

UNIVERSIDAD DE GRANADA

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO



Programa de Doctorado con Mención de Calidad en Diseños de Investigación y
Aplicaciones en Psicología y Salud (P33.56.1)
Premio Internacional AUIP a la Calidad de los Posgrados

TESIS DOCTORAL

**APLICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE UN
PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE ETS/VIH EN MUJERES
ADOLESCENTES**

Presentada por:

M^a Teresa Ramiro Sánchez

Dirigida por:

Dr. Gualberto Buela-Casal
Universidad de Granada (España)

Dra. María Paz Bermúdez Sánchez
Universidad de Granada (España)

Granada, 2014

Editor: Editorial de la Universidad de Granada
Autor: M^a Teresa Ramiro Sánchez
D.L.: GR 2028-2014
ISBN: 978-84-9083-218-9

El Dr. Gualberto Buela-Casal, Catedrático de la Universidad de Granada (España) y la Dra. María Paz Bermúdez Sánchez, Profesora Titular de la Universidad de Granada (España)

INFORMAN QUE,

La doctoranda M^a Teresa Ramiro Sánchez y los directores de la tesis, el Dr. Gualberto Buela-Casal y la Dra. María Paz Bermúdez Sánchez, garantizamos, al firmar esta tesis doctoral titulada **Aplicación y evaluación de la eficacia de un programa para la prevención de ETS/VIH en mujeres adolescentes**, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección de los directores de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones. Así mismo, el trabajo reúne todos los requisitos de contenido, teóricos y metodológicos para ser admitido a trámite, a su lectura y defensa pública, con el fin de obtener el referido título de Doctor, y por lo tanto se autoriza la presentación de la referida Tesis para su defensa y mantenimiento de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 99/2011, de 28 de Enero.

Granada a 18 de Junio de 2014.

Fdo. Dr. Gualberto Buela Casal

Fdo. Dra. María de la Paz Bermúdez Sánchez



Fdo. Dña. M^a Teresa Ramiro Sánchez



Esta Tesis Doctoral ha sido realizada gracias al apoyo financiero del Ministerio de Ciencia e Innovación (referencia SEJ2006-04456 y referencia EDU2009-12545) y a la beca de Formación de Profesorado Universitario (FPU) (referencia AP2008-03223) concedida a M^a Teresa Ramiro Sánchez por dicho Ministerio.

*A Isabel, mi madre, Tamara, mi hermana
Juanjo, mi pareja, y Maripaz, gran amiga.
Los cuatro pilares fundamentales de mi vida.*

Agradecimientos

Quisiera agradecer a todas las personas que han hecho posible la realización de este trabajo:

Al Dr. Gualberto Buena-Casal, por darme la oportunidad para comenzar este viaje, que hoy cierra una etapa, pero que no finaliza. Por haber confiado en mí para esta y otras tareas que han ayudado a mi formación y crecimiento profesional. Por su exigencia y sobre todo, su ejemplo, lo uno sin lo otro no tiene el mismo efecto. Por dedicarme el tiempo que muchas veces no existe. Por estar siempre que es necesario. Por ser un libro abierto, el libro más completo que jamás se escribirá, y compartir sus palabras conmigo, nunca imaginaré lo que he podido aprender de él. Por tener siempre una respuesta, es más, una solución. Por su trabajo constante, que hace posible que yo pueda seguir creciendo como profesional.

A la Dra. Maripaz Bermúdez Sánchez, porque desde el día 3 de octubre de 2007 se ha convertido en una persona imprescindible en mi labor profesional, y a la vez personal. Por haberme enseñado tanto, por su generosidad conmigo, por haber confiado en mí para poder llevar a cabo el trabajo que aquí se presenta. Por haberme dado la oportunidad de embarcarnos juntas en nuevos proyectos, por su dirección, por su apoyo, por ayudarme a creer en mí, por ilusionarme con el trabajo bien hecho. Ejemplo de constancia y perfección. Porque sin su dedicación, simplemente, no hubiese habido oportunidad.

A la Dra. Inmaculada Teva, por su ayuda y orientación siempre que ha sido necesario.

Al Dr. Ralph DiClemente, la Dra. Gina Wingood, Deja Er, Nickia Braxton y Anna Rubtsova, de la Universidad de Emory, por recibirme, como a una de los suyos, en su entorno de trabajo. Por dedicarme su tiempo, mostrarme su forma de investigar y trabajar, y orientarme siempre que ha sido preciso.

A todos los Centros de Educación Secundaria y los adolescentes que han colaborado para poder llevar a cabo esta investigación. A todas las participantes del programa de prevención, de las cuales aprendí tanto como espero yo haya podido transmitirles a ellas. Sin ellas esto no hubiera sido posible.

A todos mis compañeros del grupo de investigación, que siempre han estado ahí, aportando de algún modo al desarrollo de este trabajo.

Índice

Resumen	1
Summary.....	9
Introducción.....	17
Objetivos.....	31
Estudio 1. Evaluación del apoyo social percibido, la autoestima y la depresión en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género	35
Resumen	37
Introducción.....	39
Metodología.....	40
Resultados	42
Discusión	49
Referencias	52
Estudio 2. Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.....	57
Resumen	59
Introducción.....	61
Metodología.....	63
Resultados	65
Discusión	71
Referencias	74
Estudio 3. Evaluación de la comunicación sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con una pareja sexual, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.....	79

Resumen	81
Introducción.....	83
Metodología.....	86
Resultados	88
Discusión	93
Referencias	97
Estudio 4. Evaluación de las dinámicas de poder en relaciones de pareja adolescentes y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género	103
Resumen	105
Introducción.....	107
Metodología.....	109
Resultados	111
Discusión	116
Referencias	121
Estudio 5. Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.	127
Resumen	129
Introducción.....	131
Metodología.....	133
Resultados	143
Discusión	147
Referencias	150
Discusión	157
Conclusiones.....	169
Conclusions	173
Referencias Bibliográficas.....	177

RESUMEN

Resumen

Debido a las tasas de ITS y VIH que presentan las mujeres adolescentes y los factores que las hacen más susceptibles a la infección, durante los últimos años han sido numerosos los esfuerzos destinados a la elaboración de recursos para la prevención de la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes. En relación a la prevención para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles, a pesar del gran número de intervenciones de prevención diseñadas, implementadas y subvencionadas en los últimos años, no existe una evaluación exhaustiva de las mismas que permita identificar su eficacia. Los estudios publicados al respecto tienen grandes deficiencias metodológicas, ya que no es posible determinar la eficacia de las intervenciones debido a que pocos cuentan con el uso de un grupo control. Además, no se llevan a cabo evaluaciones de seguimiento ni se evalúa el cambio comportamental, y tampoco existen intervenciones específicas de género, a pesar de la evidencia sobre la mayor eficacia que éstas muestran, sino que todas ellas se aplican de forma mixta.

Por ello, la presente tesis doctoral tiene como objetivo aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas. Para que una intervención para la prevención de la transmisión de ITS/VIH, en relación a la disminución del comportamiento sexual de riesgo, sea eficaz, deben identificarse las características a nivel cultural, psicosocial y conductual de la población concreta a la que va destinada. Por ello, para lograr el objetivo general, a saber, aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas, es necesario plantear dos objetivos más específicos. En primer lugar, determinar los factores psicosociales y conductuales de riesgo para ITS/VIH en adolescentes españoles, que permitan dirigir el diseño de un programa de prevención a las características específicas de la población a la que va destinado, y en segundo lugar, evaluar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.

Para la consecución de los objetivos se han llevado a cabo cinco estudios. Los cuatro primeros estudios han sido necesarios para la consecución del primer objetivo específico y el quinto estudio para la consecución del segundo objetivo específico. Todos ellos son necesarios para lograr el objetivo general planteado en esta tesis. A continuación se expone a modo de resumen el objetivo, metodología, resultados y conclusiones de cada uno de los estudios que componen este trabajo.

