiales Industriales (Ingeniería Industrial) y Derecho Privado (Ciencias Económicas).

La muestra final presentó la siguiente distribución: 73 estudiantes (27,9%) de la carrera de Contador Público; 57 estudiantes (21.8%) de la carrera de Ingeniería; 73 estudiantes de la carrera de Psicología (27,9%) y 59 estudiantes (22,5%) de las carreras de Enfermería y Servicio Social.

### Instrumentos

Se aplicó el siguiente protocolo (ver Anexo 1):

1. Registro de datos básicos: para obtener información sobre las variables socio-descriptivas de los participantes (sexo, edad, estado civil, ocupación, facultad, carrera, año de ingreso y curso actual).

2. Protocolo diseñado específicamente para esta investigación en un formato combinado<sup>3</sup> (respuestas abiertas, de opción múltiple y escala Likert) con el objetivo de indagar sistemáticamente y en tres módulos diferenciados, el tipo y grado de conocimiento sobre HIV-SIDA (1er módulo), opiniones y

---

<sup>3</sup> Para la elaboración del protocolo se realizó una búsqueda bibliográfica sobre medidas de los constructos incluidos en esta investigación; complementariamente este grupo de trabajo generó nuevos ítems y modificó algunos de los aportados por otros estudios en el tema.

actitudes hacia la sexualidad (2do módulo), y prácticas/comportamientos sexuales personales de los estudiantes (3er módulo).

En cuanto a las principales variables que se evaluaron en esta investigación, se operacionalizó la variable *Conocimiento* como la cantidad y calidad de la *información* que el sujeto poseía sobre el tema de HIV-SIDA, a través de 34 preguntas con respuestas de opción múltiple. *Las actitudes hacia la sexualidad* hacen referencia a la disposición psicológica adquirida que lleva al individuo a responder y a reaccionar de un modo característico frente a estímulos sexuales. Se operacionalizó a través de las respuestas de los participantes a un conjunto de 38 afirmaciones sobre sexualidad en una escala tipo Likert donde 1 = “totalmente en desacuerdo” y 6 = “totalmente de acuerdo”.

El componente conductual se indagó a través de la variable *Comportamientos/prácticas sexuales* e incluyó 39 preguntas referidas a la experiencia sexual de los estudiantes y a sus prácticas/comportamientos sexuales.

Para la elaboración del instrumento utilizado se contó con el asesoramiento de la Dra. Ma. Florencia Almirón (H.I.G.A. Luisa C. de Gandulfo, Buenos Aires) y del Dr. Marcelo Gañete (H.I.G.A. Evita de Lanás, Buenos Aires). También se contó con la colaboración y el asesoramiento del Dr. Rafael Ballester Arnal (Universidad Jaume I de Castellón, Director de UNISEXSIDA, España).

Se adjunta un ejemplar de dicho protocolo en el apartado de Anexos.



## Procedimiento

En primer lugar se gestionaron las autorizaciones correspondientes ante la Secretaría de Investigación de la Facultad de Psicología de la UNMdP para la realización del trabajo de campo. Posteriormente se llevó a cabo un primer contacto con los docentes a cargo de las asignaturas seleccionadas con el fin de presentar formalmente el proyecto de investigación y de acordar días y horarios posibles para la administración del protocolo.

Se realizaron administraciones colectivas (por curso), bajo consentimiento informado de los estudiantes. Una vez finalizada esta etapa se comenzó con el tratamiento de los datos y el análisis cuantitativo y cualitativo de la información.

## RESULTADOS

Se aplicó un procedimiento combinado de análisis cuantitativo y cualitativo en función de la naturaleza de las respuestas.

Se analizaron en primer lugar las respuestas dadas por los participantes a las primeras 5 preguntas como línea base para la administración del protocolo respecto de sus valoraciones sobre la información sexual necesaria y disponible, y sobre aquellos aspectos asociados a la probabilidad de ejercer una sexualidad segura:

1. ¿Es posible mantener una sexualidad segura? el 90% de la muestra respondió afirmativamente a esta pregunta. Se realizó un análisis de contenido de las respuestas y se identificaron las principales categorías sustantivas para las respuestas afirmativas y negativas respectivamente (prueba  $X^2$ ). En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos.

**Tabla 1.** Distribución porcentual de respuestas por categorías sustantivas (criterio formación académica/sexo)

<b>Categoría</b>	<b>Tasa de respuestas (%)</b>	
¿Es posible una sexualidad segura?	Salud	no salud
Varones	83,3	90
Mujeres	91,7	87,5
¿Qué entiendes por sexualidad segura?		
<b>Conocer y usar métodos anticonceptivos/preservativos*</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
<b>Varones</b>	<b>66,7</b>	<b>44,9</b>
<b>mujeres</b>	<b>58,5</b>	<b>66</b>
Sin riesgo de contraer alguna ETS	Salud	no salud
Varones	58,3	51,3
Mujeres	50	53,2
<b>Sin riesgo de embarazo no deseado*</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
<b>Varones</b>	<b>25</b>	<b>19,2</b>
<b>mujeres</b>	<b>28</b>	<b>14,9</b>
Mantener relaciones con persona conocida/pareja estable	Salud	no salud
Varones	0	15,4
mujeres	10,2	8,5
Actuar con responsabilidad, conciencia y consentimiento	Salud	no salud
Varones	16,7	9
Mujeres	18,6	14,9
Cuidarse uno mismo y cuidar al otro (respeto)	Salud	no salud
Varones	0	6,4
Mujeres	18,6	8,5
Estar educado/informado	Salud	no salud
Varones	0	5,1
Mujeres	9,3	6,4
Mantener relaciones sexuales en libertad, sin culpa	Salud	no salud
Varones	8,3	1,3
Mujeres	2,5	2,1
<b>Tener conocimiento de uno mismo (desarrollo personal, orientación sexual, etc.) *</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
<b>Varones</b>	<b>0</b>	<b>5,1</b>
<b>Mujeres</b>	<b>0,8</b>	<b>0</b>
Tener relaciones con personas sanas	Salud	no salud
Varones	8,3	2,6
Mujeres	0,8	0
Realizarse controles médicos	Salud	no salud
Varones	0	1,3
Mujeres	1,7	4,3

\* Asociaciones estadísticas significativas por sexo ( $p < 0,05$ )

En cuanto al tipo de información que los estudiantes consideraban básica para el manejo de la sexualidad, se encontraron las siguientes respuestas (ver Tabla 2).



**Tabla 2.** Distribución porcentual de respuestas sobre información necesaria para el manejo de la sexualidad (criterio formación académica/sexo)

Tipo de información	Tasa de respuestas (%)	
	salud	no salud
Métodos anticonceptivos/preservativos		
Varones	75	69,9
Mujeres	78,3	82,2
Sobre ETS		
Varones	66,7	45,2
Mujeres	50,4	48,9
La ofrecida por padres, médicos, maestros y medios de comunicación		
Varones	8,3	9,6
mujeres	12,2	13,3
<b>Anatomía y funcionamiento del cuerpo *</b>	<b>salud</b>	<b>no salud</b>
<b>Varones</b>	<b>16,7</b>	<b>5,5</b>
<b>Mujeres</b>	<b>13</b>	<b>6,7</b>
Conocimiento y/o afecto a la persona con la que se tienen relaciones		
Varones	0	8,2
Mujeres	2,6	2,2
Sobre riesgos si no se utiliza protección		
Varones	8,3	4,1
Mujeres	3,5	6,7
La que se obtiene de realizarse controles médicos		
Varones	0	4,1
Mujeres	7	2,2
<b>Sexualidad en general **</b>	<b>salud</b>	<b>no salud</b>
<b>Varones</b>	<b>16,7</b>	<b>1,4</b>
<b>Mujeres</b>	<b>7,8</b>	<b>0</b>
Conocimiento de uno mismo		
Varones	0	1,4
Mujeres	0,9	4,4
Salud de la persona con la que se mantienen relaciones		
Varones	0	0
Mujeres	0	2,2
Éticos, religiosos y morales		
Varones	0	4,1
Mujeres	1,7	2,2

\* Asociaciones estadísticas significativas por sexo ( $X^2$ ;  $p < 0,05$ )

\*\* Asociaciones estadísticas significativas por sexo ( $X^2$ ;  $p < 0,01$ )

Sobre la información recibida hasta el momento de esta investigación, un 96,2% de la muestra declaró estar informada sobre temas de sexualidad y predominantemente sobre métodos anticonceptivos (95,4%), SIDA (94,3%) y ETS (88,4%).

Las principales fuentes de información a las que los estudiantes recurren por estos temas son los amigos (62,6%), la familia (50,4%), los profesores/instituciones académicas (42,4%), los medios masivos de comunicación (41,6%), la pareja (35,1%), y en un menor porcentaje aunque no menos importante, la experiencia personal (31,3%). En este apartado, sólo se presentaron diferencias estadísticamente significativas en el ítem *profesores/instituciones académicas*, fuente más consultada por los estudiantes de carreras con formación en salud.

Previo a la administración del módulo correspondiente a la cantidad y calidad de la información disponible sobre ETS, y particularmente sobre HIV-SIDA, el 81,7% de los estudiantes valoraba entre *bueno* y *muy bueno* su nivel de información/conocimiento sobre la prevención del SIDA y un 17,6% como *regular* (ver Tabla 3).

**Tabla 3.** Distribución porcentual de respuestas sobre calidad de la información sobre SIDA (criterio formación académica/sexo)

<b>Consideras que tu nivel de información/conocimiento sobre la prevención del SIDA es:</b>		
<b>Muy bueno</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
Varones	16,7%	30,5%
Mujeres	25%	10,4%
<b>Bueno</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
Varones	50%	52,4%
Mujeres	60,8%	62,5%
<b>Regular</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
Varones	33,%	15,9%
mujeres	13,3%	27,1%
<b>Malo/Insuficiente</b>	<b>Salud</b>	<b>no salud</b>
Varones	0%	1,2%
mujeres	0,8%	0%

En términos generales, un importante porcentaje de la muestra consideró que la calidad de la información que disponía sobre SIDA era buena o muy buena, si bien se observan algunas diferencias por sexo aunque no alcanzan la significación estadística.

En síntesis, antes de la aplicación de los módulos específicos los estudiantes mayoritariamente consideraban que era posible lograr una sexualidad segura, relacionado esto básicamente con el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos, a una sexualidad sin riesgo de contraer ETS y sin riesgo de embarazo no deseado.

A continuación se expondrán los resultados obtenidos para cada objetivo propuesto.

**Objetivo 1.** Evaluar la cantidad y calidad de la información que disponen los estudiantes universitarios sobre el HIV-SIDA.

Con el propósito de lograr mayor claridad en la presentación, se incluyen los porcentajes y diferencias correspondientes al criterio de respuesta correcta en función del tipo de formación académica (salud vs no salud).

Se agruparon las preguntas del módulo 1 del protocolo (conocimientos sobre HIV-SIDA), en 5 categorías según los contenidos indagados: características clínicas de la enfermedad; naturaleza de la enfermedad y su denominación; origen de la enfermedad; diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y, contagio de la enfermedad-cuidados para una sexualidad segura. En las Tablas 4-8 se presentan los porcentajes por frecuencia de respuesta y aquellos casos en los que se hallaron asociaciones estadísticamente significativas (prueba  $X^2$ ).

