

# **Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal.**

JL. Bimbela / JM. Jiménez / P. Gutiérrez / JC. March J. C.

Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

*Correspondencia:* José Luis Bimbela Pedrola. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070. Granada 18080 (España)  
Tel. 958-027-436. Fax 958-027-503. Correo electrónico: [bimbela@easp.es](mailto:bimbela@easp.es).

Recuento palabras resumen: 375

Recuento palabras manuscrito: 4.742

# Resumen

*Objetivo:* Describir el uso del profiláctico entre jóvenes en sus relaciones de coito vaginal e identificar los factores asociados a dicho uso.

*Métodos:* La información se recogió mediante cuestionario autoadministrado a 1.000 jóvenes (14-24 años) residentes en Andalucía (España). Se llevó a cabo un análisis bivariado y se ajustaron ecuaciones de regresión logística jerárquica para verificar asociaciones.

*Resultados:* 750 mantuvieron relaciones afectivas y/o sexuales con contacto físico, y de ellos/as un 63% practicó el coito vaginal. La frecuencia aumentó con la edad ( $p < 0,001$ ), fue mayor entre mujeres que entre varones ( $p = 0,03$ ), y entre los/as que trabajan frente a los/as que estudian ( $p < 0,001$ ). Entre los/as que tuvieron una sola relación coito-vaginal usaron profiláctico un 83%, y entre los/as que tuvieron más de una, utilizó siempre profiláctico un 49%. Las variables asociadas a utilizarlo siempre fueron: intención de conducta con pareja habitual y frecuencia de la práctica. Las variables asociadas a no utilizarlo nunca fueron: tipo de convivencia, locus de control, número de zonas del cuerpo identificadas como sensibles al placer, compatibilidad percibida entre confianza en la pareja y uso del profiláctico, e intención de conducta con pareja habitual. Un 96% de los/as encuestados/as opinaron que tiene un riesgo alto o máximo “una chica que practica la penetración vaginal sin condón con un chico portador del VIH”. Un 92% afirmaron que tiene un riesgo alto o máximo “un chico que practica la penetración vaginal sin condón con una chica portadora del VIH”.

*Conclusiones:* Pese a que la mayor parte de la juventud posee información adecuada sobre el riesgo respecto a la transmisión del VIH derivado de la práctica del coito vaginal, y las formas

de prevenirlo, es poco frecuente el uso de profiláctico en dichas prácticas. Existen más posibilidades de que realicen prácticas coito-vaginales sin protección cuando: viven fuera del núcleo familiar, tienen un bajo locus de control interno, identifican un número reducido de zonas del cuerpo como sensibles al placer sexual, perciben como incompatibles la confianza en la pareja y el uso del profiláctico, tienen una intención de conducta de riesgo con la pareja habitual, y no hablan con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica sexual.

**Palabras clave:** Jóvenes. Coito vaginal. Uso de profiláctico. Prevención VIH. Sexualidad. Sida.

## **Abstract**

*Objective:* To describe young people's use of condoms in penetrative vaginal sex, and to identify the factors associated with this use.

*Methods:* The information was collected using a self-administered questionnaire put to 1,000 people between 14 and 24 years of age resident in the region of Andalusia (Spain). A bivariate analysis was carried out and hierarchical logistic regression equations were adjusted to verify various associations.

*Results:* Of the people surveyed, 750 had affective and/or sexual relations with physical contact, and of these 63% had vaginal sex, with a frequency that increased with age ( $p < 0.001$ ) and which was more habitual among women than men ( $p = 0.03$ ), as well as among those that work than among students ( $p < 0.001$ ). Of those that only had vaginal sex once, 83% used a condom, whereas 49% of those that had sex more than once always used a condom. The variables associated with always using a condom were: intention of behaviour with their regular partner and frequency of practice. The variables associated with never using a condom were: type of cohabitation, control locus, number of areas of the body identified as pleasure-sensitive, perceived compatibility between trust in their partner and condom use, and intention of behaviour with their regular partner. Of the 1,000 people surveyed, 96% considered that "*a girl who has penetrative vaginal sex without a condom with a boy who is a carrier of HIV*" is at a high or maximum risk, and 92% stated that "*a boy who has vaginal penetrative sex without a condom with a girl who is a carrier of HIV*" is at a high or maximum risk.

*Conclusions:* Despite the fact that most young people possess adequate information on the risk of HIV transmission resulting from vaginal sex and on methods of prevention, condom use is infrequent in this type of sexual practice. Unprotected vaginal intercourse is most likely to occur when: they live outside the family nucleus; they have a low internal control locus; they identify a low number of body areas as sensitive to sexual pleasure; they perceive trust in their partner and condom use as incompatible; they have an intention of risk behaviour with their regular partner; and they do not talk to their partner about methods of prevention before carrying out sexual practices.

**Key words:** Young people. Vaginal sex. Condom use. HIV prevention. Sexuality. Aids.

## Introducción

La categoría de transmisión heterosexual, representa entre los varones un 16% de los casos de sida diagnosticados en España en 1999, y un 33% entre las mujeres; siendo en ambos casos la segunda categoría de transmisión por número de casos, tras la de usuarios/as de drogas por vía parenteral. Desde la aparición, en 1985 de los primeros casos, el aumento en el porcentaje que esta vía representa ha sido constante hasta alcanzar, en 1999, el 19,5% para el conjunto de ambos sexos (1). Si a este porcentaje se le añade el correspondiente a la categoría de transmisión “hombres homo y bisexuales” (12%), se observa que 1 de cada 3 casos de sida diagnosticados en España en 1999 está relacionado con las prácticas sexuales.