Estudio 1. Evaluación del apoyo social percibido, la autoestima y la depresión en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

El objetivo del presente estudio es analizar las relaciones entre depresión, autoestima, apoyo social percibido y el riesgo en las relaciones sexuales en función del género. En este estudio *ex post facto*, participaron 1,000 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Los adolescentes cumplimentaron en las aulas de los centros de enseñanza secundaria, un conjunto de cuestionarios que evaluaban depresión, autoestima, apoyo social percibido, conducta sexual y aspectos sociodemográficos. Los resultados mostraron que en los varones, la autoestima predecía un mayor riesgo vaginal, la depresión se relacionaba con un mayor riesgo sexual vaginal, anal y oral y el apoyo percibido de la familia predecía un menor riesgo vaginal y anal. En mujeres, se halló que la autoestima se asociaba con un menor riesgo en el sexo anal y el apoyo percibido de los amigos predecía un menor riesgo sexual anal y oral. Se destaca la importancia de la familia y los amigos en la prevención de las ITS/VIH así como la consideración de las diferencias sexuales.

Estudio 2. Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

El presente estudio tiene como objetivo determinar las diferencias en función del género en el conocimiento sobre ITS/VIH, la preocupación por ITS/VIH y la autoeficacia en el uso del preservativo, y su relación con el comportamiento sexual de riesgo en una muestra de adolescentes españoles. La muestra del estudio estuvo formada por 1,000 adolescentes de la provincia de Granada, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Se aplicó un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y un cuestionario de conducta sexual. Además se evaluó la autoeficacia por el uso del preservativo y el conocimiento y la preocupación sobre ITS/VIH. Los cuestionarios se aplicaron en el aula a todos los adolescentes bajo las mismas condiciones. Los resultados ponen de manifiesto que un tercio de los participantes informan tener relaciones sexuales coitales, los varones tienen más parejas sexuales y las mujeres hacen menor uso del preservativo en sus relaciones sexuales vaginales y orales. Las mujeres presentan más conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH y más preocupación sobre la posibilidad de infectarse de una ITS o el VIH en un futuro. Los

varones, presentan más autoeficacia en el uso del preservativo. Mayor autoeficacia en el uso del preservativo disminuye la exposición al riesgo, entre los varones, tanto a nivel vaginal, anal y oral, mientras que en las mujeres no tiene ningún efecto. Las mujeres presentan más preocupación por el hecho de estar infectadas de una ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y oral. Sin embargo, los varones se preocupan más, únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral. Por lo tanto, se concluye que varones y mujeres emiten conductas sexuales de riesgo, aunque de diversas características, y además los factores psicológicos estudiados influyen sobre la conducta sexual de forma diferencial en función del género.

Estudio 3. Evaluación de la comunicación sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con una pareja sexual, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

El presente estudio tiene como objetivo determinar si existen diferencias en la comunicación que el adolescente tiene con su pareja sexual sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso, en función del género y su relación con el riesgo sexual. Para ello, se seleccionó una muestra 1,000 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Se aplicó un cuadernillo de evaluación compuesto por varios instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos y conducta sexual, cuestionario sobre frecuencia de comunicación con una pareja sexual durante los últimos seis meses, cuestionario sobre autoeficacia para rechazar mantener sexo, cuestionario sobre miedo a la negociación del uso del preservativo y el cuestionario sobre barreras para el uso del preservativo. Los adolescentes no iniciados sexualmente, tanto varones como mujeres, presentan mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo que los adolescentes ya iniciados. Las barreras que interfieren en el uso del preservativo asociadas tanto al acceso, la motivación, la experiencia, como a la pareja influyen de forma más significativa sobre el comportamiento de riesgo de los varones que de las mujeres. Las mujeres presentan más comunicación con una pareja sexual, menos miedo a la negociación del uso del preservativo, y más autoeficacia para rechazar a una pareja sexual y el sexo sin

preservativo, pero no presentan menor riesgo que lo varones. Por lo tanto, las habilidades de negociación, comunicación y rechazo, así como las barreras para el uso del preservativo tienen una importante relación con el comportamiento sexual. Sin embargo, se ha evidenciado que existen factores contextuales, como posibles desequilibrios en las dinámicas de poder generadas en la pareja, que sitúan en desventajas a la mujer, y que afectan negativamente a sus habilidades para llevar a cabo un comportamiento sexual protegido.

Estudio 4. Evaluación de las dinámicas de poder en relaciones de pareja adolescentes y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

El objetivo del presente estudio es determinar si existen diferencias en el reparto de poder dentro de la pareja entre varones y mujeres, y su relación con la conducta sexual de riesgo en una muestra representativa de adolescentes españoles. Además, se analiza la influencia de la edad de la pareja en las dinámicas de poder que se producen en la relación. La muestra está compuesta por 1,223 adolescentes escolarizados en centros de enseñanza, públicos y privados, de las 17 comunidades autónomas españolas. Todos los adolescentes de la muestra mantenían una relación heterosexual (mínimo un mes de duración) en el momento de la evaluación. Se evaluó el control sobre la relación y el control sobre la toma de decisiones a través de la versión española de la *Escala de Relaciones Sexuales de Poder*. Además se aplicó un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y un cuestionario sobre conducta sexual. Las mujeres presentaron mayor control sobre la relación y mayor control sobre la toma de decisiones que los varones. En el grupo de mujeres, tener una pareja con una diferencia de edad superior en 5 años o más, disminuye el control sobre la toma de decisiones, y a su vez, un mayor control sobre la toma de decisiones se relaciona con menor exposición al riesgo sexual. En el grupo de los varones, aquellos que tienen parejas mayores que ellos presentan mayor control sobre la toma de decisiones, y el control sobre la relación tiene una relación negativa con la exposición al riesgo sexual. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta el reparto de poder y la desigualdad de género dentro de las parejas para la prevención de las ITS y el VIH.

Estudio 5. Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.

El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia de un programa para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas [DIVINE (Amigas Divinas... Divirtiéndose, Informándose, Valorándose, Integrándose, No arriesgando y Existiendo)], basado en la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de Género y Poder. Para ello se reclutaron 209 mujeres adolescentes que fueron asignadas aleatoriamente a la condición intervención (109), que recibieron las 4 sesiones del Programa DIVINE, y la condición control (102), que recibieron un dossier informativo con pautas de vida saludables. Para determinar la eficacia del programa se llevó a cabo una evaluación pre intervención, y dos evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses posteriores a la intervención. Los resultados ponen de manifiesto que las participantes de la condición intervención a los 6 meses de seguimiento, hacen uso del preservativo en un 39.41% más de las veces que las participante de la condición control, presentan mayor uso consistente del preservativo y un menor índice de riesgo vaginal durante los últimos 60 días. Además, las participantes que recibieron la intervención informan de mayor comunicación sobre sexualidad, con su madre, su padre y una pareja sexual durante los últimos 6 meses, más apoyo social percibido de una persona especial, más autoeficacia en comunicación con una pareja ocasional, más conocimiento sobre aspectos relacionados con el VIH y las ITS, más actitudes positivas hacia el uso del preservativo y una mayor autoeficacia en el uso del mismo. Igualmente, informaron de menos barreras para el uso del preservativo. Por lo tanto, se concluye que el programa de intervención tiene una alta eficacia en mujeres españolas adolescentes.

SUMMARY

Summary

Due to the rates of STIs and HIV among adolescent females and the factors which make them more susceptible to infection, a large number of efforts have been aimed at elaborating resources for the prevention of STIs/HIV transmission in adolescent females over the last few years. In relation to the prevention of STIs/HIV transmission in Spanish adolescents, in spite of the large number of prevention interventions designed, implemented and subsidized in recent years, there is not any exhaustive assessment of them to identify their efficacy. The studies published regarding this issue have great methodological deficiencies, given that it is not possible to determine the efficacy of interventions because of the low number of studies that incorporate a control group. Moreover, monitoring assessments are not conducted, behavior change is not assessed, and there are no gender-specific interventions, in spite of the evidence regarding the higher efficacy of these, but all interventions have a mixed-sex application.

For that reason, the present doctoral thesis aims to apply and assess the efficacy of an intervention program for STIs/HIV prevention in Spanish adolescent females. Making an intervention for the prevention of STIs/HIV transmission effective in terms of decreasing sexual risk behavior, implies that the cultural, psychosocial and behavioral characteristics of specific population for which the intervention is intended must be identified. In order to achieve the general goal -knowing, implementing and assessing the efficacy of an intervention program for STIs/HIV prevention in Spanish adolescent females- two more specific goals are required. In the first place, determining the psychosocial and behavioral risk factors for STIs/HIV in Spanish adolescents, which enable to design a prevention program according to the specific characteristics of population for which it is intended. And, in the second place, assessing the efficacy of an intervention program for STIs/HIV prevention in Spanish adolescent females.