**Tabla 4.** Acerca de las características clínicas de la enfermedad

	<b>no salud</b>	<b>Salud</b>
<b>ítems</b>	Porcentaje de respuestas correctas (%)	
¿A simple vista se puede saber si una persona es portadora del virus del SIDA?	93,8	91,7
¿La mayoría de las personas que tienen SIDA muestran síntomas de estar enfermos enseguida?	73,1	73,5
<b>Signos clínicos predominantes en las personas infectadas con el HIV</b>		
1. diarrea	13,8	20,2
2. pérdida de peso*	34,6	47,7
3. fiebre**	18,5	34,8
4. nódulos linfáticos inflamados	17,7	20,5
5. tos y dificultad para respirar	21,5	25,8
No sabe	51,5	40,9
De cada 100 personas afectadas por el HIV (SIDA), ¿cuántas crees que son:		
Toxicómanos?	29%	31%
Homosexuales?	32%	30%
Heterosexuales?	39%	39%
¿Cuál es la causa principal de la proliferación del HIV a nivel mundial?	82,3%	81,7%
No sabe	5,4%	6,9%

\*\*p<0.01; \*p<0.05

**Tabla 5.** Acerca de la naturaleza de la enfermedad y su denominación

	<b>no salud</b>	<b>Salud</b>
<b>Ítems</b>	Porcentaje de respuestas correctas (%)	
¿El HIV es una ETS?	86,9	93,1
¿El sida es una ETS?	90,8	88,5
¿Qué significa HIV?	36,2	26,7
¿Qué significa SIDA?	85,3	82,4

Obs.: n.s.

**Tabla 6.** Acerca del origen de la enfermedad

	no salud	salud
<b>Ítems</b>	Porcentaje de respuestas correctas (%)	
<b>Origen del HIV-SIDA*</b>	<b>49,2</b>	<b>32,3</b>
No sabe	36,2	44,6
<b>Prácticas homosexuales*</b>	<b>6,2</b>	<b>14,6</b>

\*p&lt;0.05

**Tabla 7.** Acerca del diagnóstico y tratamiento de la enfermedad

	no salud	salud
<b>Ítems</b>	Porcentaje de respuestas correctas (%)	
Diferencias HIV/SIDA	49,6	58
Son lo mismo	26	21,4
<b>¿En qué consiste la prueba para detectar el HIV-SIDA?***</b>	<b>75,2</b>	<b>91,6</b>
No sabe	9,3	3,8
<b>¿En qué lugares puede una persona realizarse el examen para detectar HIV-SIDA?*</b>	<b>84,4</b>	<b>93,2</b>
No sabe	10,2	2,3
¿Después de cuánto tiempo luego del contagio es recomendable realizarse un examen para detectar HIV?	25,8	35,6
No sabe	32	31,8
¿Cuáles son los síntomas iniciales del HIV?	30,5	31,8
No sabe	44,5	40,2
<b>¿Qué parte del organismo afecta el HIV-SIDA?*</b>	<b>92,2</b>	<b>97,7</b>
¿Cuál suele ser el tratamiento indicado para esta enfermedad?	20	18,2
No sabe	23,8	24,2
¿Influye el diagnóstico temprano en que una persona con HIV tenga mayor esperanza de vida?	69	78
No sabe	24	18,9
¿Cuál es la esperanza de vida de una persona con HIV?	57,7	63,6
No sabe	25,4	22

\*\*\*p&lt;0.001; \*p&lt;0.05

**Tabla 8.** Acerca del contagio de la enfermedad - cuidados para una sexualidad segura

	no salud	salud
Ítems	Porcentaje de respuestas correctas (%)	
¿Una persona con HIV puede infectar a otros inmediatamente después del contagio?	38,5	32,6
No sabe	44,6	36,4
¿Cómo se contagia el HIV?		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1. Contacto directo con la sangre y/o semen (o fluidos vaginales) de una persona infectada</li> </ul>	89,1	94,7
2. Transfusiones de personas portadoras	70,5	59,7
3. Por transmisión vertical (vía materno-filial)	53,5	53,4
<b>¿Cuál es la forma más frecuente de contagio del HIV?*</b>	<b>69</b>	<b>81,8</b>
<b>Relaciones homosexuales sin protección*</b>	<b>42,6</b>	<b>29,5</b>
¿Qué práctica sexual no representa una forma de contagio?	79,1	84,1
¿Cuál de las siguientes personas presenta mayor riesgo de contraer HIV?	68,2	76,5
¿Una persona afectada por el HIV puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?	86,2	88,6
¿Si se es una persona sexualmente activa, ¿cuál es el método de protección más eficaz para prevenir el contagio del HIV?	96,2	96,2
<b>¿Cuál de las siguientes formas es más eficaz para evitar el contagio con HIV?*</b>	<b>86,9</b>	<b>94,7</b>
Tener una única pareja (fidelidad)	23,8	15,2
<b>Abstenerse de tener relaciones con personas infectadas*</b>	<b>19,2</b>	<b>4,5</b>
¿Qué cuidados piensas que debe tener el usuario de drogas intravenosas para no contagiarse de HIV-SIDA?	95,3	98,5
¿Puede una madre transmitir el HIV a su hijo durante el embarazo?	71,3	63,6
<b>Una vez nacido el bebé, ¿qué cuidados debe tener una madre con HIV para no contagiar a su hijo?*</b>	<b>50,4</b>	<b>59,8</b>
¿Cuál de las siguientes opciones constituye otra forma de contagio del HIV-SIDA?	66,9	76,5
¿Puede una persona con HIV mantener relaciones sexuales sin contagiar a otros?	83,8	90,9
¿Qué tipo de cuidados debe tenerse al estar cerca de una persona que tenga HIV?	60,8	75,8
¿Cuál de los siguientes no constituye un método seguro para evitar el contagio con HIV por vía sexual?	78,1	82,6

¿Cuál/es de los siguientes comportamientos es el que actualmente presenta mayor riesgo de contagio de HIV?	84,5	90,9
<i>drogas intravenosas*</i>	<b>43,4</b>	<b>31,8</b>
<i>pareja homosexual**</i>	<b>10,9</b>	<b>1,5</b>

\*\*p<0.01; \*p<0.05

Como puede observarse, en lo referido al conocimiento (cantidad y calidad de la información sobre el tema), sólo se registraron diferencias significativas por formación académica (salud vs no salud) en algunos signos clínicos predominantes (más respuestas correctas en estudiantes de carreras con FS); en el origen de la enfermedad (más respuestas correctas en estudiantes de carreras FNS), en el diagnóstico, particularmente lo referido a la prueba para la detección de HIV-SIDA, la parte del organismo que afecta, y en algunas cuestiones relacionadas con formas de contagio o métodos de protección (respuestas más correctas para FS).

Sin embargo, no se observó un patrón diferencial consistente en las tendencias de respuestas en función del criterio de formación académico-profesional, lo que indica que el tipo de formación universitaria que los estudiantes tienen no determina una mayor cantidad ni mejor manejo de la información sobre este tema, excepto en algunos aspectos específicos.

También es interesante observar algunas respuestas que podrían estar moduladas por significados de fuerte carga cultural más que por la formación universitaria, como es el caso de la abstinencia o las relaciones sexuales con una única pareja como respuestas significativas en cuanto a

formas eficaces para evitar el contagio, o las relaciones sexuales homosexuales sin protección como aquellas de mayor riesgo de contagio.

**Objetivo 2.** Analizar las actitudes hacia la sexualidad de los estudiantes

Este módulo tuvo un propósito exploratorio. Se elaboró inicialmente un banco de 80 ítems para describir actitudes y opiniones positivas y negativas hacia la sexualidad, de los cuales se seleccionaron los que finalmente se incluyeron en la administración. Posteriormente se hicieron análisis factoriales exploratorios para analizar su agrupabilidad empírica y análisis de contenido complementario. Las categorías para este módulo que finalmente se analizaron fueron:

1. Actitudes hacia la sexualidad como algo riesgoso o incómodo.
2. Actitudes más egocentradas o de poca implicación en lo sexual.
3. Actitudes de cuidado e implicación en lo sexual.

Se realizaron pruebas de diferencia de medias (prueba t) por ítem y para cada una de las 3 categorías delimitadas. En las Tablas 9-11 se presentan los estadísticos descriptivos y los casos en los que las diferencias fueron estadísticamente significativas.

**Tabla 9.** Actitudes hacia la sexualidad como algo riesgoso o incómodo. estadísticos descriptivos y diferencias (criterio formación académica/sexo)

Items	Media (desvío estándar)		t <sup>4</sup>
	salud	No salud	
Pienso que tener relaciones sexuales es peligroso Varones Mujeres	2,83(1,26) 2,23(1,30)	2,49(1,39) 2,38(1,51)	n.s.
<i>Me parece importante tener relaciones sexuales con una sola persona</i> Varones mujeres	3,75(1,28) 4,58(1,51)	4,21(1,56) 5,31(1,13)	3,33***
<i>Intento averiguar sobre la vida sexual de una persona antes de mantener relaciones íntimas con ella</i> Varones Mujeres	3,58(1,44) 4,35(1,42)	3,59(1,68) 4,73(1,19)	4,30***
He tenido temor a haber contraído alguna ETS Varones Mujeres	3,58(1,44) 2,93(1,86)	2,87(1,77) 2,31(1,58)	n.s.
<i>Usar protección en las relaciones sexuales es incómodo</i> Varones Mujeres	4,17(1,58) 2,23(1,55)	3,25(1,55) 2,33(1,26)	2,53* (formación) - 5,65*** (sexo)
Si tengo que sugerir a una pareja que usemos el preservativo, tengo/tendría miedo de que me rechace Varones Mujeres	1,50(0,79) 1,43(1,20)	1,47(0,93) 1,23(0,59)	n.s.
La masturbación es perjudicial para la salud Varones Mujeres	2,58(1,88) 1,68(1,40)	1,44(0,97) 1,70(1,02)	n.s.
No me siento/sentiría seguro/a de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja ya que él/ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ETS Varones Mujeres	2,25(1,60) 1,45(1,11)	1,47(0,85) 1,27(0,84)	n.s.
<i>Si una persona tiene SIDA se le nota a simple vista</i> Varones Mujeres	1,33(0,65) 1,27(0,77)	1,49(0,82) 1,50(0,79)	2,26*
Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el preservativo o ponérselo a mi pareja Varones Mujeres	2,50(1,88) 2,47(1,71)	2,44(1,48) 2,60(1,58)	n.s.
<i>La homosexualidad es una enfermedad</i> Varones Mujeres	1,50(1,00) 1,16(0,72)	2,50(1,88) 1,60(1,16)	5,99*** (formación) -5,40*** (sexo)
Experimento incomodidad en mis relaciones sexuales Varones mujeres	1,42(0,90) 1,71(1,29)	1,93(1,23) 1,66(0,86)	n.s.

<sup>4</sup> Se indica en cursiva el criterio (formación profesional y/o sexo) en el que se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Me preocupa la posibilidad de contagiarme con el HIV Varones mujeres	<b>salud</b> 4,58(0,90) 4,95(1,46)	<b>no salud</b> 4,93(1,39) 4,88(1,49)	n.s.
Fantasear con alguien diferente a tu pareja es una forma de serle infiel Varones Mujeres	<b>salud</b> 2,17(1,64) 2,48(1,79)	<b>no salud</b> 2,32(1,62) 2,60(1,63)	n.s.
<i>Si tengo/tuviera un amigo/a homosexual me sentiría muy incómodo a su lado</i> <b>Varones</b> <b>mujeres</b>	<b>salud</b> <b>2,17(0,83)</b> <b>1,32(0,96)</b>	<b>no salud</b> <b>2,93(1,75)</b> <b>1,27(0,64)</b>	5,44*** (formación) -8,15*** (sexo)
Espero a que mi pareja sexual busque el contacto físico Varones mujeres	<b>salud</b> 3,50(1,24) 3,41(1,58)	<b>no salud</b> 3,39(1,44) 4,06(1,32)	n.s.