Hay pocos estudios que ofrezcan información sobre las conductas sexuales de la juventud andaluza. El más completo y riguroso realizado en la Comunidad Autónoma de Andalucía es el llevado a cabo por Oliva y colaboradores (1992). En él se entrevista a mil jóvenes de 15 a 21 años (escolarizados/as y no escolarizados/as). Entre los resultados cabe destacar: de los/as jóvenes que mantienen relaciones buco-genitales, el 70 % dicen haberlas practicado por primera vez entre los 15 y 18 años; casi el 45% de la muestra ha tenido ya relaciones coitales en el momento de la encuesta (con diferencias significativas según género: 50% de los varones, 39% de las mujeres); uno de cada tres jóvenes no ha utilizado ningún método contraceptivo en la primera relación coital; un 30% de los/as que tienen experiencia coital, manifiesta mantener esta práctica sexual una o más veces por semana; un 35% de los/as encuestados/as dice usar siempre el profiláctico en las relaciones coitales y un 14% afirma no usarlo nunca; aumentando la frecuencia con la edad.

En España los estudios realizados para investigar los comportamientos sexuales de la población son de difícil comparación, pues estudian segmentos de población de edades diversas, características socioeducativas distintas y factores diferentes relacionados con los comportamientos, lo que se traduce en preguntas y análisis diferentes. Todo ello, aunque

dificulta la realización de comparaciones rigurosas, permite tener una panorámica respecto a las prácticas sexuales de la población española en general y de la población joven en particular. En la Tabla 1 se muestra, ordenada cronológicamente, una selección de la información que ofrecen dichos estudios, sobre aspectos que pueden estar asociados con prácticas sexuales de riesgo en relación con la transmisión del vih/sida entre personas que pertenecen al intervalo de edad de 15 a 24 años. La información seleccionada es: edad de inicio del coito; porcentaje de jóvenes con experiencia en prácticas coitales; porcentaje de jóvenes que utilizan medidas de prevención (tanto respecto a embarazos no deseados como a enfermedades de transmisión sexual), y porcentaje de jóvenes que utilizan específicamente el profiláctico. Como puede observarse, no todos los estudios aportan datos acerca de los aspectos que se pretenden revisar. Además, se ofrecen datos obtenidos en estudios realizados en Francia, Reino Unido y Estados Unidos.

Las investigaciones que han querido identificar los factores que en mayor medida influyen en el uso del profiláctico en población heterosexual, se han circunscrito a las relaciones coitales, tanto en su uso como anticonceptivo, como en su utilización como método para prevenir enfermedades de transmisión sexual y vih/sida. En relación con la conducta "uso de profiláctico" los factores más asociados al uso consistente del profiláctico son: habilidades para una efectiva comunicación/negociación sexual (15); autoeficacia para pedir el uso de profiláctico (15); percepción de la norma social o del grupo de referencia para la prevención del vih (15); creencia de que el uso del profiláctico aumenta la confianza (16); actitudes y reacciones anticipadas de la pareja (17); interacción entre las características de los métodos, de los usuarios y del contexto en el que se utilizan (18); arrepentimiento anticipado (19). Además, se encontró que en una muestra de hombres y mujeres de entre 18 y 41 años, los hombres tienen una mayor frecuencia de conductas sexuales de riesgo que las mujeres (20). Los hombres manifiestan que una relación sin protección es más frecuente en

situaciones inesperadas o bajo la influencia del alcohol u otras drogas. Las mujeres manifiestan tener relaciones sin protección en relaciones estables de larga duración y al mismo tiempo presentan un mayor confort con prácticas sexuales seguras que los hombres, excepto a la hora de comprar profiláctico (20). Sheeran, Orbell y Abraham (21), realizan un metaanálisis de la relación entre variables psicológicas y uso del profiláctico entre heterosexuales, concluyendo que una actitud positiva hacia los profilácticos que fortalezca su aceptación como método anticonceptivo y promueva esta visión en los/as compañeros/as sexuales favorecen el incremento de su uso, además de llevar profilácticos, tenerlos disponibles y hablar acerca de ello. También indican los resultados de este metaanálisis que las intervenciones antes de comenzar a tener relaciones sexuales también son efectivas.

La situación en España, respecto a los casos de sida, al finalizar el año 1999 muestra que el intervalo de edad que va desde los 25 a los 34 años recoge más de la mitad de todos los casos acumulados (1). Teniendo en cuenta el largo periodo de incubación de la enfermedad, puede hipotetizarse que una buena parte de ellos se infectaron probablemente al realizar prácticas de riesgo en relación con la transmisión del VIH, cuando tenían entre 14 y 24 años, el intervalo de edad estudiado en la presente investigación.

El marco teórico del presente estudio es el modelo formulado por L. W. Green y colaboradores (22), posteriormente revisado por el propio autor (23), y recientemente adaptado para la realización de diagnósticos de conductas por J. L. Bimbela (24): *el Modelo P.R.E.C.E.D.E.* (P=*Predisposing*, R=*Reinforcing*, E=*Enabling*, C=*Causes*, E=*Education*, D=*Diagnosis*, E=*Evaluation*). Dicho modelo estructura los factores que influyen sobre las conductas relacionadas con la salud, en tres bloques: predisponentes, facilitadores y reforzantes, según puede observarse en la Tabla 2, en la que se ofrece el detalle de los factores que integran cada bloque.



## Métodos

El estudio realizado fue transversal, descriptivo, analítico, muestral y distributivo. La información secundaria utilizada se concretó en un análisis de documentos, estadísticas e indicadores fundamentales. La información primaria se obtuvo a través de una encuesta realizada mediante un cuestionario autoadministrado, desarrollado a partir de escalas obtenidas en la bibliografía y de información surgida en los grupos y en las entrevistas individuales del estudio cualitativo previo realizado por los propios investigadores (25).