For the achievement of those objectives five studies have been conducted. The first four studies have been required to achieve the first specific goal and the fifth study to achieve the second one. All of them are required to achieve the general aim proposed in this thesis. The objective, methodology, results and conclusions of each one of the studies that form this project are exposed by way of summary below.

Study 1. Assessment of perceived social support, self-esteem and depression in Spanish adolescents, and their relationship with sexual risk behavior according to gender.

Sexually transmitted infections (STIs) and HIV are important health problems that affect adolescents. The aim of the present study was to analyze the relationship between 1) depression, self-esteem and perceived social support and 2) sexual risk behaviors according to gender. The sample used in this ex post facto study was composed of 1,000 adolescents of both sexes aged between 14 and 18 years. Participants completed several questionnaires in the classrooms of their secondary education schools. The questionnaires assessed depression, self-esteem and perceived social support and recorded information on sexual behavior and socio-demographic issues. Results showed that, among males, self-esteem predicted higher vaginal risk, depression was related to higher vaginal, anal and oral sexual risk, and perceived support from the family predicted lower vaginal and anal sexual risk. Among females, self-esteem was found to be associated with lower anal sexual risk and perceived support from friends predicted lower anal and oral sexual risk. The study highlights the importance of considering family and friends as well as gender differences in the prevention of STIs/HIV.

Study 2. Assessment of self-efficacy of condom use, knowledge and concern about STIs/HIV in Spanish adolescents and their relationship with sexual risk behavior according to gender.

The present study aimed to determine the differences in knowledge of STIs/HIV, worry about STIs/HIV and self-efficacy of condom use according to gender, in a sample of Spanish adolescents, and their relationship with sexual risk behavior. Sample was composed of 1,000 adolescents of Granada province, aged between 14 and 18 years. A questionnaire to collect socio-demographic data and a questionnaire on sexual behavior were applied. Furthermore, self-efficacy of condom use and knowledge and concern about STIs/HIV were assessed. The questionnaires were administered to all adolescents into the classroom under the same conditions. Results show that one third of participants report having coital sexual relations, males have more sexual partners and females make less use of condom in their vaginal and oral sexual relations. Females have more knowledge of aspects related to STIs and HIV, and they are more concerned about the possibility of becoming infected with an STI or HIV at some time in the future. Males show higher self-efficacy of condom use. Higher self-efficacy of condom

use decreases the risk exposure among males, both in relation to vaginal and anal sex as well as oral sex, whereas it has no effect in females. Females are more concerned for being infected when they have a higher exposure to vaginal, anal and oral sexual risk. However, males are more concerned only when they are exposed to vaginal risk, but not when they are exposed to anal or oral sexual risk. Therefore, it can be concluded that although both females and males exhibit sexual risk behaviors, these differ in their characteristics, and, in addition, the psychological factors studied have a different influence on sexual behavior depending on gender.

Study 3. Assessment of the relationship between communication with a sexual partner about sex, condom use, STIs, AIDS and pregnancies, self-efficacy to refuse sex, fear of negotiating condom use and barriers to its use in Spanish adolescents, and sexual risk behavior according to gender

The present study aimed to determine whether there are differences between the communication that an adolescent has with his/her sexual partner about sex, condom use, STIs, AIDS and pregnancies, self-efficacy to refuse sex, fear of negotiating condom use and barriers to its use according to gender, along with their relationship with sexual risk. For that purpose, a sample of 1,000 adolescents of both sexes, aged between 14 and 18 years, was selected. It was administered an assessment booklet composed of several instruments: a questionnaire on socio-demographic data and sexual behavior, a questionnaire on frequency of communication with a sexual partner in the past six months, a questionnaire on self-efficacy to refuse sex, a questionnaire on fear of negotiating condom use and a questionnaire about barriers to condom use. Adolescents with no sexual experience, both males and females, have higher self-efficacy to refuse sex than adolescents with that experience. The barriers that interfere with condom use, associated with the access, motivation, experience, along with the partner, have a more significant influence on the risk behavior of males than females. Females show greater communication with a sexual partner, less fear of negotiating condom use, and higher self-efficacy to refuse a sexual partner or sex without condoms, but they do not show less risk than males. Therefore, negotiation, communication and rejection skills as well as barriers to condom use have an important relationship with sexual behavior. However, it has been demonstrated that there are contextual factors, such as possible imbalances in power dynamics generated in couples, which place females at a disadvantage and affect negatively to their skills to carry out a safe sexual behavior.

Study 4. Assessment of power dynamics in adolescent couples and their relationship with sexual risk behavior according to sex

The aim of this study was to determine whether there are differences in power distribution between males and females in couple relationships, and whether these differences are associated with risky sexual behaviour in a representative sample of Spanish adolescents. The study also examined the influence of partner's age on the power dynamics that occur in a relationship. The sample comprised 1,223 adolescents attending state and private schools in the 17 autonomous regions in Spain. All adolescents included in the sample were involved in a heterosexual relationship (for at least one month) at the time of evaluation. Relationship control and decision-making dominance were evaluated using the Spanish version of the Sexual Relationship Power Scale. Two further questionnaires were administered to collect sociodemographic data, and data on sexual behaviour. Females showed greater relationship control and greater control over decision-making than males. In the female group, participants with partners five or more years older than them were found to have less control over decision-making, while greater control over decision-making was linked to less exposure to risk. In the male group, participants with partners older than them were found to have greater control over decision-making, while relationship control was found to be negatively related to exposure to sexual risk. These results highlight the importance of taking power distribution and gender inequalities in couple relationships into consideration for STI and HIV prevention.

Study 5. Assessment of the efficacy of a program for the prevention of STIs/HIV in Spanish adolescent females

The aim of the present study was to determine the efficacy of a program for the prevention of STIs/HIV in Spanish adolescent females [DIVINE (Divine Friends...*Divirtiéndose, Informándose, Valorándose, Integrándose, No arriesgando* and *Existiendo*)], which was based on the Social Cognitive Theory and the Gender and Power Theory. For that purpose, 209 adolescent females were selected and assigned randomly to intervention condition (109), in which they received the four sessions of DIVINE Program, or to control condition (102), in which they received a dossier with healthy ways of life. In order to determine the efficacy of the program, a pre-intervention assessment and two monitoring assessments at 3 and 6 months after

intervention were carried out. Results showed that participants of experimental group, at 6 months of follow-up, make condom use a 39.41% more often than participants in the control condition, have a more consistent condom use and a lower index of vaginal risk during the last 60 days. In addition, the participants that received the intervention reported greater communication about sexuality with their mother, father, and a sexual partner in the past 6 months, more perceived social support from a special person, higher self-efficacy to communicate with a casual partner, higher knowledge of aspects related to HIV and STIs, more positive attitudes towards condom use and greater self-efficacy to use it. Moreover, they reported fewer barriers to condom use. Thus, it is concluded that the program has a high efficacy in Spanish adolescent females.

INTRODUCCIÓN

Introducción

A nivel mundial, el 39% de las nuevas infecciones por el VIH durante el año 2012 se produjeron en jóvenes de entre 15 y 24 años, y el 47% se produjeron en mujeres (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013). En España se notificaron 3.210 nuevos diagnósticos de VIH durante el año 2012, lo que supone una tasa de 8,5/100.000 habitantes. El VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, 82% de los nuevos diagnósticos en 2012. Además, las relaciones heterosexuales no protegidas adquieren especial relevancia en las mujeres, donde representa el 85% de los nuevos diagnósticos, frente al 21% en varones, y cabe destacar que durante el año 2012 han aumentado los casos diagnosticados en el rango de edad de 20 a 29 con respecto a años anteriores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] 2013a).