\*\*\*p<0.001; \*p<0.05



**Tabla 10.** Actitudes hacia la sexualidad más egocentras o de poca implicación en lo sexual. Estadísticos descriptivos y diferencias (criterio formación académica/sexo)

Items	Media (desvío estándar)		t <sup>5</sup>
	salud	no salud	
<i>Considero improbable que la gente de mi entorno pueda contraer una ETS</i>			3,37*** (formación)
Varones	2,67(1,49)	2,83(1,76)	- 4,09*** (sexo)
Mujeres	1,89(1,32)	2,17(1,22)	
Las enfermedades de transmisión sexual no son fácilmente transmisibles			n.s.
Varones	2,00(1,04)	1,67(0,98)	
Mujeres	1,52(1,07)	1,65(1,00)	
<i>Estoy seguro/a de que recordaría usar el preservativo aunque hubiera consumido alcohol u otras drogas</i>			2,16*
Varones	3,42(1,56)	4,33(1,65)	
Mujeres	4,46 (1,64)	5,13(1,16)	
<i>Considero que la información que dispongo sobre ETS es suficiente</i>			n.s.
Varones	3,36(1,43)	3,65(1,40)	
Mujeres	3,58(1,42)	3,13(1,29)	
<i>Suelo tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales</i>			5,05*** (formación)
Varones	4,42(0,90)	4,62(1,21)	-9,88*** (sexo)
mujeres	2,96(1,35)	2,94(1,31)	
<i>Dejo que la persona con la que estoy decida el modo de protección durante la relación sexual</i>			- 3,30***
Varones	3,17(1,52)	2,15(1,45)	
mujeres	1,60(1,16)	1,90(1,17)	
<i>Cuando estoy en pareja me cuesta ser fiel</i>			-3,86***
Varones	2,67(1,23)	2,26(1,50)	
mujeres	1,72(1,42)	1,31(0,82)	
<i>Los enfermos de SIDA deberían ser aislados para no contagiar a nadie</i>			3,79***
Varones	1,08(0,28)	1,57(1,04)	
mujeres	1,15(0,70)	1,60(1,25)	
<i>Estoy seguro/a de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el preservativo o ponérselo a mi pareja</i>			5,25***
Varones	3,17(1,89)	3,25(1,96)	
mujeres	4,34(1,76)	4,88(1,39)	
Sólo los homosexuales y los drogadictos pueden contraer SIDA			n.s.
Varones	1,00(0,00)	1,10(0,58)	
Mujeres	1,08(0,50)	1,35(1,02)	

\*\*\*p<0.001; \*p<0.05

<sup>5</sup> Se indica en cursiva el criterio (formación profesional y/o sexo) en el que se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.



**Tabla 11.** Actitudes hacia la sexualidad de cuidado e implicación en lo sexual. Estadísticos descriptivos y diferencias (criterio formación académica/sexo)

Items	Media (desvío estándar)		t <sup>6</sup>
	salud	no salud	
La sexualidad es muy importante para mí			
Varones	5,33(0,77)	5,07(0,90)	n.s.
Mujeres	5,11(1,00)	4,75(1,15)	
Me ocupo durante mis relaciones sexuales de que mi compañero/a se sienta a gusto conmigo			
Varones	5,33(0,77)	5,49(0,80)	n.s.
mujeres	5,34(1,02)	5,45(0,68)	
Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar preservativos			
Varones	4,83(1,46)	4,91(1,40)	n.s.
Mujeres	4,58(1,51)	5,31(1,13)	
Considero importante usar protección durante mis relaciones sexuales			
Varones	5,17(1,26)	5,65(0,90)	n.s.
Mujeres	5,73(0,88)	5,90(0,37)	
<i>Me resultaría cómodo hablar acerca del uso del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual</i>			
<i>Varones</i>	3,92(1,08)	4,21(1,57)	- 2,56* (formación)
<i>Mujeres</i>	5,18(1,37)	5,27(1,18)	5,75*** (sexo)
Existen métodos seguros para evitar el contagio de ETS			
Varones	5,00(0,85)	5,05(1,17)	n.s.
Mujeres	5,23(1,33)	5,06(1,13)	
Si uno de mis amigos/as tuviera SIDA yo le ayudaría			
Varones	5,67(0,65)	5,55(0,86)	n.s.
Mujeres	5,69(0,96)	5,46(0,94)	
Existen métodos seguros para evitar el embarazo			
Varones	5,00(1,41)	5,34(0,96)	n.s.
Mujeres	5,42(1,19)	5,50(0,74)	
Al mantener relaciones sexuales me protejo para no contraer ETS			
Varones	4,17(1,33)	5,25(1,03)	n.s.
mujeres	5,11(1,42)	5,13(1,16)	
<i>Actualmente el sida es una enfermedad incurable</i>			
<i>Varones</i>	5,08(1,24)	5,22(1,18)	2,66** (formación)
<i>mujeres</i>	4,55(1,68)	4,85(1,33)	-3,23*** (sexo)
Pienso que tener relaciones sexuales es saludable			
Varones	5,42(0,79)	5,47(0,97)	n.s.
Mujeres	5,33(1,06)	5,08(0,79)	
Disfruto de las relaciones sexuales			
Varones	5,83(0,38)	5,71(0,69)	n.s.
Mujeres	5,62(0,75)	5,49(0,68)	

\*\*\*p<0.001; \*p<0.01; \*p<0.05

<sup>6</sup> Se indica en cursiva el criterio (formación profesional y/o sexo) en el que se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Como puede observarse, tampoco se presentó un patrón homogéneo ni consistente en las respuestas por grupos. Sí se confirma el efecto formación y sexo para algunos de los contenidos indagados. Respecto de la primera categoría, es decir las actitudes hacia la sexualidad como algo riesgoso o incómodo, las mujeres informaron un grado de acuerdo significativamente mayor en el valor de la fidelidad y en la necesidad de tener información sobre la pareja sexual para llegar a una instancia íntima. Por su parte el ser varón se asoció a un mayor rechazo del preservativo y a actitudes homofóbicas. En cuanto al criterio formación académica, los estudiantes de carreras no relacionadas con la salud manifestaron mayor incomodidad respecto a los métodos de protección sexual y de prejuicio ante el SIDA y la homosexualidad.

En el caso de actitudes hacia la sexualidad más egocentradas o de poca implicación, los varones informaron significativamente más acuerdo con los ítems de mayor individualismo y menos implicación en lo sexual que las mujeres. En este caso también los estudiantes con formación en carreras no relacionadas con la salud presentaron puntuaciones significativamente más elevadas en actitudes y opiniones que denotan una mayor desinformación o falta de conocimiento sobre el tema.

Finalmente, fue en la categoría relacionada con actitudes de cuidado e implicación en lo sexual que los grupos resultaron más homogéneos en sus respuestas y no presentaron diferencias por formación y por sexo. Sólo el ser mujer se asoció a una mayor tendencia a hablar sobre temas de

cuidado sexual con la pareja y a considerar que actualmente el SIDA no es una enfermedad incurable, algo que en general acompaña los hallazgos comparados en otros estudios, en cuanto al hecho de atribuir a las mujeres una mayor permeabilidad a hablar y a informar lo que les sucede.

**Objetivo 3.** Analizar los comportamientos/prácticas sexuales informados por los estudiantes.

En el apartado IV del protocolo se indagaban aspectos de la sexualidad en cuatro áreas: *experiencia sexual previa* (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 8), *práctica sexual informada* (ítems 16, 17, 18, 23 y 35), *conductas sexuales* (ítems 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 27, 31 y 33) y *comportamientos referidos a ETS/SIDA* (ítems 22, 28, 29, 30, 32, 34, 36, 37 y 38). También se consideró como variable control el grado de preocupación por la salud que informaban los participantes. En esta medida no se encontraron diferencias estadísticas significativas por sexo ni por formación académica; la muestra en su conjunto informó niveles entre moderados y elevados de preocupación por la salud.

En cuanto a la *experiencia sexual previa*, el 93,5% de la muestra general ya se ha iniciado sexualmente al momento de la aplicación de este protocolo; la primera relación sexual para la mayoría de los casos se ubicó en el rango de 15 a 18 años y ha sido bajo consentimiento. El 97,3% de los participantes informó tener una orientación heterosexual. El 32,7% recuerda

su primera relación como neutra y el 57,1% como agradable. La práctica sexual más frecuente es el coito con penetración vaginal (96,4%).

Se hallaron asociaciones estadísticas significativas para sexo y formación académica en haber sido víctima de algún tipo de agresión sexual que se relacionó con el ser mujer ( $\chi^2 = 5,71; p < 0.05$ ) y estudiante de carreras con formación en salud ( $\chi^2 = 6,27; p < 0.05$ ).

El otro ítem en el que hubo asociaciones significativas fue en prácticas sexuales: las mujeres informaron más masturbaciones mutuas ( $\chi^2 = 8,86; p < 0.01$ ) y sexo oral ( $\chi^2 = 11,95; p < 0.001$ ), mientras que los varones refirieron en mayor medida masturbación individual ( $\chi^2 = 73,98; p < 0.001$ ), y coito o penetración anal ( $\chi^2 = 15,24; p < 0.000$ ). El sexo se comportó como una variable significativa para las mujeres que informaron significativamente más contactos sexuales con menor cantidad de personas ( $\chi^2 = 33,22; p < 0.05$ ).

En cuanto a la categoría *práctica sexual informada*, los resultados más destacados indican que el 95,4% de la muestra efectivamente cree que no se puede mantener más de una relación sexual con el mismo preservativo, y el 74,2% piensa que es imprescindible utilizar preservativo en todo tipo de contacto sexual para prevenir ETS; sin embargo el 24,6% -un porcentaje no menor- informó que sólo era necesario su uso cuando hay penetración.

El 92,4% consideró que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del SIDA, y el 96,5% valoró que actualmente el SIDA es una enfermedad grave y fatal.

Dentro de la categoría *conductas sexuales* se presentan, a título ilustrativo, los datos obtenidos sobre la frecuencia del uso del preservativo en diversas prácticas sexuales.

**Tabla 12.** Porcentajes en frecuencia de uso del preservativo según práctica sexual

Prácticas sexuales	Frecuencia en el uso del preservativo	
	NUNCA	SIEMPRE
Coito vaginal	5,1%	58,5%
Sexo oral	64,6%	11,2%
Coito anal	31,8%	43,5%
Relaciones con pareja estable	13,2%	46,6%
Relaciones con pareja esporádica/no estable	2,8%	86%
Si has consumido alcohol o drogas	6,3%	57,8%

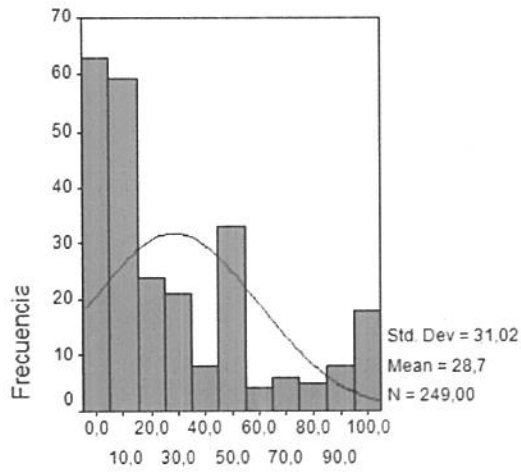
Es interesante observar la disparidad en el uso del preservativo, como es el caso de la práctica de sexo oral, el coito anal o el abuso de sustancias. Esta tendencia en las respuestas lleva a pensar al menos que el uso del preservativo está básicamente asociado con las prácticas sexuales más tradicionales como el coito vaginal y no tanto con otras formas de riesgo en las que las ETS -y el HIV-SIDA como parte de ellas- puede encontrar un terreno fértil para el contagio.