La población estudiada fue la de los/as jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 24 años residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, región situada en el sur de España, separada de Marruecos por el mar Mediterráneo, con una población de 7.000.000 de habitantes, una extensión de 87.000 Km<sup>2</sup> y una densidad de población de alrededor de 80 habitantes por Km<sup>2</sup>. El tipo de muestreo utilizado fue por conglomerados polietápico con estratificación de las unidades de primera etapa (secciones censales provinciales). Las unidades de la segunda etapa estaban constituidas por las viviendas dentro de cada sección. Las unidades de la última etapa o elementos muestrales eran los/as jóvenes de 14 a 24 años residentes en las mismas. En primer lugar se estratificó por provincias. Se seleccionaron para cada estrato una muestra proporcional a la población de jóvenes con edades comprendidas entre los 14 y los 24 años. A cada estrato le correspondió un número de entrevistas igual al tanto por mil que representa sobre la población total, con una selección de las secciones censales dentro de cada provincia de forma aleatoria. En segundo lugar, para cada provincia se procedió a la estratificación proporcional en función del tamaño del hábitat, realizándose la selección de los municipios con probabilidad proporcional al peso de la población de cada municipio. En tercer lugar, se eligieron las áreas de menor tamaño, de las que se extrajeron los/as jóvenes a entrevistar. Para cada sección se ajustó la distribución a puntos de muestreo en torno a diez entrevistas, ocho como mínimo y once como máximo. Se fijaron cuotas por edad y género,

según la distribución poblacional. La muestra ofrecía las características que se presentan en la Tabla 3.

Para obtener información sobre este tema de forma válida y fiable se tomaron diversas medidas: diseñar el cuestionario como autoadministrado, para ser contestado con la presencia cercana pero no intimidatoria del/de la encuestador/a, realizar la presentación (escrita y oral), enfatizando la utilidad, para los/as propios/as respondientes, de la información requerida; evitar, en la redacción de las preguntas, cualquier juicio de valor, mediante un lenguaje claro y directo para conjugar normalidad, comodidad y respeto; diseñar un formato atractivo, claro y ágil; y con un orden que paliara los efectos del cansancio.

Con los/as entrevistadores/as, se tomaron medidas como seleccionarlos según su proximidad (por edad, cultura) con la población estudiada; realizar sesiones de motivación y formación. La recogida de información del trabajo de campo se realizó durante abril de 1997, supervisándose telefónicamente el 10% de las entrevistas y el 10% con entrevista personal. Respecto a la tasa de respuesta, los resultados obtenidos fueron: a lo largo del trabajo de campo se contactó con 6.312 hogares, de los que 3.577 (57%) no contaban con personas de 14 a 24 años. En otros 622 hogares (10%) los estratos de edad y género estaban ya cubiertos y en 731 (11%) se negaron a que se llevase a cabo la encuesta. Un total de 382 jóvenes contactados/as se negaron a responder al cuestionario, lo que determinó una tasa de no respuesta de un 28% (382/1.382). Las negativas a responder fueron sustituidas dentro de la misma sección censal por personas del mismo estrato de edad y género. La tasa de respuesta obtenida fue de un 72%.

Las variables sociodemográficas del presente estudio fueron: edad, género, nivel de estudios, situación socio-laboral, tipo de convivencia habitual, nivel de estudios del padre y de la madre, situación socio-laboral del padre y de la madre, y lugar de residencia. La variable dependiente era el uso del profiláctico cuando se practicaba el coito vaginal durante los últimos seis meses anteriores a la encuesta. Dado que se pretendía conocer las razones por las

cuales los/as jóvenes utilizaban o no profiláctico se identificaron una serie de variables intermedias o bivalentes (según los factores propuestos en el modelo PRECEDE) que jugaban el doble papel de variables dependientes respecto a las variables sociodemográficas y de variables independientes respecto a las prácticas (Tabla 4). El cuestionario se sometió a un análisis descriptivo básico de respondentes y no respondentes y a un análisis de diferencias de las poblaciones. También se realizó un análisis descriptivo univariante de toda la encuesta, depurando inconsistencias y errores de codificación. Finalmente, se llevó a cabo un análisis descriptivo bivariante (el análisis bivariado se realizó teniendo en cuenta las variables sociodemográficas como independientes y el resto, incluyendo las intermedias o bivalentes, como variables dependientes).

Las preguntas relativas a opiniones sobre sexualidad, prácticas de riesgo, locus de control, y opiniones sobre los profilácticos, se sometieron a una reducción, mediante un análisis factorial (exploratorio) de componentes principales con rotación varimax, para una mejor interpretación de las dimensiones subyacentes.

Se ajustaron dos ecuaciones de regresión logística jerárquica para determinar los factores asociados a: 1) utilizar siempre el profiláctico; y 2) no utilizar nunca el profiláctico.

Los bloques de variables se introdujeron en los modelos según el orden del modelo PRECEDE: sociodemográficas, predisponentes, facilitadoras y reforzantes. Las variables de cada bloque se introdujeron en las ecuaciones utilizando el método de incorporación hacia atrás (*backward*), manteniéndose las que conseguían que la razón de verosimilitud alcanzase la significación estadística con  $p < 0,05$  en los sucesivos pasos. El análisis se realizó utilizando el paquete estadístico SPSS 8.0 para Windows.

## Resultados

De los/as 1000 jóvenes encuestados/as, un 75% había tenido “relaciones afectivas y/o sexuales que implicasen algún tipo de contacto físico con otras persona (besos, caricias, tocamientos, penetración, etc.)”. A medida que aumentaba la edad de los/as jóvenes aumentaba de forma estadísticamente significativa el porcentaje de los/as que habían tenido estas relaciones (en el grupo de 21-24 años un 86,3% y en el grupo de 14-16 años un 52,8%, con una  $p < 0,0001$ ). También aparecían diferencias significativas según género (80% entre los varones, 71% entre las mujeres,  $p = 0,004$ ), según nivel de estudios (83% en estudios profesionales, 65,1% en estudios primarios,  $p < 0,0001$ ), según situación sociolaboral (83,9% entre los/as que trabajan, 72,2% entre los/as que sólo estudia,  $p = 0,002$ ), y según el tipo de convivencia (89,1% entre los/as jóvenes que viven por su cuenta, 73,7% los/as que viven con la familia de origen,  $p = 0,001$ ).