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz (MSSSI, 2013b), entre las que se encuentra el aumento del riesgo de infección y transmisión del VIH (Gao y Chen, 2011). En Europa se ha observado un aumento en el número de casos de ITS entre los jóvenes de 15 a 24 años. Concretamente, el 73% de los casos de clamidia diagnosticados en el año 2011 así como el 42% de los casos de gonorrea se produjeron en este grupo de edad (European Centre for Disease Control and Prevention, 2011). En España (MSSSI, 2013b), la incidencia de gonorrea, tras un descenso inicial observado entre 1995-2001, está sufriendo un incremento continuado desde el 2002. En el año 2011, el 86,2% de los diagnósticos de gonorrea se produjo en hombres, mientras que los diagnósticos de herpes simple fueron más frecuentes en mujeres (51,9%). A pesar de que los casos de clamidia fueron mayoritariamente diagnosticados en hombres (51,5%), en el rango de edad de 15 a 24 años, son las mujeres quienes presentan más casos. Esto se debe a la emisión de conductas sexuales de riesgo que tienen lugar durante este periodo de vida (World Health Organization [WHO], 2011). Considerando el número de ITS con respecto al número de personas sexualmente activas, el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 19 años sería el más afectado (Redondo Figuero y Viadero Ubierna, 2008).

La adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo social, donde factores ambientales y personales interactúan entre sí, afectando al comportamiento y a la toma de decisiones sobre salud sexual de los adolescente, entre muchas otras áreas (Wang et al., 2013). Además, esta etapa evolutiva, se caracteriza por un aumento del interés por el

sexo y en la que dan las primeras relaciones sexuales (Gray-Swain y Peipert, 2006; Slater y Robinson, 2014), lo que conlleva el riesgo de que esas primeras relaciones no sean saludables. Según Slater y Robinson (2014) el desarrollo cognitivo de los adolescentes los hace menos capaces de anticipar o apreciar las consecuencias de sus acciones. Además, son más vulnerables a la presión de grupo, tienen un mayor número de parejas sexuales, y cambian frecuentemente de pareja. Sus habilidades cognitivas, la educación y el acceso a la información también pueden afectar a su capacidad para reconocer la necesidad de la detección o el tratamiento, y su capacidad para acceder a los servicios sanitarios correspondientes (Slater y Robinson, 2014).

Concretamente, en España, hay una alta proporción de jóvenes entre 15 y 18 años que mantienen relaciones sexuales coitales, el 33% de jóvenes menores de 18 años afirman tener experiencia sexual, y la edad de inicio de dichas relaciones se encuentra en torno a los 15 años, además ha disminuido del uso del preservativo (MSSSI, 2013c). Los varones son quienes emiten más conductas de riesgo tales como tener múltiples parejas y un debut sexual más temprano (García-Vega, Menéndez-Robledo, García-Fernández, y Rico-Fernández, 2010; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009), aunque algunos autores concluyen que el comportamiento de las mujeres cada vez es más similar al de los varones (García-Vega et al., 2010; Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez, 2013). Además, en relación al uso del preservativo diversas investigaciones han mostrado un mayor uso entre varones que entre mujeres (Black, Sun, Rohrbach y Sussman, 2011; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins y Nunes, 2009; Teva et al., 2013).

Con respecto a las tasas indicadas de infección por VIH e ITS entre las mujeres a nivel mundial, cabe destacar que existen factores biológicos, conductuales y psicosociales que tanto de forma individual como sinérgica contribuyen a la vulnerabilidad de las mujeres para la transmisión de VIH e ITS (Adimora et al., 2013). Así, en relación a los factores biológicos, el tracto vaginal de la mujer está recubierto por una membrana mucosa que resulta más permeable a las infecciones, y además abarca una superficie mayor por la cual pueden transmitirse las infecciones. Durante el coito, la pareja receptora por lo general está más expuesta a las secreciones genitales en cuanto a cantidad y duración de la exposición (Sharkey et al., 2012). Igualmente, recientes investigaciones están arrojando más luz sobre la compleja interacción entre el funcionamiento del sistema inmunológico y el tracto vaginal, que aumentan la susceptibilidad de la mujer hacia la infección por VIH y otras ITS (Dumbar, Patel,

Fahey y Wira, 2012; McKinnon et al., 2011; Roberts, Liebenberg, Barnabas y Passmore, 2012; Thurman y Doncel, 2011; Wira et al., 2010; Wira, Patel, Ghosh, Mukura y Fahey, 2011). Además, durante la adolescencia esta vulnerabilidad se ve incrementada (Chinsembu, 2009; Quinn y Overbaug, 2005; Slater y Robinson, 2014), ya que aumenta la producción de estrógeno, los tejidos del cuello uterino presentan menor madurez y resultan más permeables al ingreso de organismos. Igualmente, el sistema inmune humoral está poco desarrollado, el epitelio vaginal y el cuello uterino no han comenzado a secretar mucosa, y todo ello contribuye a la reducción de las defensas del tracto vaginal contra la infección.

Al mismo tiempo, existen una serie de factores ligados a la condición del rol femenino, o, lo que es lo mismo, de factores relacionados con el género, y el aumento en la vulnerabilidad de la mujer frente a la infección por el VIH y otras ITS. De manera específica, y en relación con esto, se puede identificar un número de cuestiones que hacen referencia a los roles de género y las dinámicas de poder que se establecen dentro de la pareja en relación con la infección por ITS/VIH (Adimora et al., 2013; Bermúdez, Castro, Gude y Buela-Casal, 2011; Pulerwitz, Izazola-Licea y Gortmaker, 2001; Ramiro, Bermúdez, Buela-Casal, 2013; Rudy et al., 2005; Silverman, 2013). Las normas emergentes a nivel cultural entre mujeres, se relacionan con el riesgo comportamental derivado de la mala negociación de las mujeres frente a sus parejas masculinas, en cuanto se refiere a las prácticas de socialización en general y sexuales en particular (Gidycz, Van Wynsberghe y Edwards, 2008; Koss et al., 2007; Raiford, Seth y DiClemente, 2013; Sales, DiClemente, Brody, Philibert y Rose 2014; Seth, DiClemente y Lovvorn, 2013; Swartzendruber, Brown, Sales, Murray y Diclemente, 2012; Zaw, Liabsuetrakul, McNeil y Htay). En las parejas se establecen unas dinámicas de poder, y la mujer suele adoptar un rol femenino convencional, con estereotipos comportamentales que, por sí mismos, ofrecen una mayor vulnerabilidad frente a la infección por ITS/VIH (Amaro y Raj, 2000; Hahm, Lee, Rough y Strathdee, 2012; Jewkes, Dunkle, Nduna y Shai, 2010; Pulerwitz, Gortmaker y DeJong, 2000; Ramiro et al., 2013; Rosenthal y Levy, 2010). Esto se debe a que se le presupone al hombre un comportamiento activo para el uso de prácticas preventivas adecuadas en materia de salud y de sexualidad que, por el contrario, implican el despliegue de conductas pasivas por parte de la mujer, que confía en el hombre y en la seguridad que éste le ofrece. Por ello, y como ponen de manifiesto diversas investigaciones, las ideologías machistas, la orientación sexual de la mujer, junto con otros factores contextuales, influyen en el uso

o no del preservativo y tiene fuertes implicaciones frente al riesgo por el VIH y otras ITS en mujeres (Adimora et al., 2013; Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007; Patel et al., 2014; Raiford, Seth, Braxton y DiClemente, 2013; Raiford, Seth et al., 2013; Sales et al., 2014; Seth et al., 2013; Swartzendruber et al., 2012).

Debido a la a las tasas de ITS y VIH que presentan las mujeres adolescentes y los factores que las hacen más susceptibles a la infección, durante los últimos años han sido numerosos los esfuerzos destinados a la elaboración de recursos para la prevención de la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes. Según Adimora et al. (2013), la intervención se ha llevado a cabo desde diversos enfoques: la intervención médica, la promoción del uso del preservativo femenino y los programas de intervención estructurados.

Con respecto a la intervención médica, la investigación ha demostrado que la administración de medicación antirretroviral a las personas infectadas por el VIH puede reducir la transmisión sexual del VIH a sus parejas (Cohen et al., 2011). Sin embargo este enfoque preventivo tiene grandes limitaciones ya que las mujeres siguen estando en riesgo de adquirir VIH o ITS de las parejas que no son conscientes de su infección, que no tienen acceso a la medicación o simplemente no desean tomar la terapia antirretroviral (Adimora et al., 2013). Por ello, en esta línea, los investigadores están estudiando el uso de medicina profiláctica pre-exposición (PrEP) que tiene como objetivo prevenir el desarrollo de una infección. Diversos estudios han mostrado la eficacia del uso de PrEP a través de ensayos clínicos (Baeten et al., 2012; Thigpen et al., 2012), mientras que otros no (Damme et al., 2012). Sin embargo, aunque este tipo de intervención puede resultar eficaz en los países en los que la incidencia del VIH es muy alta, no tiene el mismo efecto en aquellos en los que la incidencia es menor. Esto se debe a la que la vulnerabilidad que sienten las mujeres no es tan significativa como para tomar una medicación, que además tiene importantes efectos secundarios (Adimora et al., 2013; Jackson et al., 2013). Además, la aceptación de este tipo de intervenciones entre mujeres adolescentes es mucho menor (Rubtsova, Wingood, Dunkle, Camp y DiClemente, 2013).