El ser mujer se asoció con un mayor riesgo de ETS en las relaciones ocasionales ( $\chi^2=7,68;p < 0.01$ ) y con una atribución de mayor gravedad al SIDA ( $\chi^2 = 9,44;p < 0.01$ ). También fue el grupo de mujeres el que informó significativamente haber tenido relaciones sexuales con más frecuencia

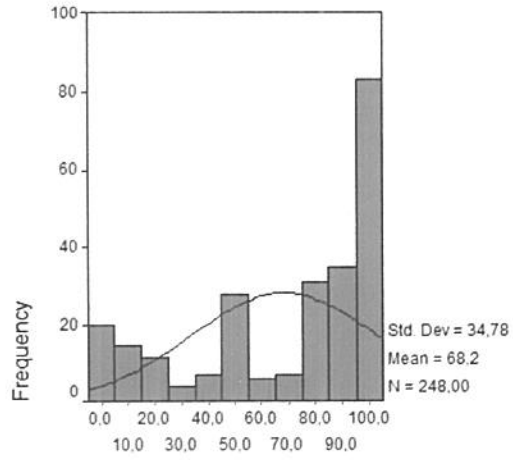
durante los últimos 3 meses ( $\chi^2 = 24,22; p < 0.01$ ), más relaciones estables ( $\chi^2 = 28,78; p < 0.00$ ) durante más tiempo ( $\chi^2 = 64,86; p < 0.05$ ) y menos parejas durante el último año ( $\chi^2 = 21,19; p < 0.00$ ). Utilizaron significativamente más el preservativo en el coito vaginal ( $\chi^2 = 8,17; p < 0.05$ ), y consideran que ante la posibilidad de una relación sexual se abstendrían o irían en busca de un preservativo ( $\chi^2 = 29,17; p < 0.00$ ). Asimismo se encontró una mayor frecuencia en el uso del preservativo ( $\chi^2 = 12,85; p < 0.00$ ) como método anticonceptivo en las relaciones sexuales con penetración. Las mujeres también informaron más controles médicos sobre ETS ( $\chi^2 = 2,76; p = 0.09$ ). Este dato podría no estar asociado específicamente a controles sobre ETS, ya que predominantemente en el caso de las mujeres estos controles formaban parte de su rutina médica. En cuanto a su relación con un portador de HIV manifestaron significativamente más actitudes de ayuda que los varones ( $\chi^2 = 8,13; p < 0.05$ ).

Es interesante observar las tendencias que muestran los siguientes gráficos (1, 2, 3 y 4) en las respuestas sobre la probabilidad de embarazo no deseado y el riesgo de infectarse de HIV-SIDA, tanto como en las respuestas referidas al temor potencial sobre las mismas situaciones. Las puntuaciones de los estudiantes -independientemente de la carrera y del sexo- tendieron a valores bajos en cuanto a la percepción de riesgo, mientras que las puntuaciones fueron más elevadas para el temor asociado a embarazo no deseado y HIV-SIDA.

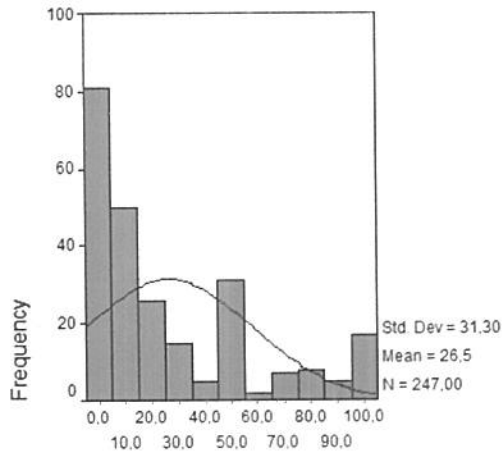
1) Probabilidad/riesgo de embarazo no deseado



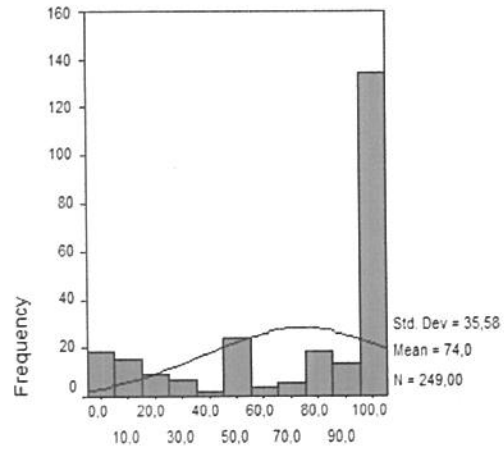
2) Temor de embarazo no deseado



3) Probabilidad/riesgo de infectarte con HIV-SIDA



4) Temor a infectarte con HIV-SIDA



Al considerar el criterio formación académica se constataron las siguientes diferencias estadísticamente significativas en *conductas sexuales*: los estudiantes de carreras con formación en salud informaron más conductas de infidelidad con su pareja ( $\chi^2 = 4,57; p < 0.05$ ); y utilizar más la interrupción del acto sexual como método anticonceptivo ( $\chi^2 = 4,72; p < 0.05$ ), mientras que el otro grupo de comparación (no salud) informó más relaciones estables ( $\chi^2 = 11,45; p < 0.001$ ), si bien durante el último año refirieron haber mantenido alguna relación sexual ocasional ( $\chi^2 = 4,94; p < 0.05$ ), y mayor frecuencia en la utilización del preservativo ( $\chi^2 = 10,09; p < 0.05$ ), fundamentalmente para evitar el SIDA ( $\chi^2 = 4,95; p < 0.05$ ). También se realizaron más controles médicos sobre ETS ( $\chi^2 = 9,17; p < 0.05$ ), y en particular sobre HIV ( $\chi^2 = 7,48; p < 0.01$ ) e informaron una mayor permeabilidad y menor prejuicio referido al apoyo a un portador de HIV ( $\chi^2 = 7,13; p < 0.01$ ) o a la posibilidad de conocer a una persona portadora del virus ( $\chi^2 = 14,41; p < 0.05$ ).

**Objetivo 4:** Estudiar las relaciones entre información sobre el HIV-SIDA, actitudes hacia la sexualidad y comportamientos/prácticas sexuales (alto riesgo vs. bajo riesgo<sup>7</sup>) en los estudiantes universitarios.

No se encontró un patrón homogéneo ni consistente de relaciones entre los conocimientos, las opiniones y actitudes hacia la sexualidad, y las

prácticas/comportamientos sexuales en las muestras bajo estudio. Se realizaron entonces análisis de diferencia de medias entre dichas variables para analizar las diferencias parciales que se pudieran encontrar controlando la variable práctica de riesgo. Sólo se hallaron diferencias estadísticas significativas en actitudes para ambos criterios (formación y sexo). Los resultados se exponen en las Tablas 13 y 14).

**Tabla 13.** Diferencia de medias para actitudes hacia la sexualidad según formación académica

Actitudes hacia la sexualidad	Formación académica	
	salud M (DS)	no salud M (DS)
<b>Algo riesgoso o incómodo</b>	39,83(6,57)	42,22(8,26)
t	2,52*	
<b>Egocentradas o de poca implicación</b>	16,60(3,87)	18,76(4,42)
t	4,16***	
<b>De cuidado e implicación</b>	70,97(7,51)	71,15(6,01)
t	n.s.	

\*\*\*p<0.001; \*p<0.05

<sup>7</sup> La variable riesgo se utiliza en esta investigación para describir el grado de probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual

**Tabla 14.** Diferencia de medias para actitudes hacia la sexualidad según sexo

Actitudes hacia la sexualidad	Sexo	
	Varón M (DS)	Mujer M (DS)
Algo riesgoso o incómodo	42,91(8,13)	39,96(6,99)
t	- 2,99**	
Egocentradas o de poca implicación	19,45(4,45)	16,69(3,86)
t	- 5,20***	
De cuidado e implicación	70,63(6,73)	71,29(6,81)
t	n.s.	

\*\*\*p<0.001; \*\*p<0.05

Los estudiantes de carreras no relacionadas con salud informaron significativamente más actitudes hacia la sexualidad como algo riesgoso o incómodo y también actitudes más egocentradas o de poca implicación en lo sexual. El sexo también actuó como una variable moduladora en este sentido mostrando diferencias significativas en las categorías mencionadas.

**Objetivo 5:** Evaluar la presencia de diferencias estadísticamente significativas para la variable sexo y orientación sexual

No se realizaron análisis para orientación sexual ya que prácticamente la totalidad de la muestra se declaró heterosexual (96,2%). En cuanto a las diferencias por sexo en los contenidos evaluados han sido

analizadas en los apartados precedentes cuando se presentaron los resultados para cada uno de los módulos.

**Objetivo 6:** Estudiar las diferencias en las variables evaluadas (información, actitudes y comportamientos/prácticas sexuales) en función de la carrera universitaria de procedencia (formación académica relacionada con la salud vs. no relacionada con la salud)

En este caso, también el efecto diferencial del criterio formación académica sobre los aspectos indagados ha sido analizado a lo largo de todo el trabajo.

En cuanto a las hipótesis propuestas, no se hallaron patrones de relación consistentes significativos entre la información/conocimiento adecuados sobre HIV-SIDA que manifestaron los estudiantes, las actitudes hacia la sexualidad y los comportamientos/prácticas sexuales consideradas de bajo riesgo, con lo cual las predicciones derivadas de las hipótesis 1 y 2 no se cumplen.

Sólo se cumple parcialmente la predicción de la hipótesis 3, ya que la variable sexo mostró un efecto diferencial significativo para algunos de los contenidos contemplados por las tres variables evaluadas (información/conocimientos, opiniones y actitudes hacia la sexualidad, y prácticas/comportamientos sexuales).

Finalmente en cuanto a la variable formación sólo se cumple parcialmente lo propuesto en la hipótesis 4, referido a una mejor calidad de

la información sobre HIV-SIDA en los estudiantes de carreras relacionadas con la salud.

## DISCUSIÓN

La presente investigación proporcionó datos acerca del conocimiento, las actitudes y las prácticas sexuales en estudiantes universitarios de la ciudad de Mar del Plata y su relación con el ejercicio de una sexualidad de bajo riesgo, particularmente en lo referido al caso del HIV-SIDA.

Los ejes que organizaron el trabajo de campo se basaron en el criterio de formación académico-profesional (salud vs no salud) de los estudiantes bajo la presunción de diferencias significativas en los aspectos evaluados en función de dicho criterio, suponiendo que la formación modularía respuestas diferenciales en los sujetos, por un lado respecto de una correspondencia directa entre conocimientos más adecuados, actitudes de mayor cuidado e implicación hacia la sexualidad y prácticas sexuales de bajo riesgo; por el otro, que los estudiantes de carreras relacionadas con la salud (Psicología, Ciencias de la Salud) dispondrían de una información más adecuada sobre el HIV-SIDA que los estudiantes de carreras no relacionadas con la salud (Ingeniería, Ciencias Económicas y Sociales), lo que redundaría en prácticas sexuales de bajo riesgo.

### *Conocimiento y HIV-SIDA*

El módulo que indagaba cantidad y calidad de conocimientos sobre HIV-SIDA, incluyó 5 categorías según los contenidos indagados: características clínicas de la enfermedad; naturaleza de la enfermedad y su

denominación; origen de la enfermedad; diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y, contagio de la enfermedad – cuidados para una sexualidad segura. De las 34 preguntas, en 7 se hallaron diferencias estadísticamente significativas según el criterio formación profesional, en aspectos sintomáticos y relacionados con el modo de detección de HIV, los lugares para la realización de la prueba, la parte del organismo que afecta principalmente, la influencia del diagnóstico temprano en la esperanza de vida del paciente, el modo más frecuente de contagio, y el modo más eficaz para evitar el contagio en las distintas variantes. En todos estos ítems fueron los estudiantes con formación en salud los que manifestaron una cantidad y calidad de información superior. Sólo respecto al origen de la enfermedad la diferencia mostró información más adecuada en el otro grupo (no salud).