De los 750 jóvenes que habían tenido relaciones con contacto físico, la última vez que mantuvieron ese tipo de relaciones, un 52,5% mantuvieron relaciones coito-vaginales. La frecuencia de estas prácticas aumentaba con la edad ( $p < 0,001$ ), y era más frecuente entre los/as jóvenes con estudios de Formación Profesional o Universidad ( $p = 0,001$ ). Esa última vez, un 2,5% entre los varones, y un 1,2% entre las mujeres había mantenido relaciones homosexuales.

Cuando se les preguntó sobre los seis meses anteriores a la encuesta, un 34,9% afirmó no haber realizado prácticas coito-vaginales, un 16,5% dijo haberlas practicado una sola vez, un 10,7% cerca de una vez al mes, un 16,9% cerca de una vez por semana, un 18,8% varias veces a la semana, y un 2,1 no contestaron a la pregunta; es decir, un 62,9% de los/as jóvenes había practicado en alguna ocasión el coito vaginal. La frecuencia de este tipo de relaciones aumentaba con la edad ( $p < 0,001$ ), y era mayor entre las mujeres ( $p = 0,03$ ) y entre los/as jóvenes que trabajaban ( $p < 0,001$ ).

Entre los/as que habían practicado el coito vaginal en una única ocasión, durante los seis meses anteriores a la encuesta, un 83% utilizó el profiláctico, mientras que entre los/as que tuvieron más de una relación el porcentaje que lo utilizó siempre fue de un 49%. El porcentaje más alto de los/as que nunca lo usaron está entre los estudiantes de EGB/ESO ( $p=0,009$ ), entre los/as que trabajan ( $p=0,002$ ), y entre los/as que viven por su cuenta ( $p<0,001$ ).

Las variables asociadas a utilizar siempre el profiláctico en prácticas coito- vaginales (frente a los/as que no lo usan siempre) resultaron ser: haber tenido una intención de conducta de no riesgo (segura) con la pareja habitual en situaciones de riesgo potencial (Odds ratio=9,30 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=5,36-16,16); y tener una frecuencia de práctica de una vez al mes como máximo (Odds ratio=2,67 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,26-5,63).

Las variables asociadas a no utilizar nunca el profiláctico en las prácticas de coito vaginal (frente a los/as que lo usan alguna vez) fueron: vivir por su cuenta (Odds ratio=4,22 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,76-10,11); tener un bajo nivel de locus de control interno (Odds ratio=0,47 ( $p<0,05$ ); intervalo de confianza (95%)=0,25-0,88); identificar pocas zonas del cuerpo como sensibles al placer sexual (Odds ratio=0,83 ( $p<0,05$ ); intervalo de confianza (95%)=0,72-0,97); haber mostrado acuerdo con la afirmación que decía “no es necesario usar condones si se confía en la pareja” (Odds ratio=1,51 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,13-2,00); haber tenido una intención de conducta de riesgo (insegura) con la pareja habitual en situaciones de riesgo potencial (Odds ratio=4,91 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=2,30-10,48); y no hablar con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica (OR=4,84 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,95-12,04).

Dada la fuerte asociación de la variable “Intención de conducta con la pareja habitual” con las conductas estudiadas, se identificó aquellas variables de entre las sociodemográficas,

predisponentes, facilitadoras y reforzantes que estuvieran asociadas a tener intenciones de conductas de riesgo (insegura) con la pareja habitual. Las variables identificadas fueron: vivir por su cuenta (Odds ratio=2,21 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,22-4,01); trabajar (frente a sólo estudiar) (Odds ratio=2,27 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,42-3,63); tener un bajo nivel de locus de control interno (Odds ratio=0,67 ( $p<0,05$ ); intervalo de confianza (95%)=0,46-0,94); y haber mostrado acuerdo con la afirmación que decía “no es necesario usar condones si se confía en la pareja” (Odds ratio=1,63 ( $p<0,01$ ); intervalo de confianza (95%)=1,39-1,92).

El análisis descriptivo univariante de las variables intermedias asociadas con las conductas investigadas permitió identificar un perfil de jóvenes en situación de más riesgo. En cuanto a la variable “zonas del cuerpo humano sensibles al placer sexual”, el riesgo es mayor entre los/as jóvenes de 14-16 años ( $p<0,001$ ), y entre los/as de menor nivel de estudios ( $p<0,001$ ). En relación con la variable “Intención de conducta con pareja habitual”, el riesgo es mayor entre los/as de mayor edad ( $p<0,001$ ), los/as que estudiaban formación profesional ( $p=0,04$ ), los/as que trabajaban ( $p<0,001$ ), y los/as que vivían por su cuenta ( $p<0,001$ ). En lo que hace referencia a la variable “compatibilidad percibida entre uso de profilácticos y confianza en la pareja” resultó que el riesgo es mayor entre los varones ( $p<0,001$ ), los/as que trabajaban ( $p<0,001$ ), y los/as que vivían en ciudades con menos de 10.000 habitantes ( $p=0,02$ ). En cuanto a la variable “locus de control”, el riesgo es mayor entre los/as jóvenes de menor nivel de estudios ( $p<0,001$ ), entre los/as que no estaban trabajando ( $p=0,01$ ) y entre los/as que vivían en municipios menores de 10.000 habitantes ( $p=0,03$ ). Respecto a la variable “frecuencia de las prácticas”, el riesgo aumenta entre los/as de mayor edad ( $p<0,000$ ), con el nivel de estudios ( $p<0,001$ ), y era también mayor entre los/as jóvenes que trabajaban ( $p<0,001$ ) y entre los/as que vivían por su cuenta ( $p<0,001$ ). Respecto a la variable “hablar

con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica”, el riesgo es mayor entre los/as más jóvenes ( $p=0,02$ ).