Por ello, en contra de las limitaciones que presentan las intervenciones a través de la medicación, fomentar el uso del preservativo femenino aporta varios beneficios ya que está libre de efectos secundarios, es un mecanismo de prevención de las ITS y el VIH, y previene el embarazo (French et al., 2003; Lameiras et al., 2011). Por lo tanto ofrece las mismas ventajas que el preservativo masculino, pero requiere menor

cooperación por parte del varón para llevar a cabo su uso. Con todo, diversos estudios han puesto de manifiesto que el preservativo femenino es poco conocido, escasamente utilizado y de difícil acceso principalmente condicionado por su elevado precio e insuficiente difusión (Lameiras et al., 2011; Weeks, Coman, Hilario, Li y Abbott, 2013).

Ante estas circunstancias, los programas de intervención estructurados para la prevención de ITS/VIH, se han convertido en el método más eficaz y más utilizado con el fin de generar un cambio comportamental, que ha demostrado un mayor impacto sobre población adolescente (Adimora et al., 2013; Frieden, 2010; Goesling, Colman, Trenholm, Terzian y Moore, 2014). La educación sexual proporciona los conocimientos oportunos, y los jóvenes viven su sexualidad sin riesgos para la salud, lo que es una meta plausible para cualquier programa de salud para adolescentes (Domingo, 2009; Ljubojević y Lipozenčić, 2010). Este tipo de intervenciones se ha llevado a cabo mayoritariamente de forma mixta, sobre varones y mujeres, a pesar de la evidencia de que las intervenciones específicas de género, tienen mayor eficacia sobre las mujeres (Exner, Seal y Ehrhardt, 1997; Seth et al., 2013). Esto se debe a que las mujeres son más capaces de hablar de sus preocupaciones íntimas cuando no hay presencia de varones, incluyendo preocupaciones relacionadas con la pérdida de relaciones o el abuso de pareja. De esta forma se refuerzan mutuamente resoluciones para cambiar los patrones de comportamiento poco saludables. Por otra parte, los hombres también pueden beneficiarse de intervenciones específicas de género, teniendo en cuenta la necesidad de discutir temas sensibles (por ejemplo, la concurrencia de pareja, comportamiento violento, el género y las normas culturales) que pueden estar asociados con la infección por ITS/VIH (Shain et al., 1998).

En este tipo de intervención preventiva, nos encontramos con diversos enfoques. Existen programas de prevención destinados únicamente a promover la abstinencia entre los jóvenes para evitar la transmisión de ITS/VIH (Fiscian, Obeng, Goldstein, Shea y Turner, 2009; Wang et al., 2000) y otros destinados a la intervención en salud sexual desde una perspectiva integral (Halpern, Mitchell, Farhat y Bardsley, 2008; Harvey, Stuart y Swan, 2000; Li et al., 2008). En este sentido, Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly y Sweat (2014), a través de una revisión sistemática de las investigaciones al respecto, publicadas entre 1990 y 2010, han identificado que los programas de prevención destinados únicamente a promover la abstinencia no generan comportamientos sexuales saludables en los adolescentes en su posterior historial sexual. Además, tienen una escasa eficacia en retrasar la edad para iniciarse

sexualmente. Por el contrario, los programas de salud sexual generan comportamientos positivos en relación a la disminución de ITS/VIH, y otros aspectos tales como el embarazo no deseado.

Actualmente, con el avance de las nuevas tecnologías, han proliferado las intervenciones a través de sitios web, ya que la popularidad de internet y la creciente disponibilidad de acceso en línea, hace que resulte un medio atractivo para la promoción de la salud y la prevención de VIH/ITS en adolescentes (Allison et al., 2012). Por ello, se han destinado muchos recursos para tal efecto, aunque recientes investigaciones que se han centrado en la revisión de los sitios web sobre salud sexual disponibles para adolescentes, ponen de manifiesto que están poco evaluados y que muestran deficiencias. Las principales carencias se relacionan con los contenidos educativos, así como problemas para los usuarios, además de la falta de autoridad e interactividad (Allison et al., 2012; Whiteley, Mello, Hunt y Brown, 2012). No obstante, Allison et al. (2012) indican que la intervención a través de las nuevas tecnologías es un campo que puede mostrar una gran efectividad, siempre y cuando sea más estudiado y controlado por las instituciones a nivel gubernamental.

Otro enfoque para la elaboración de programas de prevención de ITS/VIH dirigidos a las jóvenes, es el uso de líderes de grupo, lo que se conoce como programas de educación entre pares. Estos programas son dirigidos por adolescentes formados para ello, que transmiten el conocimiento, las normas y las actitudes positivas hacia el comportamiento sexual saludable, a su grupo de iguales (Maticka-Tyndale y Barnett, 2010). Doyle et al. (2010), tras la aplicación de un programa basado en la educación entre pares en diez comunidades rurales de Tanzania, han mostrado su eficacia para mejorar el conocimiento sobre salud sexual y conservarlo a largo plazo, pero el efecto sobre el comportamiento de riesgo y la prevalencia de VIH es limitado. Dicho programa ha sido más eficaz con las mujeres pero no ha producido cambios sobre las actitudes hacia la salud sexual y reproductiva. Resultados similares encuentran Brieger, Delano, Lane, Oladepo y Oyedirán (2001), a través de un programa de similares características, aplicado en Ghana y Nigeria. Por el contrario, Esu-Williams, Schenk, Motsepe, JGeibel y Zulu (2004), logran el cambio comportamental así como a nivel de conocimiento y actitudes en adolescentes de Zambia, al igual que otros estudios en Camerun (Speizer, Oleko-Tambashe y Tegang, 2001). Por lo tanto, existen resultados contradictorios sobre la eficacia de este tipo de intervenciones. En esta línea, se han llevado a cabo revisiones que han permitido determinar una serie de factores a tener en cuenta para conseguir la

eficacia a través de este tipo de programas, así como las limitaciones. Según Maticka-Tyndale y Barnett (2010) para que los programas de educación entre pares sean eficaces se tiene que hacer una evaluación previa de la comunidad donde se va a implementar, e igualmente la comunidad tiene que ser una parte activa en la elaboración del programa. La formación del adolescente que va a ejercer de educador, es más costosa que con adultos, y es más efectiva cuando se realiza directamente desde el personal capacitado que cuando se utiliza la formación en cascada, es decir, del personal a los educadores y estos a su vez formando a otros educadores. También resulta significativa la actualización de formación a través de diversos cursos que fomenta el entusiasmo de los educadores y capta a otros nuevos. Otro aspecto clave es la supervisión por parte del personal capacitado, ya que en algunos programas el adolescente es formado en una comunidad distinta y luego regresa a su comunidad para ejercer como educador entre sus iguales, lo que en muchas ocasiones no funciona (Sharma, 2002). Entre las principales limitaciones, se encuentra el hecho de que los educadores adolescentes, a pesar de estar entrenados para ello, pueden resultar poco eficaces para transmitir información de forma objetiva. Sin embargo, son más efectivos para involucrar a sus iguales en las conversaciones acerca de las normas, actitudes y comportamientos sexuales, pero sus iguales confían más en la información transmitida por un adolescente de mayor edad o con más escolaridad. Además, muchos participantes de este tipo de programas indican que se sienten incómodos hablando de sus asuntos o preocupaciones íntimas con el educador formado, ya que tiene una relación continua con esa persona, y se pone en duda la confidencialidad.