Es interesante la tendencia de ambos grupos en algunas respuestas que asocian las prácticas homosexuales al origen del virus y a una mayor probabilidad de contagio. Probablemente haya que considerar el efecto que la orientación sexual tiene en la representación distorsionada de un considerable porcentaje de sujetos que relacionan la homosexualidad con un mayor riesgo de contraer HIV-SIDA, independientemente de la formación académico-profesional específica.

Otro dato relevante es el desconocimiento que se observa en aspectos considerados básicos sobre el conocimiento del HIV-SIDA en ambos grupos. De hecho se constataron respuestas *no sabe* en un rango que varió entre 2,3% y 51,5%, referidas predominantemente a los signos

clínicos de la enfermedad, el origen, la forma de detección, el contagio y el tratamiento.

Sería esperable que teniendo en cuenta que la información sobre el HIV-SIDA se halla ampliamente extendida, y que los estudiantes con formación en salud tienen un mayor acceso a este tipo de contenidos, presentaran un menor desconocimiento y más información al respecto; sin embargo no hubo diferencias en este sentido en los distintos grupos. Estos resultados difieren de los hallados por Vera y cols en Colombia (2003, 2004) que encontraron mayor promedio de respuestas correctas en los estudiantes de salud con diferencias estadísticamente significativas con respecto a los promedios de las respuestas dadas por los estudiantes de otras áreas. Barros y cols. (2001) en Ecuador también llegaron a resultados similares al aplicar un modelo educativo de prevención y comparar luego entre el grupo sometido a esta intervención educativa y un grupo control.

#### *Actitudes hacia la sexualidad y HIV-SIDA*

El módulo correspondiente a la evaluación de actitudes hacia la sexualidad, dio lugar a tres agrupamientos: Actitudes hacia la sexualidad como algo riesgoso o incómodo; Actitudes más egocentradas o de poca implicación en lo sexual y Actitudes de cuidado e implicación en lo sexual.

Ser varón y estar cursando una carrera no relacionada con la salud se asoció significativamente con opiniones y actitudes hacia la sexualidad como una práctica riesgosa o incómoda tanto como egocentrada o de poca implicación en lo sexual. Estos resultados indican significativamente más

actitudes de prejuicio hacia la homosexualidad y hacia el SIDA en general mostrando además una baja percepción de riesgo de contraer ETS en este grupo.

No se hallaron diferencias significativas por sexo en la categoría general de actitudes relacionadas con el cuidado y la implicación hacia la sexualidad. No obstante el ser mujer se asoció a una auto-percepción de mayor compromiso en las relaciones sexuales, básicamente en lo referido a la protección durante las relaciones, a la comunicación con su pareja, a una mayor percepción de riesgo y al control de impulsos.

Es interesante observar que las mujeres otorgan un valor más importante a la fidelidad e informan actitudes de menor prejuicio hacia la homosexualidad. Por otra parte los varones no parecen encontrarse tan implicados en sus contactos sexuales, informando menor riesgo percibido, más dificultades de comunicación con la pareja sexual y más impulsividad. En torno al tema de la comunicación, Citlalli (2006) en una investigación realizada con adolescentes mexicanos sostiene que la comunicación asertiva<sup>8</sup> es un factor clave para lograr la sexualidad protegida. Respecto de la percepción del riesgo, nuestros resultados presentan una tendencia similar a otros hallazgos de investigación. En dos estudios llevados a cabo por García y cols. (2001) y por Soto (2006) respectivamente, se observó que los varones valoraban como incómodo el uso de preservativo; esto se

---

<sup>8</sup> Se refiere a la capacidad de los adolescentes para “emitir conductas que afirmen su opinión en situaciones interpersonales en que puedan darse respuestas contradictorias, sin emplear conductas agresivas hacia los demás y resistiendo a la presión del entorno (Aguilar-Kubli, 1987, p. 12).

convierte en un factor de riesgo al reducir la práctica de conductas sexuales protegidas. Mosquera y Mateus (2003) encontraron en su investigación que los hombres expresaban en mayor medida la dificultad de utilizar el preservativo cuando habían consumido alcohol.

#### *Prácticas/comportamientos sexuales alto vs bajo riesgo y HIV-SIDA*

Este módulo se organizó en función de 4 categorías: experiencia sexual previa, práctica sexual informada, conductas sexuales y comportamientos referidos a ETS/SIDA.

En términos generales y contrariamente a lo esperado, los estudiantes de carreras no relacionadas con la salud informaron significativamente más conductas de cuidado, fundamentalmente a través del uso del preservativo en sus prácticas sexuales. En los estudiantes con formación en salud se observaron más respuestas asociadas con prácticas de riesgo como la de utilizar la interrupción del acto sexual como método anticonceptivo.

Las conductas/prácticas sexuales también presentaron diferencias por sexo: las mujeres informaron más conductas de cuidado a través del uso del preservativo en sus prácticas sexuales, asimismo manifestaron realizar más controles médicos que los varones y tendieron a considerar diferencias entre relaciones estables u ocasionales en cuanto al riesgo de contraer ETS. En esta línea van los hallazgos aportados por otras investigaciones (Fajardo, 2006; García Lahera y cols., 2001 y Vera y cols., 2003-2004) que encontraron que las mujeres presentaban menos conductas de riesgo. En este caso también nuestros datos resultan compatibles con los aportados

por Camba y cols. (2004) sobre actitudes más favorables y solidarias en las mujeres hacia los infectados y enfermos de SIDA.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo con el modelo de creencias de salud la información acerca del HIV-SIDA constituye el primer paso en el trabajo preventivo de esta enfermedad, pero no alcanza con saturar de información a las personas sino que debe tenerse en cuenta el modo en que las mismas seleccionan y procesan esa información, así como la consecuente evaluación que realizan del grado de riesgo o amenaza percibida de una situación.

Siguiendo esta línea consideramos que las lagunas e inconsistencias en cuanto a la información y el conocimiento adecuados sobre las ETS y particularmente sobre el HIV-SIDA y las diferencias halladas no se explican más que en algunos aspectos puntuales por el efecto formación académico-profesional. Este fenómeno cobra relevancia ya que evidentemente la información que una persona dispone dependerá en gran medida de factores psicosociales que condicionan la adquisición y utilización de dicho conocimiento más que de la cantidad indiscriminada de información a la que habitualmente tiene acceso. En este modelo de creencias de salud existen tres premisas básicas para la comprensión del comportamiento de las personas en el cuidado de su salud. Para adoptar medidas de cuidado y protección las personas deben creer o percibir que el problema (en este caso el HIV-SIDA) es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, sobre este punto central nos llamó la atención que durante la administración muchos estudiantes se acercaban a nosotras y nos

manifestaban haberse dado cuenta que no sabían tanto como creían acerca del HIV-SIDA y que esto los movilizaba hacia la búsqueda de información. Este hecho puede pensarse como un dato favorable ya que la inquietud demostrada sobre el tema podría ser un indicador de un incremento en el grado de conciencia y de la adopción de una posición más activa en el cuidado de la salud.

Además las personas deben creer o percibir que son vulnerables a ese problema, sobre este punto queremos destacar que algunas actitudes estarían obstaculizando esta percepción de riesgo o de vulnerabilidad fundamentalmente en el grupo de varones. La cultura sexual dominante sostiene aún el imperativo cultural según el cual “ser hombre y ser macho” pareciera potenciar conductas de riesgo y de falta de cuidado de sí mismos. En el campo de la sexualidad los patrones dominantes para ellos pueden expresarse en poseer múltiples parejas, no usar preservativo, y combinar relaciones sexuales con el uso de drogas y/o alcohol. Las expectativas de género sostienen que los hombres deben controlar sus relaciones sexuales lo cual puede impedir que hablen con su pareja para expresar sus dudas o la falta de conocimiento sobre sexualidad. (Magis y cols., 2006)

Por último desde este modelo se considera que las personas deben creer o percibir que la acción a tomar, necesaria para reducir el riesgo directo o potencial, producirá un beneficio a un coste personal aceptable. Sobre este punto creemos que si bien los estudiantes consideran al HIV como una problemática importante, las conductas sexuales desprotegidas que aún presentan evidenciarían un modo de evaluación por el cual el

beneficio de dicha protección es subestimado en relación a algún otro beneficio que supera el interés por el cuidado de la salud. Nuevamente esto nos conduce a interrogarnos por estas prioridades que se imponen en la evaluación que cada sujeto hace, y a considerar importante y necesario el estudio de los factores culturales y de género en relación al cuidado del propio cuerpo y del otro en relación.

Resulta paradójico que en una era caracterizada por las tecnologías de alto impacto en la comunicación social, un tema tan difundido no llegue a estar suficientemente afianzado en la población general y en sus conductas de salud sexual, poniendo en evidencia que la información es necesaria pero no suficiente para garantizar los resultados buscados. También estos datos llevan a una reflexión profunda sobre la función y la eficacia de las campañas de prevención sobre ETS y SIDA, así como sobre la promoción de conductas de salud en la población.

Finalmente, creemos que este trabajo aporta más interrogantes que respuestas y que nuestra disciplina tiene mucho por hacer en este área de investigación con el fin de generar una mayor comprensión de este fenómeno y promover el desarrollo de estrategias de intervención ciudadana que optimicen el acceso al conocimiento y su utilización al servicio de conductas que promuevan una sexualidad de bajo riesgo que se perciba compatible con niveles de satisfacción personal.

## BIBLIOGRAFÍA

Affranchino, J. (2007). El virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la asociación ciencia hoy*, 17nº 101, 20-25.

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall.

Barros, T.; Barreto, D.; Pérez, F.; Santander, R.; Yépez, E.; Abad-Franch, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 10 nº2. Disponible en: <http://www.scielosp.org/scielo.php> (10/02/08)

Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del Sida. *Act Comportamentalia*, 0 (1), 33-50.

Bimbela, J.L. & Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Rev Psicol Gen Apli*, 47(2),151-157.

Caballero-Hoyos, R. (2003). Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública México*, 45 supl.1, 108-114. Disponible en: <http://www.adolesc.org.mx/saludpublica> (01/12/07).

Camba, S.; García de Perea, M. E.; Gandini de Molina I.; Montañez, E. (2004). *La medición de actitud frente al SIDA en alumnos ingresantes a la*

UNCa para generar acciones preventivas. *Revista de Ciencia y Técnica* n° 11. Disponible en: <http://www.editorial.unca.edu.ar> (01/12/07).

Citlalli Pérez de la Barrera & Susan Pick. (2006). Conducta Sexual Protegida en Adolescentes Mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 40, Num.3, 333-340. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php> (5/11/07).

Díaz González Anaya, E.; Rodríguez Campuzano, M.; Moreno Rodríguez, D.; Frías Arroyo, B.; Rodríguez Cervantes, M.; Barroso Villegas, R. & Robles Montijo, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-SIDA. *Psicología y Salud*, 15, n° 1, 5-12. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29115101.pdf> (15/10/07).

Disponible en: <http://www.sfaf.org/informaciondelvihetapas.html.mht> (21/01/08).

Fajardo, E. (2006). Conocimientos y comportamientos sexuales en torno al VIH-SIDA en la población de estudiantes de pregrado de la Universidad Santa María la Antigua. Disponible en: [www.usma.ac.pa/web/DI/imagenes/Fajardo.pdf](http://www.usma.ac.pa/web/DI/imagenes/Fajardo.pdf) (5/10/07).