En cuanto a la eficacia preventiva del profiláctico masculino frente al vih, un 4,5% le otorgaron una seguridad mínima-baja, un 9,1% media, y un 85,1% alta-máxima. A medida que aumentaba la edad y el nivel de estudios, la valoración era más correcta ( $p<0,001$ ). En cuanto al profiláctico femenino, un 11,3% le otorgaba una seguridad mínima-baja para evitar el vih, un 19,2% media, y un 44,9% alta-máxima. Tenían una valoración más correcta los/as jóvenes de mayor edad ( $p=0,006$ ), los/as que tenían un mayor nivel de estudios ( $p=0,001$ ), y los/as que estudiaban ( $p<0,001$ ). Cabe destacar que un 22,8% de los/as encuestados/as afirmaron no conocer el profiláctico femenino. Otros métodos contraceptivos también fueron considerados útiles para evitar el vih. Un 35,6% otorgó al dispositivo intrauterino una seguridad de media a máxima para evitar el vih; el mismo nivel de seguridad atribuye un 32,7% al diafragma, y un 37,1% a la píldora. Un 22,2% de los/as jóvenes afirmaron que la penetración anal tiene una seguridad de media a máxima para prevenir el vih.

Respecto al riesgo que tiene *“una chica que practica la penetración vaginal sin condón con un chico portador del VIH”* un 1,7% afirmó que “bajo o ninguno”, un 2% que “medio”, mientras que un 96% consideró que el riesgo era “alto o máximo”. La valoración del riesgo fue más correcta entre las mujeres ( $p=0,05$ ), y entre los/as jóvenes con mayor nivel de estudios ( $p=0,002$ ). Respecto al riesgo que tiene *“un chico que practica la penetración vaginal sin condón con una chica portadora del VIH”* un 3,4% afirmó que “bajo o ninguno”, un 3,7% que “medio”, mientras que un 92% consideró que el riesgo era “alto o máximo”. La valoración del riesgo fue más correcta entre los/as de mayor edad ( $p=0,008$ ), y entre los/as jóvenes con mayor nivel de estudios ( $p=0,002$ ).

## Discusión

Resulta complicado obtener información válida y fiable sobre la conducta sexual de la población, por ser percibido este tema como una cuestión íntima e influida por la presión social (26) (27). Por esta razón, se identificaron los aspectos concretos que esa complicación general podía tener en el caso de la población de estudio, y fueron adoptadas las medidas necesarias para afrontarlos que se señalan en el epígrafe de Métodos.

Una de las dificultades que los investigadores tuvieron a la hora de elaborar el cuestionario fue la formulación de la pregunta-filtro para identificar a aquellos/as jóvenes que habían mantenido prácticas sexuales (del tipo que fuesen). Se quería evitar la generalización derivada de la equívoca y generalizada (28) (29) (10) etiqueta de “relaciones sexuales” cuando en realidad se está hablando sólo de “relaciones sexuales coitales”, y se deseaba incorporar el concepto de “afectividad” que con frecuencia aparece en estudios cualitativos sobre sexualidad hechos entre jóvenes (sobre todo entre mujeres) (25). Por ello, se optó por una formulación que aunque larga permitía lograr ambos objetivos: *¿Has tenido alguna vez relaciones afectivas y/o sexuales que implicasen algún tipo de contacto físico con otra persona (besos, caricias, tocamientos, penetración, etc.)?*

Los resultados de la presente investigación han confirmado los hallazgos de Raj (30) en relación con las variables no predictoras de conductas sexuales más seguras: los conocimientos sobre vih no resultaron estar asociados ni al uso del profiláctico ni a la intención de llevar a cabo conductas sexuales seguras. Como Bayés viene afirmando, “la información es condición necesaria pero no suficiente para cambiar los comportamientos” (31). Buena parte de los errores de información detectados parecen muy relacionados con el papel central y prioritario que el embarazo no deseado (END) tiene en el ámbito de sus



preocupaciones respecto al sexo y que les dificulta, aunque hablen de él, pensar en el riesgo del vih y no en el del END. Lo que se observa al analizar los porcentajes de jóvenes que atribuyen alguna eficacia preventiva frente al vih al diafragma, al dispositivo intrauterino, a la píldora e incluso a la penetración anal, aparecía también en el estudio cualitativo previo realizado en Andalucía (25) cuando algunas mujeres jóvenes afirmaban, al hablar de prácticas sexuales de riesgo y vih, que confiaban en que su pareja (el varón) no les iba a fallar ni a abandonar “si algo malo pasaba”.

En el presente estudio, los/as jóvenes demostraron tener una información aceptablemente correcta sobre los riesgos asociados a la práctica del coito vaginal; sin embargo, cuando llevaron a cabo esas mismas prácticas no tomaron las precauciones suficientes para evitar el riesgo que tan bien conocían. Los resultados de la investigación permitieron identificar factores que sí están asociados al uso o no de medidas preventivas y sobre los que habrá que intervenir prioritariamente, además de difundir información lo más clara y concreta posible.

Baker y colaboradores en un estudio con 739 personas heterosexuales, clientes de una clínica de ETS (32), sugieren que además de las variables tradicionales del modelo de la teoría de acción razonada de Adjen y Fishbein (actitudes y normas sociales percibidas), las variables “relación entre las parejas sexuales, es decir, si la pareja es estable o no” y “uso previo del profiláctico” deberían incorporarse al modelo para lograr un poder explicativo adicional. Civic, en un artículo donde presenta los resultados de una encuesta realizada con 210 universitarios/as (33), sugiere que los factores relacionales han recibido menor atención que los individuales como factores de correlación con la variable “uso del profiláctico”, ya que mayores niveles de amor, relaciones más largas y serias tuvieron una correlación negativa con el uso de profilácticos. Estos hallazgos se reflejan en la presente investigación en el enorme peso que han resultado tener dos de los factores identificados: que la pareja con la que