A pesar de los diferentes enfoques a nivel de intervención, aquellos que han demostrado mayor efectividad en la reducción del comportamiento sexual de riesgo, y la prevalencia de VIH e ITS, son los programas que llevan a cabo una intervención integral que combina la educación, el desarrollo de habilidades y la intervención psicosocial (Goesling et al., 2014), teniendo en cuenta aspectos contextuales desde una perspectiva de género (Seth et al., 2013; Silverman, 2013; Swartzendruber et al., 2012). Goesling et al. (2014) han llevado a cabo una revisión sobre los estudios publicados desde 1989 hasta 2011, que evalúan la eficacia de diversas intervenciones llevadas a cabo con población adolescente e indican que para poder determinar la eficacia de un programa de prevención para ITS/VIH, es necesario que los estudios cumplan una serie de requisitos. El diseño del estudio debe ser experimental o cuasi-experimental, con grupos aleatorizados y al menos una condición control y una condición intervención.

Además deben llevarse a cabo evaluaciones de seguimiento que permitan determinar el efecto a largo plazo, y para analizar el impacto del programa hay que tener en cuenta medidas que identifiquen la presencia de infecciones de transmisión sexual, o información sobre los comportamientos de riesgo sexual asociados. Goesling et al. (2014) llegan a la conclusión de que más de la mitad de los estudios no cumplen estos requisitos, y que de aquellos que sí los cumplen, más de la mitad no demuestran ser eficaces. Además, exponen que existe una gran variedad de programas en relación al entorno en el que son aplicados (escuelas, asociaciones, centros de salud mental, clínicas de salud reproductiva, etc.), lo que consideran beneficioso, ya que de esta forma el acceso a la población adolescente es mayor. Por último, las muestras de investigación predominantemente son adolescentes afro-americanos (51%), y en menor proporción adolescentes hispanos (19%), y el 74% de los programas son aplicados sobre poblaciones mixtas (varones y mujeres).

Las intervenciones mixtas se realizan mayoritariamente en el entorno escolar, donde las sesiones se aplican entre las rutinas diarias de los escolares. Coyle et al. (2013) demuestran la eficacia de una intervención a nivel escolar, mediante un ensayo controlado aleatorio con evaluación del impacto a corto y largo plazo. Se trata de un programa de 32 sesiones repartidas durante dos o tres horas semanales, en las que se trabaja la autoeficacia percibida, las actitudes y creencias en relación a las normas percibidas y relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo. Además, se fomenta el conocimiento y las habilidades conductuales y de negociación del uso del preservativo. Los resultados han puesto de manifiesto un importante efecto en la disminución del comportamiento de riesgo a corto plazo pero más limitado a largo plazo. En esta misma línea, Marques y Ressa (2013) analizan la experiencia de la aplicación de un programa de prevención incluido dentro del contexto escolar, que se basa en 12 sesiones de educación sexual en el aula, talleres para los padres, un programa de capacitación entre pares, y el acceso a servicios de salud sexual. Sin embargo, a pesar de describir la intervención y el efecto cualitativo sobre los adolescentes, no muestran evidencia de su eficacia. Otro ejemplo de intervención, esta vez basado en la familia y no en el entorno escolar, es el propuesto por McCart, Sheidow y Letourneau (2014) para abordar el comportamiento sexual de riesgo y el abuso de sustancias. La intervención combina el manejo de contingencias para el uso de sustancias en adolescentes con un protocolo de reducción del riesgo sexual, además los familiares asisten a todas las sesiones y colaboran activamente con el terapeuta para tratar los problemas de

comportamiento. El resumen de los datos clínicos revela resultados positivos en relación a ambos comportamientos, por lo que se pone de manifiesto la utilidad potencial de un enfoque de tratamiento integral dirigido a consumo de sustancias y el comportamiento sexual sin protección en una población adolescente.

Con respecto a las intervenciones dirigidas a mujeres adolescentes, éstas son llevadas a cabo, en su mayor parte, fuera de la escuela. Peragallo, González-Guarda, McCabe y Cianelli (2012), demuestran la eficacia de un programa denominado *SEPA* (Salud, Educación, Promoción y Autocuidado) en mujeres hispanas residentes en Estados Unidos. Se trata de una intervención culturalmente específica que interviene sobre la comunicación, la negociación y el uso de preservativo, y la prevención de la violencia. La intervención reduce el número de ITS, aumenta el uso del preservativo, reduce del abuso de sustancias, mejora de la comunicación con la pareja, los conocimientos sobre el VIH, las intenciones de usar preservativo, las actitudes de prevención comunitaria y disminuye las barreras para el uso del preservativo. Por su parte, Harper, Bangi, Sánchez, Doll y Pedraza (2009), demuestran la eficacia de un programa de intervención (*SHERO*), basado en la comunidad, adaptado cultural y ecológicamente para ser aplicado a mujeres mexicanas residentes en Estados Unidos. Se trata de una intervención de 9 sesiones que incluye estrategias utilizadas en intervenciones eficaces previas, tales como dar información de transmisión y prevención del VIH y la práctica de habilidades de reducción de riesgo (la negociación del uso del preservativo, el rechazo de las relaciones sexuales) a través de juegos interactivos, discusiones en grupo, juegos de rol, y mini-conferencias. Las sesiones también se centran en cuestiones más destacadas que afectan a la salud sexual de las adolescentes México-americanas en la comunidad, como por ejemplo, las presiones culturales, las relaciones sexuales con hombres mayores y la afiliación a pandillas. Por último se tienen en cuenta las desigualdades basadas en el género, como el machismo, la dinámica de poder en las relaciones sexuales y la violencia en la pareja. Este estudio tiene una limitación, y es que a pesar de que ha demostrado que reduce el comportamiento sexual de riesgo, sólo lleva a cabo un seguimiento a los 2 meses y por ello, no se puede establecer el impacto del programa a largo plazo. Por último, otros estudios han demostrado la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en los Estados Unidos con mujeres adolescentes afroamericanas (DiClemente et al., 2004) y latinoamericanas (Wingood et al., 2011). Se trata de un programa que se basa en la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1994) y la Teoría de

Género y Poder (Wingood y DiClemente, 2000) en relación a la disminución de conductas de riesgo asociadas a la transmisión de ITS/VIH. El programa ha sido adaptado culturalmente a cada una de las poblaciones sobre las que se ha aplicado, y está compuesto por cuatro sesiones en las que se interviene sobre el orgullo de género, el conocimiento y la importancia de las relaciones sexuales saludables, la autonomía femenina sobre la reducción del riesgo y las estrategias de abstinencia, uso consistente del preservativo, y tener menos parejas sexuales masculinas. Además se interviene en la promoción de la comunicación asertiva para negociar relaciones sexuales más seguras y negarse encuentros sexuales inseguros, todo ello desde una perspectiva de género, que les permita detectar las desigualdades de poder en la pareja para hacer frente a ellas a través de las habilidades aprendidas. La aplicación del programa sobre las diferentes poblaciones ha evidenciado un aumento del uso del preservativo, así como la mejora de las habilidades asertivas y la autoeficacia para llevarlas a cabo.

En relación a la prevención para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles, a pesar del gran número de intervenciones de prevención diseñadas, implementadas y subvencionadas en los últimos años, no existe una evaluación exhaustiva de las mismas que permita identificar su eficacia (MSSSI, 2013c). Además, según Espada, Morales, Orgilés, Piqueras y Carballo (2012) a través de una revisión sobre estudios publicados desde 1995 hasta 2010 sobre programas de intervención para la reducción del riesgo de ITS/VIH aplicados en escuelas españolas, ponen de manifiesto que dichos estudios tienen grandes deficiencias metodológicas. No es posible determinar la eficacia de las intervenciones ya que sólo el 43% de los estudios analizados hacen uso de un grupo control. Además, no se llevan a cabo evaluaciones de seguimiento ni se evalúa el cambio comportamental, y tampoco existen intervenciones específicas de género, sino que todas ellas se aplican de forma mixta. Por ejemplo, recientemente, se ha llevado a cabo una intervención a nivel escolar en adolescentes españoles (Espada, Orgilés, Morales, Ballester y Huedo-Medina, 2012), que presenta resultados positivos a nivel de conocimiento, actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH y la intención de uso del preservativo. Pero a pesar de contar con un grupo control, no lleva a cabo medidas de seguimiento, ni indica cambios sobre aspectos comportamentales tales como el uso del preservativo.