Flores-Palacios, F. & Leyva-Flores, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45(5), 624-631.

García Lahera, Álvarez Yabor, V. & Lozano Lavernia, M. (2001). ¿Qué saben nuestros estudiantes acerca de las enfermedades de transmisión sexual? *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 39, n°1, 47-51. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php> (15/10/07).

<http://www.kennedy.edu.ar/deptos/biopsicologia/pdf/informefinalhiv-sida.pdf>  
(05/02/08).

Magis, C.; Barriento, H.; Álvarez-Gayou Jurgenson, J.; Bravo, E. & Bronfman, M. (2006). *SIDA: Aspectos de Salud Pública*. México: CENSIDA.

Mas Colombo, E; Risueño, A & Motta, I. (2003). Conocimiento de HIV-Sida y conductas de riesgo en estudiantes universitarios de las escuelas de salud y educación de la Universidad Argentina John F. Kennedy. Disponible en:

Men, R. (1993). Aproximaciones a la definición de sexualidad. En Hernández, E. (Comp.) Disponible en: <http://www.geocities.com/gaedsun/docs/presemin> (20/10/08).

Ministerio de Salud de la Nación. (2005). Programa Nacional de lucha contra los Retrovirus del humano, SIDA Y ETS. Argentina.

Ministerio de Salud y ambiente de la Nación. (2005). Boletín sobre VIH/SIDA en la argentina. Año X- número 24.

Morales Calatayud, F. (1997). *La Psicología y los servicios de salud. Experiencias de trabajo en Cuba*. Serie: Materiales de Cátedra. Oficinas de Publicaciones del CBC. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Mosquera, J. & Mateus, J. (2003). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, HIV-sida y el uso de los medios de comunicación en jóvenes. *Colombia Médica*, 34, n°004, 206-212. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdf> (8/10/07).

Organización Mundial de la Salud. (1975). Introducción crítica: El significado de Salud sexual. Disponible en: <http://www2.huberlin.de/sexology> (20/10/08).

Organización Mundial de la Salud. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Canadá. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf> (10/02/08).

Organización Mundial de la Salud. (2000). Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo Decenio. Disponible en: [http://www.who.int/reproductive-health/docs/hivsurveillance/text\\_es](http://www.who.int/reproductive-health/docs/hivsurveillance/text_es) (01/12/07).

Organización Mundial de la Salud. (2007). Centro de prensa. La prevalencia mundial del VIH se ha estabilizado. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr61/es/index.html> (19/01/08).

Rodriguez, F.; Primo, S.; Martinez Calvo, E. & Sánchez, M. (2006). Sida/ ETS y sexualidad en ingresantes universitarios. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, XVII, nº 033, 135-150. Universidad Nacional de Entre Ríos. Concepción del Uruguay, Argentina. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf> (26/11/07).

San francisco AIDS fundación (2007). Como daña el VIH el sistema inmunológico. Disponible en: <http://www.sfaf.org/espanol> (21/01/08).

San francisco AIDS fundación (2007). Las etapas de la enfermedad por VIH. Disponible en: <http://www.sfaf.org/espanol> (21/01/08).

Sanabria Rojas, H.; Sarmiento Benvenuto, N. & Mesones, J. S. (1999). Conocimientos y actitudes sobre la transmisión del VIH en estudiantes de una Escuela de Medicina de Perú. *Revista Salud Pública*, Perú. 152-158. Disponible en: [www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n2/Rev26.htm](http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v1n2/Rev26.htm) (05/02/08).

Santín Vilariño, C.; Torrico Linares, E.; López López, M. & Revilla Delgado, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de ETS en jóvenes. Disponible en: [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_1/08-19\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_1/08-19_1.pdf) (01/12/07).

Soto, V. (2006). Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67 n°2, 152-159. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php> (10/02/08).

Soto Mas, F.; Lacoste Marín, J.; Papenfuss, R. & Gutierrez León, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Rev. Española de Salud Pública*, n° 4.

Sueiro, E.; Diéguez, J. L.; Chas, M. D. & Diz, M. C. (2004). Primeras fuentes de información, conocimiento, actitudes y prácticas sexuales. Su interrelación. *Cuadernos de Medicina Psicosomática* n°69/70, 94-114.

Vera, L. M.; Lopez, N.; Ariza, N. D.; Diaz, L. M.; Flórez, Y.; Franco, S. G.; Isaza, S.; Marciales, D. P.; Ortiz, N.; Rueda, J. & Torres, L. J. (2003). Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad

Industrial de Santander. Disponible en:  
<http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol35No2/cm35n2a2.htm> (25/07/08).

Vera-Gamboa, L.; Sánchez-Magallón, F.; Renán, A. & Góngora-Biachi. (2003-2004) Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México. Conocimientos y percepción de riesgo sobre el Sida en estudiantes de bachillerato de una Universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Rev Biomed* 2006; 17,157-168.

Villaseñor, A.; Caballero, R.; Hidalgo, A. & Santos, J. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/Sida como predictor del uso de condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45,73-80.

World Health Organization. (2005). Manual Educativo de Infecciones de Transmisión sexual, VIH/SIDA, Sífilis Materna y Congénita. Disponible en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsid28509.pdf> (15/10/08).

Zala, C (2007). Epidemiología y estado actual de la epidemia de VIH/sida. *Revista de divulgación científica y tecnológica de la asociación ciencia hoy*, 17 nº101, 12-19.

Zala, C.; Rustad, C. A.; Mphil, K. C.; Khan, N. I.; Beltran, M. Warley, E.; Ceriotto, M. ; Druyts, E.; Hogg, R.; Montaner, J. ; Cahn, P.; (2008) PUMA Study Group. Determinants of Treatment Access in a Population-based Cohort of HIV-positive Men and Women Living in Argentina. Disponible en <http://www.medscape.com/viewarticle> (12/02/08).

# ANEXOS



Universidad Nacional de Mar del Plata

Facultad de Psicología

---

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este trabajo forma parte de un Proyecto de investigación cuyo propósito es abordar desde la Psicología de la Salud, el estudio de las *relaciones entre el conocimiento, las actitudes hacia el HIV-Sida y las prácticas sexuales* en población general de Mar del Plata.

El objetivo es contar con datos válidos para un mejor conocimiento de las necesidades y recursos destinados a las tareas de promoción de la salud y prevención de esta enfermedad en nuestra ciudad. Es por esto muy valiosa tu participación en este estudio, que consiste en completar un protocolo en este único encuentro que tendrá una duración aproximada de 30 minutos. En cualquier momento podrás solicitar más información si la necesitas, o interrumpir tu participación si así lo consideras.

Para poder realizar esta tarea necesitamos contar con tu consentimiento voluntario de participación y la autorización para poder utilizar la información que nos brindes con fines exclusivamente científicos, garantizando la absoluta confidencialidad en el tratamiento de dicha información. Por lo tanto si estás de acuerdo firma en el espacio indicado para comenzar a completar el protocolo.

Mar del Plata,.....de.....de 2008

.....

Firma

<input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre	Edad:
Estado civil :		
<input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/en pareja <input type="checkbox"/> Separado/divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a		
Trabaja :		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Facultad:		
Carrera:		
Año de ingreso:		Curso actual:

- **A continuación se presentan una serie de preguntas o afirmaciones. Te pedimos que respondas a todas ellas indicando en cada caso la respuesta que mejor describa tu experiencia al respecto**
- **Por favor, respeta el orden en el que está presentado el protocolo para dar tus respuestas**
- **Recuerda que la información obtenida será tratada de manera confidencial y con fines exclusivamente científicos**
- **Intenta responder a todos los ítems**

**Se prohíbe la reproducción y/o utilización parcial o total de este protocolo de evaluación sin la correspondiente autorización. Esta versión ha sido desarrollada específicamente para su uso en contextos de investigación.**

**I. Estamos interesados en conocer tus opiniones sobre sexualidad. A continuación te presentamos una serie de preguntas con ese objetivo.**

1- *¿Consideras que es posible lograr una sexualidad segura?*

NO

*¿Por qué?*

.....  
 .....  
 .....

SI

*¿Qué entiendes por sexualidad segura?*

.....  
 .....  
 .....

2- *¿Qué información consideras básica para el manejo de tu sexualidad?*

.....  
 .....  
 .....

3- *¿Has recibido en alguna ocasión información sobre los siguientes temas?*

	SI	NO
Sexualidad		
Métodos anticonceptivos		
Enfermedades de transmisión sexual (ETS)		
SIDA		

4- *¿A cuál o cuáles de las siguientes fuentes recurres para obtener información sobre estos temas cuando la necesitas o si la has necesitado en algún momento?*

- Experiencia personal
- Medios masivos de comunicación (prensa escrita, TV, radio, etc.)
- Familia (padres, hermanos, etc.)
- Amigos
- Pareja
- Profesores/Instituciones académicas (cursos, charlas, talleres o clases dadas sobre el tema por especialistas y/o docentes durante el curso lectivo).
- Otros.....

5- *¿Consideras que tu nivel de información/conocimiento sobre la prevención del SIDA es:*

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo/insuficiente



**II. A continuación te presentamos una serie de preguntas. Señala la o las respuestas que consideres correcta en cada caso.**

<p><b>1. ¿Cuál/es de las siguientes son enfermedades de transmisión sexual?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> dispareunia      <input type="checkbox"/> eyaculación precoz  <input type="checkbox"/> HIV                <input type="checkbox"/> herpes genital  <input type="checkbox"/> gonorrea          <input type="checkbox"/> sida  <input type="checkbox"/> clamidia          <input type="checkbox"/> vaginismo </p>
<p><b>2. ¿Qué significan las siglas VIH?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Virus de Inmuno-Deficiencia Hereditaria  <input type="checkbox"/> Virus de Inmuno-Deficiencia Humana  <input type="checkbox"/> Virus de Inmuno-Deficiencia Adquirida  <input type="checkbox"/> Virus de Inmuno-Deficiencia Homeostática  <input type="checkbox"/> No Se </p>
<p><b>3. ¿Qué significan las siglas SIDA?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmuno-Deficiencia Atípica  <input type="checkbox"/> Síntomas de Inmuno-Deficiencia Adquirida  <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida.  <input type="checkbox"/> Síndrome de Inmuno-Deficiencia Arrítmica  <input type="checkbox"/> No Se </p>
<p><b>4. ¿Cuál es la diferencia entre tener HIV (1) y tener SIDA (2)?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Que (1) es la enfermedad en latencia y (2) es la enfermedad manifiesta  <input type="checkbox"/> Que (1) se es portador y no se contagia y (2) se está enfermo y se contagia  <input type="checkbox"/> Que (1) se da entre personas heterosexuales y (2) se da sólo en homosexuales  <input type="checkbox"/> (1) y (2) significan lo mismo.  <input type="checkbox"/> No Se </p>
<p><b>5. ¿Cuál es el origen del HIV-SIDA según la información científica que se dispone actualmente?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Tiene su origen en las prácticas homosexuales  <input type="checkbox"/> Tiene su origen en un mono africano  <input type="checkbox"/> Tiene su origen en la raza negra (africanos)  <input type="checkbox"/> Tiene su origen en los hemofílicos  <input type="checkbox"/> No Se </p>
<p><b>6. ¿Una persona con HIV puede infectar a otros inmediatamente después del contagio? ¿Por qué?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Sí, pero sólo cuando han pasado 3 meses después del contagio  <input type="checkbox"/> No, porque el HIV no se contagia cuando se es portador  <input type="checkbox"/> Sí, porque se es portador del Virus inmediatamente  <input type="checkbox"/> No, porque el HIV no se ha proliferado suficientemente aún  <input type="checkbox"/> No Se </p>
<p><b>7. ¿En qué consiste la prueba para detectar el HIV-SIDA?</b></p> <p> <input type="checkbox"/> En un análisis de sangre simple  <input type="checkbox"/> En una prueba de orina simple  <input type="checkbox"/> En un examen de cultivo de la saliva  <input type="checkbox"/> En un análisis de los fluidos corporales  <input type="checkbox"/> Otras (especificar):.....  <input type="checkbox"/> No Se </p>