se mantiene la práctica sexual sea una pareja habitual, y la dificultad para percibir que el uso de profiláctico es compatible con la confianza que se tiene en la pareja. Los/as jóvenes en Andalucía han asociado las parejas ocasionales con más riesgo y ello les ha hecho aumentar su intención de prevenir consecuencias no deseadas y de hacer prácticas más seguras, con ese tipo de pareja. Por el contrario, con las parejas consideradas habituales (a las que se asocia con menos riesgos) dichas intenciones preventivas disminuyen. Ello adquiere relevancia al recordar que “la última vez” que mantuvieron relaciones sexuales, en tres de cada cuatro ocasiones la pareja fue una pareja considerada habitual. Además, es preocupante observar lo fácil que les resulta a los/as jóvenes dejar de considerarse pareja ocasional (con la que consideran que hay que mantenerse atento/a a las medidas preventivas) para convertirse en pareja habitual (con las que consideran que ya no es tan necesario estar atento/a a las medidas preventivas). Además, una vez establecidos como pareja habitual es frecuente que se planteen el cambio de método anticonceptivo, y que abandonen el uso del profiláctico en beneficio de otros métodos supuestamente más cómodos (25) (29). A consecuencia de ello, dejan de cubrirse los riesgos de una enfermedad de transmisión sexual (vii incluido) y resulta difícil argumentar el uso de profiláctico, salvo que se plantee la posibilidad de relaciones sexuales fuera de la pareja. Desde ese momento, el profiláctico puede convertirse en símbolo de posible infidelidad, con los elevados costes emocionales que para ambos miembros de la pareja ello suele suponer (34).

En relación con el factor “intención de conducta”, en un metaanálisis realizado por Sheeran y Orbell (35) sobre si las intenciones predicen el futuro uso del profiláctico, se halló que la correlación media ponderada intención/uso global es de 0,44. No se hallaron diferencias según género y sí según edad, a mayor edad, existe una mayor correlación entre intención y uso; además, a mayor tiempo entre la intención y la conducta, hay menos correlación; en parejas estables, existe mayor correlación. En el presente estudio, el factor

“intención de conducta” mostró una elevada asociación con las conductas analizadas, con Odds ratio de 4,91 (en el caso de no uso del profiláctico) y de 9,30 en el caso de uso. En cuanto al factor “frecuencia de la práctica”, en la presente investigación quedó de manifiesto que a medida que la práctica sexual era llevada a cabo de forma más frecuente, a los/as jóvenes les resultaba más difícil mantener la práctica más segura. Cada vez les era más difícil mantener el “siempre seguro”.

Las campañas informativas sobre el vih/sida están teniendo ocasionalmente efectos inesperados, pues han logrado que disminuya en alguna medida la frecuencia de las prácticas sexuales de mayor riesgo (coito anal y vaginal), pero paralelamente ha aumentado la frecuencia de otras prácticas que se consideran (y que son) de menor riesgo, como el sexo bucogenital (36), prácticas en las que el profiláctico u otras barreras no son percibidos como tan necesarios (37). Así, aunque el riesgo teórico del sexo bucogenital es pequeño, el aumento del número de prácticas y la no protección de las mismas puede multiplicar su riesgo real. El sexo bucogenital permite un alto nivel de intimidad y puede ocurrir que haya parejas que lo prefieran como alternativa (emocionalmente menos costosa) al posible cuestionamiento que para la pareja pueda suponer el uso de profiláctico (por temas de fidelidad y confianza ya comentados).

En el estudio cualitativo previo realizado en Andalucía (25), en aquellas ocasiones en que en los grupos de jóvenes aparecían comentarios sobre posibles alternativas placenteras y satisfactorias al coito, las propuestas en el caso de los varones solían centrarse en el sexo bucogenital (principalmente felación); mientras que entre las mujeres la lista de alternativas se ampliaba con prácticas como besos y caricias. Varones y mujeres estaban hablando de prácticas sexuales con riesgos muy distintos respecto al vih. En este sentido, será importante, tanto en las campañas multimedia como en las intervenciones individuales (“cara a cara”), clarificar la situación en el continuo seguridad-riesgo de cada una de las posibles prácticas

sexuales y de los roles que pueden desarrollarse. Los/as jóvenes piden, en este tema, información clara y sin eufemismos (25). Por otra parte, visto el incremento que está produciéndose en la frecuencia de prácticas bucogenitales habrá que impulsar investigaciones sobre este tipo de prácticas sexuales.

*Conclusión:* Pese a que la mayor parte de la juventud posee información adecuada sobre los riesgos respecto a la transmisión del VIH que tienen las prácticas de coito vaginal y la forma de evitarlos, es aún poco frecuente el uso de profiláctico en dichas prácticas. Las situaciones en las que existen más posibilidades de que lleven a cabo prácticas inseguras se producen cuando viven fuera del núcleo familiar, tienen un bajo locus de control interno (creen que evitar su propio contagio depende de factores externos), identifican un número reducido de zonas del cuerpo como sensibles al placer sexual, perciben como incompatibles la confianza en la pareja y el uso del profiláctico, tienen una intención de conducta de riesgo con la pareja habitual, y no hablan con la pareja sobre métodos de prevención antes de llevar a cabo la práctica sexual.

*Agradecimientos:* A Viki Zunzunegui por sus aportaciones metodológicas; a Beatriz Mahillo por su colaboración en las revisiones bibliográficas; a Maite Gorrotxategi por sus sugerencias a la redacción del texto final. Esta investigación ha sido financiada por la Unión Europea DGV (expediente SOC9720023705F04) y por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (expediente 96/36).

## **Bibliografía**

1. Registro Nacional de Sida. Vigilancia del sida en España. Informe trimestral nº4. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida; 1999.
2. Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. SIDA y adolescencia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud; 1991.
3. Calvo F. Las tres epidemias del SIDA en la provincia de Las Palmas (tesis doctoral). Madrid: Universidad Complutense; 1992.
4. Instituto de la Juventud. Juventud en cifras 1992. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1993.
5. Consejería de Salud. Estudio de actitudes, opiniones y comportamientos sexuales de los jóvenes de la comunidad de Madrid. Documentos Técnicos de Salud Pública nº 10. Madrid: Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud, Consejería de Salud. Comunidad de Madrid; 1993.
6. Oliva A, Serra L, Vallejo R. Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces: Estudio cuantitativo. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Universidad de Sevilla; 1992.