Por todo lo expuesto anteriormente, la presente tesis doctoral tiene como objetivo aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas. Se ha demostrado (Wang et al., 2013),

que para que una intervención para la prevención de la transmisión de ITS/VIH, en relación a la disminución del comportamiento sexual de riesgo, sea eficaz, deben identificarse las características a nivel cultural, psicosocial y conductual de la población concreta a la que va destinada. Por ello, a continuación se exponen los objetivos específicos necesarios para la consecución del objetivo general de esta tesis, y los estudios llevados a cabo para lograr los objetivos planteados.

OBJETIVOS

Objetivos

Objetivo general: Aplicar y evaluar la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.

Objetivo 1. Determinar los factores psicosociales y conductuales de riesgo para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles.

Estudio 1. Evaluación del apoyo social percibido, la autoestima y la depresión en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Estudio 2. Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Estudio 3. Evaluación de la comunicación sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con una pareja sexual, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Estudio 4. Evaluación de las dinámicas de poder en relaciones de pareja adolescentes y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Objetivo 2. Evaluar la eficacia la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas

Estudio 5. Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.

ESTUDIO 1

Estudio 1

Evaluación del apoyo social percibido, la autoestima y la depresión en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Resumen

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH son importantes problemas de salud que afectan a los adolescentes. El objetivo del presente estudio es analizar las relaciones entre depresión, autoestima, apoyo social percibido y el riesgo en las relaciones sexuales en función del sexo. En este estudio *ex post facto*, participaron 1,000 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Los adolescentes cumplieron en las aulas de los centros de enseñanza secundaria, un conjunto de cuestionarios que evaluaban depresión, autoestima, apoyo social percibido, conducta sexual y aspectos sociodemográficos. Los resultados mostraron que en los varones, la autoestima predecía un mayor riesgo vaginal, la depresión se relacionaba con un mayor riesgo sexual vaginal, anal y oral y el apoyo percibido de la familia predecía un menor riesgo vaginal y anal. En mujeres, se halló que la autoestima se asociaba con un menor riesgo en el sexo anal y el apoyo percibido de los amigos predecía un menor riesgo sexual anal y oral. Se destaca la importancia de la familia y los amigos en la prevención de las ITS/VIH así como la consideración de las diferencias sexuales.

Abstract

Sexually transmitted infections (STIs) and HIV are important health problems that affect adolescents. The aim of the present study was to analyze the relationship between 1) depression, self-esteem and perceived social support and 2) sexual risk behaviors according to gender. The sample used in this *ex post facto* study was composed of 1,000 adolescents of both sexes aged between 14 and 18 years. Participants completed several questionnaires in the classrooms of their secondary education schools. The questionnaires assessed depression, self-esteem and perceived social support and recorded information on sexual behavior and socio-demographic issues. Results showed that, among males, self-esteem predicted higher vaginal risk, depression was related to higher vaginal, anal and oral sexual risk, and perceived support from the family predicted lower vaginal and anal sexual risk. Among females,

self-esteem was found to be associated with lower anal sexual risk and perceived support from friends predicted lower anal and oral sexual risk. The study highlights the importance of considering family and friends as well as gender differences in the prevention of STIs/HIV.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud mundial, dadas sus implicaciones entre las que se encuentra el aumento del riesgo de infección y transmisión del VIH (Gao y Chen, 2011). Es preocupante el hecho de que el mayor número de ITS se produzca entre los 15 y los 24 años de edad (Dehne y Riedner, 2005). Considerando el número de ITS con respecto al número de personas sexualmente activas, el grupo de edad comprendido entre los 15 y los 19 años sería el más afectado (Redondo Figuero y Viadero Ubierna, 2008).

La infección por el VIH tiene lugar frecuentemente en la adolescencia, momento que coincide con una mayor frecuencia de emisión de conductas sexuales de riesgo (Bartlett, Buck y Shattell, 2008). Algunas conductas sexuales y factores de riesgo para las ITS, incluida el VIH y de embarazos no deseados, son no utilizar el preservativo, tener múltiples parejas sexuales y un inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas (Beadnell et al., 2005; Pettifor, Van der Straten, Dunbar, Shiboski y Padian, 2004). En relación a las diferencias sexuales, se ha observado que los varones adolescentes tienen mayores probabilidades de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo en comparación con las mujeres (Paxton y Robinson, 2008). La adolescencia es el momento ideal para fomentar e instaurar conductas de prevención de riesgos para la salud (McBride y Bell, 2011), por lo que es de gran relevancia el análisis de las variables que se relacionan con éstas y con las conductas de riesgo.

Existe una interrelación de una amplia diversidad de factores psicológicos que influyen sobre las conductas sexuales de riesgo para las ITS y el VIH en adolescentes (véase por ejemplo, Bermúdez et al., 2012). Un modelo integrador es el *Modelo Socioecológico del Riesgo de ITS/VIH y Factores Protectores para Adolescentes* (DiClemente, Salazar, Crosby y Rosenthal, 2005). Según este modelo, ciertas características emocionales suponen que la persona tenga mayores probabilidades de implicarse en conductas sexuales de riesgo (DiClemente et al., 2008). La adolescencia es también un momento vital donde existe un mayor riesgo para el desarrollo de problemas emocionales como, por ejemplo, la depresión (Stevens, Brice, Ale y Morris, 2011) que podría afectar a las personas mediante su influencia en los comportamientos de salud que éstas manifiestan (Adam et al., 2011; Seth et al., 2009) como son, por ejemplo, las conductas sexuales de riesgo (Lehrer, Shrier, Gortmaker y Buka, 2006; Paxton y Robinson, 2008; Seth et al., 2009; Waller et al., 2006).

Otras variables que se han analizado en los contextos individual y familiar así como sus asociaciones con la conducta sexual adolescente son la autoestima y el apoyo social (Lakshmi, Gupta y Kumar, 2007). Las adolescentes que percibían mayor apoyo social de su grupo de iguales tenían más probabilidades de tener una ITS (Salazar et al., 2007). Otros han afirmado que el apoyo social de los amigos y de los padres interactúan para predecir un menor riesgo de conducta sexual de riesgo en adolescentes (véase Henrich, Brookmeyer, Shrier y Shahar, 2006). En un estudio reciente, Gao y Chen (2011) hallaron que el apoyo social reducía el riesgo de ITS en mujeres. Respecto a la autoestima, éste es un constructo que se define por cómo la persona se siente o se valora a sí misma y se relaciona con conductas de salud y con trastornos emocionales, como la depresión (McBride y Bell, 2011). La baja autoestima se ha asociado con un inicio de las relaciones sexuales a edades tempranas (Price y Hyde, 2009) y con una mayor probabilidad de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo (DiClemente et al., 2008). Por su parte, Wheeler (2010) concluyó que una mayor autoestima no predecía el inicio de las relaciones sexuales. Igualmente, Penfold, Van Teijlingen y Tucker (2009), no hallaron asociaciones entre la autoestima y las conductas sexuales de riesgo (haber mantenido relaciones sexuales a edades tempranas). Por tanto, existen resultados contradictorios.

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad, se plantea el presente estudio cuyo objetivo general es analizar la relación de la autoestima, la depresión y el apoyo social percibido con el riesgo sexual vaginal, anal y oral en función del sexo de los adolescentes. Este análisis podría ser de utilidad en el diseño de estrategias y programas de prevención de ITS y VIH que estén más ajustados a las características emocionales y biológicas de los adolescentes. En la redacción de este trabajo, se han seguido las recomendaciones de Hartley (2012).

Metodología

Participantes

La muestra estuvo formada por 1,000 adolescentes estudiantes en centros de enseñanza secundaria de la provincia de Granada (España). Sus edades estaban comprendidas entre los 14 y 18 años ($M=15.75$; $DT=1.17$). El 47.10% eran varones ($M=15.71$; $DT=1.19$) y el 52.9% mujeres ($M=15.79$; $DT=1.15$). En relación a la orientación sexual, el 95.40% informó ser heterosexual, el 1.4% homosexual y el 2.4% bisexual, además el 34.1% indicó tener pareja estable frente al 65.8% que indicó no tenerla. El 16.1% no había mantenido ningún contacto sexual, el 49.5% había

mantenido relaciones sexuales no coitales y el 34.3% había mantenido relaciones sexuales con penetración.

Instrumentos

- *Cuestionario de datos sociodemográficos*. Este instrumento, elaborado *ad-hoc* para la presente investigación, recoge datos sociodemográficos (edad, sexo, si tiene pareja y su edad, y orientación sexual).