<b>8. ¿En qué lugares puede una persona realizarse el examen para detectar HIV-SIDA?</b>	
<input type="checkbox"/> Sólo en laboratorios privados <input type="checkbox"/> En cualquier laboratorio del país <input type="checkbox"/> Sólo en los laboratorios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Sólo en el consultorio privado del médico <input type="checkbox"/> Otros..... <input type="checkbox"/> No Se	
<b>9. ¿Después de cuánto tiempo luego del contagio es recomendable realizarse un examen para detectar HIV?</b>	
<input type="checkbox"/> Preferiblemente al día siguiente después del posible contagio <input type="checkbox"/> Preferiblemente un mes después del posible contagio <input type="checkbox"/> Preferiblemente tres meses después del posible contagio <input type="checkbox"/> Preferiblemente cinco a ocho años después del posible contagio <input type="checkbox"/> No Se	
<b>10. ¿Cuáles son los síntomas iniciales del HIV?</b>	
<input type="checkbox"/> Infecciones por hongos y bacterias estomacales <input type="checkbox"/> Diarreas continuas, Sarcoma de Kaposi y Resfriado <input type="checkbox"/> Ninguno, a lo más un resfriado común. <input type="checkbox"/> Herpes, Gonorrea, Infecciones Vaginales y otras ETS <input type="checkbox"/> No Se	
<b>11. ¿Qué parte del organismo afecta el HIV-SIDA?</b>	
<input type="checkbox"/> El sistema inmunológico <input type="checkbox"/> El sistema endocrino	<input type="checkbox"/> El aparato reproductor <input type="checkbox"/> El sistema nervioso <input type="checkbox"/> No Se
<b>12. ¿Cómo se contagia el HIV?</b>	
<input type="checkbox"/> Contacto directo con sudor o saliva del infectado (si toca la piel de otra persona) <input type="checkbox"/> Con todo tipo de contacto sexual <input type="checkbox"/> Contacto directo con la sangre y/o semen (o fluidos vaginales) de una persona infectada <input type="checkbox"/> Contacto directo con las ropas y utensilios del infectado <input type="checkbox"/> Transfusiones de personas portadoras <input type="checkbox"/> Por transmisión vertical (vía materno-filial) <input type="checkbox"/> No Se	
<b>13. ¿Cuál es la forma más frecuente de contagio del HIV?</b>	
<input type="checkbox"/> Relaciones sexuales homosexuales sin protección <input type="checkbox"/> Intercambio de jeringas y/o agujas con personas infectadas <input type="checkbox"/> Relaciones sexuales heterosexuales sin protección <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre de personas infectadas <input type="checkbox"/> No Se	
<b>14. De las siguientes prácticas sexuales, ¿cuál no representa una forma de contagio?:</b>	
<input type="checkbox"/> Sexo oral sin protección <input type="checkbox"/> Sexo anal sin protección	<input type="checkbox"/> Sexo vaginal <input type="checkbox"/> Todas pueden contagiar <input type="checkbox"/> No Se
<b>15. ¿Cuál de las siguientes personas presenta mayor riesgo de contraer HIV?</b>	
<input type="checkbox"/> Una persona adicta a las drogas <input type="checkbox"/> Una persona heterosexual <input type="checkbox"/> Todas por igual	<input type="checkbox"/> Una persona homosexual <input type="checkbox"/> Una persona que sufre hemofilia <input type="checkbox"/> Ninguna en particular <input type="checkbox"/> No Se

<p>16. <i>¿A simple vista se puede saber si una persona es portadora del virus del SIDA?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> No se</p>
<p>17. <i>¿Una persona afectada por el HIV puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> No se</p>
<p>18. <i>¿La mayoría de las personas que tienen SIDA muestran síntomas de estar enfermos enseguida?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No      <input type="checkbox"/> No se</p>
<p>19. <i>¿Cuál/es de los siguientes comportamientos es el que actualmente presenta mayor riesgo de contagio de HIV?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tener una pareja homosexual      <input type="checkbox"/> Ser donante de sangre  <input type="checkbox"/> Utilizar drogas intravenosas      <input type="checkbox"/> Tener más de una pareja sexual  <input type="checkbox"/> No utilizar preservativos      <input type="checkbox"/> Practicar sexo oral  <input type="checkbox"/> No Se</p>
<p>20. <i>¿Cuál o cuáles de los siguientes signos clínicos suelen manifestarse predominantemente en las personas infectadas con el HIV?</i></p> <p><input type="checkbox"/> diarrea      <input type="checkbox"/> pérdida de peso      <input type="checkbox"/> gastritis      <input type="checkbox"/> nódulos linfáticos inflamados  <input type="checkbox"/> fiebre      <input type="checkbox"/> diabetes      <input type="checkbox"/> insomnio      <input type="checkbox"/> tos y dificultad para respirar  <input type="checkbox"/> No Se</p>
<p>21. <i>¿Si se es una persona sexualmente activa, ¿cuál es el método de protección más eficaz para prevenir el contagio del HIV?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Uso correcto de las píldoras anticonceptivas  <input type="checkbox"/> Uso correcto del preservativo masculino o femenino  <input type="checkbox"/> Uso correcto del diafragma femenino  <input type="checkbox"/> El coito interrumpido o no eyacular  <input type="checkbox"/> No Se</p>
<p>22. <i>En cuanto a los comportamientos con la pareja sexual, ¿cuál de las siguientes formas es más eficaz para evitar el contagio con HIV?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Que la pareja sea heterosexual  <input type="checkbox"/> Mantener relaciones sexuales siempre con protección (preservativos / condones)  <input type="checkbox"/> Tener una única pareja (fidelidad)  <input type="checkbox"/> Tener varias parejas sexuales usando protección  <input type="checkbox"/> Abstenerse de tener relaciones con personas infectadas  <input type="checkbox"/> No Se</p>
<p>23. <i>¿Qué cuidados piensas que debe tener el usuario de drogas intravenosas para no contagiarse de HIV-SIDA?</i></p> <p><input type="checkbox"/> Utilizar siempre jeringas y/o agujas nuevas.  <input type="checkbox"/> Utilizar jeringas y/o agujas de personas no infectadas  <input type="checkbox"/> Tener cuidado de limpiar la jeringa si ha sido utilizada por otro.  <input type="checkbox"/> Prestar jeringas sólo a personas no infectadas.  <input type="checkbox"/> No Se</p>
<p>24. <i>De cada 100 personas afectadas por el HIV (SIDA), ¿cuántas crees que son toxicómanos?..... ¿y homosexuales?.....¿y heterosexuales?..... Distribuye el 100% entre los 3 grupos</i></p>

<b>25. ¿Puede una madre transmitir el HIV a su hijo durante el embarazo?</b>
<input type="checkbox"/> Sí, pero depende de que tan avanzado esté el HIV <input type="checkbox"/> No, porque el feto es independiente de la madre <input type="checkbox"/> No, porque el feto no tiene el mismo tipo de sangre que la madre <input type="checkbox"/> Sí, a través de la placenta de la madre <input type="checkbox"/> No Se
<b>26. Una vez nacido el bebé, ¿qué cuidados debe tener una madre con HIV para no contagiar a su hijo?</b>
<input type="checkbox"/> Evitar besarlo y abrazarlo mucho <input type="checkbox"/> Evitar que el niño tenga contacto con su sudor o saliva <input type="checkbox"/> Evitar que el niño tenga contacto con los utensilios de la madre <input type="checkbox"/> Evitar darle pecho al niño <input type="checkbox"/> No Se
<b>27. ¿Cuál es la causa principal de la proliferación del HIV a nivel mundial?</b>
<input type="checkbox"/> Que las personas mantienen más relaciones sexuales que antes <input type="checkbox"/> Que cada vez hay más homosexuales declarados <input type="checkbox"/> Que las madres se lo están transmitiendo a sus hijos durante el embarazo <input type="checkbox"/> Que las personas no saben que portan la enfermedad <input type="checkbox"/> No Se
<b>28. ¿Cuál suele ser el tratamiento indicado para esta enfermedad?</b>
<input type="checkbox"/> Todavía no se ha encontrado uno <input type="checkbox"/> Tratamiento para aumentar las defensas y contrarrestar enfermedades oportunistas <input type="checkbox"/> Tratamiento para aumentar las defensas <input type="checkbox"/> Existe una vacuna para prevenir el SIDA <input type="checkbox"/> Reducir el nivel del virus en la sangre a niveles tan bajos como sea posible, y por el mayor tiempo posible <input type="checkbox"/> No Se
<b>29. Influye el diagnóstico temprano en que una persona con HIV tenga mayor esperanza de vida?</b>
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se
<b>30. ¿Cuál es la esperanza de vida de una persona con HIV?</b>
<input type="checkbox"/> Ninguna, muere después de pocos años <input type="checkbox"/> Sin tratamiento, varios años <input type="checkbox"/> Con tratamiento, varios años <input type="checkbox"/> Depende del tipo de HIV, varios o pocos años <input type="checkbox"/> No Se
<b>31. ¿Cuál de las siguientes opciones constituye otra forma de contagio del HIV/SIDA?</b>
<input type="checkbox"/> Besar a una persona infectada o tocar su sudor <input type="checkbox"/> Sexo oral femenino o masculino <input type="checkbox"/> Por la picada de mosquitos donde haya una persona infectada <input type="checkbox"/> Vía aérea (por estornudos o tos de una persona infectada) <input type="checkbox"/> No Se
<b>32. ¿Puede una persona con HIV mantener relaciones sexuales sin contagiar a otros?</b>
<input type="checkbox"/> No, porque hay riesgo de infección <input type="checkbox"/> Sí, con la protección adecuada <input type="checkbox"/> Sí, pero sólo en las fases iniciales de la enfermedad <input type="checkbox"/> No, porque puede contagiar por la saliva o sudor <input type="checkbox"/> No Se

33. *¿Qué tipo de cuidados debe tenerse al estar cerca de una persona que tenga HIV?*

- |                                                                            |                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cuidarse que no estornude o tosa cerca            | <input type="checkbox"/> Ningún tipo de cuidado      |
| <input type="checkbox"/> Cuidarse de no utilizar sus utensilios de trabajo | <input type="checkbox"/> Sólo cuidarse de no tocarlo |
|                                                                            | <input type="checkbox"/> No Se                       |

34. *¿Cuál de los siguientes no constituye un método seguro para evitar el contagio con HIV por vía sexual?*

- |                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> El preservativo masculino | <input type="checkbox"/> La abstinencia           |
| <input type="checkbox"/> El coito interrumpido     | <input type="checkbox"/> El preservativo femenino |
|                                                    | <input type="checkbox"/> No Se                    |



**III. A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre sexualidad. Por favor responde a cada una de ellas, indicando en cada caso la opción que mejor describa tu valoración al respecto**