7. Miret M, Rodés A, Valverde G, Geli M, Casabona J. Conductas de riesgo relacionadas con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en los adolescentes escolarizados en Cataluña. *Gaceta Sanitaria* 1997; 11: 66-73
8. Cerdà N, Díez E, Juárez O. Prevenció de la sida a l'escola secundària: Programa PRESSEC. Barcelona: Diputació de Barcelona; 1997.
9. García JL, Avis M, Cobos F, Biurrun AC, Eslava JL, Rodrigo C, et al. Conductas sexuales de riesgo en universitarios/as: Un estudio en la Universidad de Navarra. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 1995; 36: 48-60.
10. Instituto de la Juventud. Informe Juventud en España 96. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.
11. Anónimo. Confían en el futuro, pese a todo. Encuesta de Demoscopia para El País sobre los universitarios españoles. *El País* 1997 abril 20; pp. 1-3 (Domingo).
12. Wellings K, Field J, Johnson AM, Wadsworth J. Sexual behaviour in Britain: The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles. Londres: Penguin Books; 1994.
13. Spira A, Bajos N, ACSF group. Les comportements sexuels en France. París: La Documentation Française; 1993.
14. Michael RT, Gagnon JH, Laumann EO, Kolata G. Sex In America: A Definitive Survey. Nueva York: Little, Brown and Company; 1994

15. Diclemente RJ, editor. Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy. Newbury Park: Sage Publications; 1992.
16. Santelly JS, Konris AC, Hoover DR, Polacsek M. Stage of behavior change for condom use: The influence of partner type, relationship and pregnancy factors. *Family planning perspectives* 1996; 28:101-107.
17. Soet JE, Dilorio C, Dudley WN. Women's self reported condom use: Intra and interpersonal factors. *Women and Health* 1998; 27(4):19-32
18. Beckman LJ, Harvey SM. Factors affecting the consistent use of barrier methods of contraception. *Obstetrics and Gynecology* 1996 Sep; 88 (3 Suppl):655- 715.
19. Buunk BP, Bakker AB, Siero FW, Van den Eijnden RJ, Yzer MC. Predictors of AIDS-preventive behavioral intentions among adult heterosexuals at risk for HIV- infection: extending current models and measures. *AIDS Education and Prevention* 1998 Apr;10(2): 149-172.
20. Jadack RA, Shibley J, S  ller ML. Gender and knowledge about HIV, risky sexual behavior and safer sex practices. *Research in Nursing and Health* 1995 18:313-324.
21. Sheeran P, Abraham C, Orbell S. Psychosocial correlates of heterosexual condom use: A meta-analysis. *Psychological Bulletin* 1999 Jan; 125(1): 90-132.

22. Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 1980.
23. Green LW, Kreuter MW. Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach. Palo Alto, CA: Mayfield; 1991.
24. Bimbela JL. Cuidando al cuidador: Counseling para médicos y otros profesionales de la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
25. Bimbela JL, Cruz MT. Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1997.
26. Catania JA, Gibson DR, Chitwood DD, Coates TJ. Methodological problems in AIDS behavioural research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. Psychological Bulletin 1990; 180: 339-362.
27. Catania JA, Gibson DR, Marín B, Coates TJ, Greenblatt RM. Response bias in assessing sexual behaviors relevant to HIV transmission. Evaluation and Program Planning 1990; 13: 19-29.
28. Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. SIDA y adolescencia. Murcia: Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud; 1991.
29. Cáceres J, Escudero V. Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados. Madrid: Ediciones Pirámide; 1994.



30. Raj A. Identification of social cognitive variables as predictors of safer sex behavior and intent in heterosexual college students. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1996 Winter;22(4):247-258.
31. Bayés R. *Sida y psicología*. Barcelona: Martínez Roca; 1995.
32. Baker SA, Morrison DM. Using the theory of reasoned action (TRA) to understand the decision to use condom in a STD clinic population. *Health Education Quarterly* 1996 Nov;528-542.
33. Civic D. The association between characteristics of dating relationships and condom use among heterosexual young adults. *AIDS Education and Prevention* 1999 Aug; 11(4):343-352.
34. Bayés R. Transmisión sexual del VIH. Aspectos psicológicos, éticos y conductuales. En Lameiras M, López A, editores. *Sexualidad y salud: la transmisión sexual del VIH y las agresiones sexuales*. Orense: Tórculo; 1997.
35. Sheeran P, Orbell S. Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology* 1998 Jun; 37(Pt 2):231-250.
36. Wong M L, Chan RK, Koh D, Wee S. Increase in oral sex and pharyngeal gonorrhoea: an unintended effect of a successful condom promotion programme for vaginal sex. *AIDS* 1999; 13 (14): 1981-1982.

37. Meris RS, Dufour A, Alary M, Otis J, Masse B, Turmel B, et al. Patterns of oral sex among who have affective and sexual relations with other men in Montreal. *Inf. Conf. AIDS* 1998; 12: 364 (abstract 23117).