1	2	3	4	5	6
totalmente en desacuerdo	bastante en desacuerdo	algo en desacuerdo	algo de acuerdo	bastante de acuerdo	totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6
1. La sexualidad es muy importante para mí						
2. Pienso que tener relaciones sexuales es peligroso						
3. Me parece importante tener relaciones sexuales con una sola persona						
4. Me ocupo durante mis relaciones sexuales de que mi compañero/a se sienta a gusto conmigo						
5. Intento averiguar sobre la vida sexual de una persona antes de mantener relaciones íntimas con ella						
6. He tenido temor a haber contraído alguna ETS *						
7. Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar preservativos						
8. Considero improbable que la gente de mi entorno pueda contraer una ETS						
9. Considero importante usar protección durante mis relaciones sexuales						
10. Dejo que la persona con la que estoy decida el modo de protección durante la relación sexual						
11. Me resultaría cómodo hablar acerca del uso del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual						
12. Usar protección en las relaciones sexuales es incómodo						
13. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos el preservativo, tengo/tendría miedo de que me rechace						
14. La masturbación es perjudicial para la salud						
15. Las enfermedades de transmisión sexual no son fácilmente transmisibles						
16. Existen métodos seguros para evitar el contagio de ETS						
17. Si uno de mis amigos/as tuviera SIDA yo le ayudaría						
18. No me siento/sentiría seguro/a de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja ya que él/ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ETS						
19. Existen métodos seguros para evitar el embarazo						
20. Estoy seguro/a de que recordaría usar el preservativo aunque hubiera consumido alcohol u otras drogas						
21. Considero que la información que dispongo sobre ETS es suficiente						
22. Si una persona tiene SIDA se le nota a simple vista						

**1** totalmente en desacuerdo     
**2** bastante en desacuerdo     
**3** algo en desacuerdo     
**4** algo de acuerdo     
**5** bastante de acuerdo     
**6** totalmente de acuerdo

	1	2	3	4	5	6
23. Suelo tomar la iniciativa para tener relaciones sexuales						
24. Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el preservativo o ponérselo a mi pareja						
25. Cuando estoy en pareja me cuesta ser fiel						
26. La homosexualidad es una enfermedad						
27. Los enfermos de SIDA deberían ser aislados para no contagiar a nadie						
28. Experimento incomodidad en mis relaciones sexuales						
29. Estoy seguro/a de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el preservativo o ponérselo a mi pareja						
30. Al mantener relaciones sexuales me protejo para no contraer ETS						
31. Me preocupa la posibilidad de contagiarme con el HIV						
32. Actualmente el sida es una enfermedad incurable						
33. Fantasear con alguien diferente a tu pareja es una forma de serle infiel						
34. Pienso que tener relaciones sexuales es saludable						
35. Si tengo/tuviera un amigo/a homosexual me sentiría muy incómodo a su lado						
36. Sólo los homosexuales y los drogadictos pueden contraer SIDA						
37. Disfruto de las relaciones sexuales						
38. Espero a que mi pareja sexual busque el contacto físico						

*\*Enfermedades de transmisión sexual (ETS)*

**IV. A continuación se presentan una serie de preguntas referidas al manejo de tu sexualidad. Te pedimos por favor que contestes con la mayor sinceridad posible y de acuerdo con tu experiencia. Recuerda que la información que brindes será tratada de manera confidencial y con fines exclusivamente científicos.**

<p><b>1. ¿Has mantenido alguna vez relaciones sexuales de cualquier tipo con otra persona?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si tu respuesta es SI, ¿A qué edad has tenido tu primera relación sexual? .....</p>
<p><b>2. En cuanto a tu orientación sexual te consideras:</b></p> <p><input type="checkbox"/> heterosexual      <input type="checkbox"/> bisexual      <input type="checkbox"/> homosexual</p>
<p><b>3. La condición en que se dio tu primera relación sexual fue:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Con consentimiento</p> <p><input type="checkbox"/> En contra de tu voluntad</p> <p><input type="checkbox"/> Bajo presión/manipulación</p> <p><input type="checkbox"/> Otra: .....</p>
<p><b>4. ¿Cómo recuerdas tu primera experiencia sexual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Agradable      <input type="checkbox"/> Desagradable      <input type="checkbox"/> Neutra      <input type="checkbox"/> No la recuerdo</p>
<p><b>5. ¿Con cuántas personas aproximadamente has tenido relaciones sexuales en tu vida? .....</b></p>
<p><b>6. ¿Alguna vez has sido víctima de agresión sexual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>7. ¿Mantienes actualmente o has mantenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>8. ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado hasta el momento? Puedes señalar más de una</b></p> <p><input type="checkbox"/> masturbación      <input type="checkbox"/> sexo oral</p> <p><input type="checkbox"/> masturbaciones mutuas      <input type="checkbox"/> coito o penetración anal</p> <p><input type="checkbox"/> coito o penetración vaginal      <input type="checkbox"/> otras:.....</p>
<p><b>9. ¿Con qué frecuencia sueles mantener relaciones sexuales?</b></p> <p><input type="checkbox"/> más de 3 veces a la semana      <input type="checkbox"/> 1 vez al mes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 veces a la semana      <input type="checkbox"/> 5-6 veces al año</p> <p><input type="checkbox"/> 1 vez a la semana      <input type="checkbox"/> menos de 6 veces al año</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 veces al mes      <input type="checkbox"/> otras opciones.....</p>
<p><b>10. ¿Tus relaciones sexuales en general son satisfactorias?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si tu respuesta es NO, ¿por qué?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Miedo al embarazo</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de información sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Miedo a las relaciones sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de deseo sexual</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor cuando tengo relaciones sexuales</p> <p><input type="checkbox"/> Alguna disfunción sexual (Falta de orgasmo, eyaculación precoz, etc...)</p> <p><input type="checkbox"/> Otros motivos (especificar):.....</p>

11. ¿Mantienes relaciones con una pareja estable? ..... Tiempo de la relación: .....

12. ¿Alguna vez has sido "infiel" a una persona con la que mantenías una relación estable?

Si       No

13. ¿Con qué frecuencia utilizas el preservativo ante las siguientes situaciones? (Responde sólo si te has encontrado ante alguna de esas situaciones)

	Nunca	algunas veces	bastantes veces	siempre
coito vaginal				
sexo oral				
coito anal				
relaciones con pareja estable				
relaciones con pareja esporádica/no estable				
si has consumido alcohol o drogas				

14. Si sueles utilizar el preservativo en tus relaciones sexuales, ¿por qué lo haces?:

- Para evitar el embarazo
- Para evitar el SIDA
- Para evitar otras enfermedades
- Me permite sentir más placer
- Otra razón:.....

15. Si no utilizas el preservativo es porque:

- Resulta caro
- No siempre los llevo encima
- Interrumpe la relación sexual
- Disminuye el placer sexual
- Otra razón:.....

16. ¿Crees que se puede mantener más de una relación sexual con el mismo preservativo?

Sí       No       No Se

17. ¿En qué tipo de situaciones consideras que es imprescindible el uso de preservativos para prevenir una enfermedad de transmisión sexual (ETS)?

- Sólo cuando hay penetración
- Siempre que hay besos y caricias
- En todo tipo de contacto sexual (sexo oral, etc.)
- Otros (especificar):.....

18. ¿Crees que existen diferencias entre tener una relación estable u ocasional en cuanto al riesgo de contraer ETS?

Sí       No

**19. En el caso de que te surgiera la posibilidad de una relación sexual y no tuvieras un preservativo:**

- Tendría la relación exactamente igual
- Mantendría la relación pero evitando prácticas de riesgo para la transmisión del HIV (SIDA)
- Me abstendría de mantener relaciones sexuales
- Iría en busca de un preservativo, intentaría conseguirlo

**20. Si has utilizado o utilizas algún método anticonceptivo durante tus relaciones sexuales con penetración, indica cuál de los siguientes específicamente (Puedes elegir más de una opción):**

- Pastillas/Inyección
- DIU
- Diafragma
- Preservativo
- Óvulo/Espermicida
- Interrumpir el acto: retirando el pene antes de la eyaculación
- Ritmo
- Ninguno
- Otro (especificar):.....

**21. ¿Aceptarías no utilizar ningún método de protección a pedido de tu pareja sexual....(te ha sucedido esto)?**

- Si
- No

**22. ¿Te has realizado en alguna oportunidad controles médicos sobre ETS?**

- Si
- No

**Si tu respuesta es SI, ¿con qué frecuencia?**

- Una sola vez
- Sólo en las situaciones en las que pensé que podía tener algún riesgo por alguna relación sexual en particular (indicar cuántas fueron)
- Lo incluyo en mi rutina anual de controles médicos
- Otros (especificar).....

**23. ¿Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del SIDA?**

- Nada
- Algo
- Bastante
- Mucho

**24. ¿Has mantenido relaciones sexuales durante el último año sin utilizar ningún tipo de anticonceptivo/preservativo?**

- Si
- No

**¿Cuál ha sido la principal razón para no utilizarlos?:**

- No me importa utilizar ningún método
- Tengo una pareja estable y confío plenamente en la fidelidad de mi pareja.
- Con un preservativo no se siente nada
- Estaba tan ebrio/a o drogado/a que no lo hice
- Otro (especificar):.....

<p><b>25. Durante el último año, ¿has mantenido aunque sea una relación sexual ocasional, con una persona prácticamente desconocida?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>26. En el último año, ¿has cambiado tu pareja sexual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>27. Durante el último año, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna  <input type="checkbox"/> Una sola pareja  <input type="checkbox"/> Dos parejas  <input type="checkbox"/> Tres parejas  <input type="checkbox"/> Cuatro o más parejas sexuales</p>
<p><b>28. Durante el último año: ¿has sentido temor de haberte contagiado de HIV/SIDA luego de una relación sexual?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p>
<p><b>29. ¿Alguna vez te has hecho las pruebas diagnósticas del HIV directa o indirectamente (a través de una donación de sangre) para saber si eras portador del HIV o seropositivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si      <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si tu respuesta fue SI, ¿cuántas veces y cuánto tiempo hace desde la última vez?</b></p> <p>.....</p>
<p><b>30. Si nunca te has realizado una prueba de sangre de HIV/SIDA y eres una persona sexualmente activa (relación sexual vaginal, anal y/u oral); ¿cuál es la principal razón para no someterte a esta prueba de HIV?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Me protejo en todas las relaciones sexuales (uso preservativos) aunque sea para prácticas de sexo oral  <input type="checkbox"/> Tengo miedo a que sea positiva la prueba y yo sea portador de HIV  <input type="checkbox"/> Tengo una pareja sexual estable y practicamos la fidelidad mutua  <input type="checkbox"/> Sólo tengo relaciones sexuales orales sin penetración, aunque no uso preservativos  <input type="checkbox"/> Otra Razón (especificar):.....</p>
<p><b>31. Señala de 0 a 100 la probabilidad o el riesgo que percibes de un embarazo no deseado:.....</b></p> <p><b>32. ¿Y de infectarte con el HIV (SIDA)?.....</b></p> <p><b>33. Señala de 0 a 100 el temor que te produce la posibilidad de un embarazo no deseado:.....</b></p> <p><b>34. ¿Y el temor a infectarte con el HIV (SIDA)?.....</b></p>
<p><b>35. Consideras que actualmente el Sida es una enfermedad:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Leve                                      <input type="checkbox"/> Grave  <input type="checkbox"/> Moderada                                  <input type="checkbox"/> Fatal</p>
<p><b>36. ¿Conoces a alguien afectado /a por el HIV?</b></p>

Si       No

**37. Si te enteraras que un amigo tuyo es portador de HIV:**

- Intentaría quedar más con él/ella para apoyarlo y contenerlo
- Evitaría verlo muy frecuentemente
- Me comportaría exactamente igual que antes
- Me ocuparía de ayudarlo con su enfermedad
- Dejaría de verlo por completo

**38. Si antes de conocer a alguien te enteras que es portador del HIV:**

- Evitaría conocerlo
- Lo conocería igual
- Tendría más interés en conocerlo
- Alertaría a mis amigos para que se cuidaran
- Informaría a mis amigos para que le apoyaran

**39. Indica en una escala de 0 a 10 ¿cuánto te sueles preocupar por tu salud? .....**

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**