**Tabla 1. Información sobre variables relacionadas con las prácticas sexuales de los/as jóvenes en España, Gran Bretaña, Francia y Estados Unidos, según distintos estudios.**

Estudios (&)	Edad inicio coito	% población coito	% población prevención (*) (#)	% población uso profiláctico (#)
C. A. Murcia 1991 (1990) N=1583, 14-21 años Escolarizados (2)	15,6 años	14,8%	no consta	13,4% última semana 26,5% último mes ( <i>muy frecuente + frecuente + alguna vez</i> )
Las Palmas No publicado (1992) N=325, 16-24 años Universitarios (3)	no consta	56,9% coito u oral	no consta	60%
España, 1993 (1992) N=5000, 15-29 años Escolarizados y no escolarizados (4)	17,6 años	65%	57%	41,6 %
C.A. Madrid 1993 (1992) N=1500, 15-19 años Escolarizados y no escolarizados (5)	16,5 años	39,2%	71,8% primera vez 85,1% actualmente	67,3% primera vez 66,6% actualmente
C. A. Andalucía 1993 (1992) N=1000, 15-21 Escolarizados y no escolarizados (6)	15-18 años	44,5%	34,6% primera vez	29,4 % primera vez 34,9 % actualmente ( <i>siempre</i> )
C. A. Cataluña, 1997 (1993) N=1213, 12-21 años Escolarizados (7)	15,7 años	18,5%	no consta	57,8% última semana ( <i>siempre + muy frecuente</i> ) 58,2% último mes ( <i>siempre + muy frecuente</i> )
Barcelona, 1997 (1994) N=1702, 15-22 años Escolarizados (8)	no consta	27,7%	no consta	84,2%
C. F. Navarra, 1995 (1994) N=763, 19-22 años Universitarios (9)	18-19 años	50,4%	no consta	no consta
España, 1996 (1995) N=6000, 15-29 años Escolarizados y no escolarizados (10)	17,5 años (varones) 18,7 años (mujeres)	56%	82% última vez	no consta
España, 1997 (1997) N= 4000, Universitarios (11)	17-20 años	60%	90% última vez	no consta
Gran Bretaña, 1994 (1991) N=4230, 16-24 años (12)	17 años	79,1% varones 78,6% mujeres	65,5% primera vez	48,5% primera vez
Francia, 1993 (1992) N=20055, 18-69 años (13)	17 años (varones) 18 años (mujeres)	80,5% varones 73,7% mujeres grupo edad 18-24	no consta	65,6% varones ( <i>último año</i> ) 43,4% mujeres ( <i>último año</i> ) grupo edad 18-24
Estados Unidos, 1994 (1992) N=3159, 18-59 años (14)	17,4 años	no consta	no consta	Con la pareja principal, el último año: 31% una pareja ( <i>siempre + a veces</i> ) 53% 3 o más parejas ( <i>siempre + a veces</i> )

(&) El año de publicación se presenta a continuación del lugar donde se ha realizado el estudio; y el año de realización del trabajo de campo entre paréntesis

(\*) Prevención de embarazos no deseados y/o enfermedades de transmisión sexual

(#) De los que han tenido experiencia coital

**Tabla 2. Modelo P.R.E.C.E.D.E. (adaptado por J.L. Bimbela)**

---

. Los factores predisponentes: los que inciden en la motivación de la persona para realizar una determinada conducta:

- (a) los conocimientos (acertados y erróneos) que posee el individuo respecto la conducta de la que se trate.
- (b) las actitudes, valores y creencias que tiene dicho individuo respecto a la conducta analizada.

. Los factores facilitadores son aquellos que ayudan a que la conducta pueda llevarse a cabo adecuadamente:

- (a) las capacidades, habilidades y destrezas necesarias para la realización correcta de la conducta.
- (b) los recursos humanos y materiales que puedan facilitar dicha realización.

. Los factores reforzantes, son los que inciden en la conducta una vez ha sido ya realizada; esto, es, las consecuencias que tiene para la persona llevar a cabo dicha conducta:

- (a) la respuesta del entorno (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales socio-sanitarios/as, etc.).
- (b) los beneficios y perjuicios físicos y emocionales (placer, comodidad, tranquilidad, dolor, malestar).
- (c) las consecuencias económicas (ahorros de costes, gastos).
- (d) la respuesta del propio sujeto (auto-refuerzo).

**Tabla 3. Características de la muestra (n =1000)**

	<b>Distribución</b>			
<b>Edad</b>	14-16 años n =246	17-20 años n =397	21-24 años n =357	
<b>Género</b>	Mujeres n =484	Hombres n =516		
<b>Nivel de estudios</b>	EGB-ESO n =378	F. P. n =172	BUP-COU n =272	Universidad n =178
<b>Socio - laboral</b>	Estudia n =663	Trabaja n =223	Otros n =114	
<b>Convivencia habitual</b>	Padres /Familia n =903	Autónomo n =97		
<b>Tamaño municipio de residencia</b>	< de 2000 h. n =39	2001-10000 h. n =198	10001-50000 h. n =295	>50000 h. n =468

**Tabla 4. Variables intermedias o bivalentes**

---

(a) *Variables predisponentes:*

- actitudes de los/as jóvenes en relación con la sexualidad y las prácticas no penetrativas.
- conocimientos sobre el vih/sida (vías de transmisión y métodos de prevención).
- percepción de riesgo (hasta qué punto se sienten en riesgo por sus prácticas).
- lugar (locus) de control (de quién o de qué creen que depende su posible contagio).
- norma subjetiva sobre uso del profiláctico (cómo creen que valora su grupo de iguales el uso del profiláctico).
- compatibilidad percibida entre confianza en la pareja y uso del profiláctico.
- intención de conducta en situaciones de riesgo (qué creen que harían si se encontrasen sin profiláctico en el momento de mantener la relación con su pareja habitual, y que creen que harían si fuese con una pareja ocasional).

(b) *Variables facilitadoras:*

- hablar sobre sexualidad con distintas personas (padres, amigos, profesionales, pareja).
- hablar con la pareja sobre prácticas sexuales y sobre prevención, antes de realizar la práctica.
- dificultades en el uso del profiláctico.
- accesibilidad a los profilácticos.
- consumo de alcohol u otras drogas antes o durante la práctica sexual.
- tipo de pareja (habitual/ocasional).
- número de parejas.
- frecuencia de prácticas sexuales coito-vaginales.

(c) *Variables reforzantes:*

- sensación de agobio, culpa o arrepentimiento después de realizar una práctica sexual de riesgo.
- respuesta de la pareja ante el profiláctico.