- *Cuestionario de conducta sexual* (Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009). Se recoge información sobre el tipo de relaciones sexuales: a) sin experiencia sexual, b) con experiencia sexual sin penetración, y c) con experiencia sexual con penetración. Además, se plantean cuestiones sobre la historia de vida sexual durante los últimos dos meses y sobre el último contacto sexual con penetración. Se pregunta por la frecuencia de las relaciones vaginales, anales y orales, el número de personas diferentes con las que mantienen relaciones y la frecuencia de uso del preservativo.

- El apoyo social percibido fue evaluado mediante la *Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido* (*The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*, Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). Se trata de un instrumento que consta de 12 ítems y 3 subescalas. Concretamente, cuatro ítems evalúan apoyo de la familia (por ejemplo: *mi familia, realmente intenta ayudarme*), otros cuatro ítems evalúan apoyo de los amigos (por ejemplo: *puedo hablar con mis amigos/as de mis problemas*), y por último, cuatro ítems evalúan el apoyo de una persona especial (por ejemplo: *hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y mis penas*). Se obtiene una puntuación total que indica el apoyo social percibido. El formato de respuesta es tipo *Likert* de cinco puntos que van desde “*Totalmente en desacuerdo*” a “*Totalmente de acuerdo*”. En la muestra del presente estudio, la subescala de apoyo de la familia tenía un alfa de Cronbach de .87, la de apoyo de los amigos presentaba un alfa de Cronbach de .87 y en la de apoyo de una persona especial, el alfa era de .73. El alfa de Cronbach de la puntuación total que indica el apoyo social percibido era de .83. A mayor puntuación, mayor apoyo social percibido. El rango de puntuaciones va desde 0 hasta 48.

- La autoestima fue evaluada con la *Escala de Autoestima de Rosenberg* (*Rosenberg Self-Esteem Scale*, Rosenberg, 1965). Este instrumento está compuesto por 10 ítems (por ejemplo: *a veces pienso que no sirvo para nada*), cuyo formato de respuesta es tipo *Likert* de cuatro puntos, que va de “*Muy desacuerdo*” a “*Muy de acuerdo*” (en la presente muestra, alfa de Cronbach=.70). A mayor puntuación, mayor autoestima. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 30.

- Para evaluar la sintomatología depresiva, se utilizó la escala *CES-D* (*Center for Epidemiologic Studies–Depression*, Santor y Coyne, 1997). Se trata de un instrumento compuesto por ocho ítems (por ejemplo: *Durante la última semana sentí que no podía quitarme de encima la tristeza incluso con la ayuda de mi familia y amigos*) para detectar casos de depresión. El formato de respuesta es tipo *Likert* de cuatro puntos que va desde “*Menos de 1 día*” a “*5-7 días*” (en la muestra del presente estudio, alfa de Cronbach=.72). A mayor puntuación, mayor grado de depresión. El rango de puntuaciones va de 0 a 24.

Diseño

Se trata de un estudio *ex post facto* mediante encuestas de tipo transversal.

Procedimiento

Para llevar a cabo la evaluación, en un primer momento se realizó el cuadernillo que finalmente se aplicaría a los adolescentes, a la vez que se llevó a cabo el entrenamiento de la evaluadora encargada de la aplicación de los cuestionarios. La recogida de datos se hizo en 12 centros públicos de enseñanza secundaria de la provincia de Granada (España). Para ello, en primer lugar se obtuvo el listado de centros de educación secundaria de la provincia de Granada, facilitado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, del cual se seleccionó un 10% de los centros al azar, 15 en total. Posteriormente, se contactó, a través de correo electrónico, con los centros de Enseñanza seleccionados para solicitar su colaboración, de los cuales 3 centros no aceptaron participar. Seguidamente, se contactó telefónicamente con aquellos que mostraron su interés en la solicitud.

Tras acordar y planificar la evaluación, las personas entrenadas para realizarla, acudieron a los centros donde los cuestionarios se aplicaron en el aula a grupos de entre 20 y 25 alumnos bajo las mismas condiciones, tras confirmar el anonimato de los datos y haber obtenido el consentimiento informado.

Resultados

En primer lugar se calcularon las medias de las puntuaciones en autoestima, depresión y los tres factores de la escala de apoyo social percibido. Además, se analizó si existían diferencias en dichas variables en función del sexo. Los resultados pusieron de manifiesto diferencias significativas entre varones y mujeres en depresión, apoyo percibido de los amigos y apoyo percibido de una persona especial (véase Tabla 1).

Tabla 1.

Medias de las variables autoestima, depresión y los factores de apoyo social percibido por sexo y totales, y diferencia por sexo.

	Varones (n = 470)		Mujeres (n = 529)		Comparación por sexo <i>t(g.l.)</i>	Total (n = 1.005)	
	Media	DT	Media	DT		Media	DT
Autoestima	20.19	3.89	19.84	3.64	1.43(999)	20.00	3.75
Depresión	3.53	4.52	6.55	6.07	-8.80 (999)*	5.12	5.58
Apoyo percibido de la Familia	12.43	3.83	12.33	3.57	6.82(999)	12.18	3.87
Apoyo percibido de los amigos	12.82	3.17	13.81	2.81	-5.24 (999)*	13.34	3.02
Apoyo percibido de una persona especial	12.43	3.26	13.98	2.89	-7.91(999)*	13.24	3.16

DT = Desviación típica; *t* = valor del estadístico *t-student*; *g.l.* = grados de libertad; * *p* < .001.

Posteriormente, se realizó un análisis de la covarianza múltiple para determinar la relación entre las variables psicosociales dependientes y la variable independiente tipo de experiencia sexual, que divide a los participantes en tres grupos: a) sin experiencia sexual, b) con experiencia sexual sin penetración, y c) con experiencia sexual con penetración. Los tres grupos establecidos difieren en su edad media, siendo esas diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,996)}=87.78$; $p=.000$), por lo que la variable edad se introdujo como covariable en el análisis. Previamente se ha constatado la diferencia en las variables dependientes en función el sexo, por ello los análisis se realizaron separadamente para mujeres y varones.

Los resultados se exponen en las Tablas 2 y 3, en las que se puede observar que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todas las variables para el grupo de mujeres, y en los tres factores de la escala de apoyo social percibida en el grupo de varones.

Tabla 2.

Medias y diferencia de medias, de las variables autoestima, depresión y los factores de apoyo social percibido en función del tipo de experiencia sexual en varones.

	Sin experiencia sexual		Experiencia sexual sin penetración		Experiencia sexual con penetración		Comparación por experiencia sexual F(g.l.)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Autoestima	19.74	3.59	20.46	3.79	20.04	4.17	0.958(3. 463)
Depresión	3.11	3.64	3.69	4.82	3.59	4.56	0.557(3. 463)
Apoyo percibido de la Familia	13.17	3.01	12.37	3.41	10.83	4.46	13.0(3. 463)*
Apoyo percibido de los amigos	11.47	3.69	13.31	2.70	12.91	3.18	9.85(3. 463)*
Apoyo percibido de una persona especial	10.97	3.71	12.70	2.91	12.86	3.24	8.33(3. 463)*

DT = Desviación típica; F= valor del estadístico F del MANCOVA; g.l. = grados de libertad;

* $p < .001$.

Tabla 3.

Medias y diferencia de medias, de las variables autoestima, depresión y los factores de apoyo social percibido en función del tipo de experiencia sexual en mujeres.

	Sin experiencia sexual		Experiencia sexual sin penetración		Experiencia sexual con penetración		Comparación por experiencia sexual F(g.l.)
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	
Autoestima	19.43	2.93	19.54	3.46	20.45	4.08	4.258(3. 525)*
Depresión	4.59	5.19	6.39	5.55	7.54	6.93	5.054(3. 525)*
Apoyo percibido de la Familia	13.61	3.011	12.30	3.43	11.88	3.87	7.220(3. 525)*
Apoyo percibido de los amigos	13.16	3.40	14.19	2.43	13.48	3.02	5.193(3. 525)*
Apoyo percibido de una persona especial	12.61	3.05	14.10	3.07	14.31	2.38	6.437(3. 525)*

DT = Desviación típica; F= valor del estadístico F del MANCOVA; g.l. = grados de libertad;

* $p < .001$.

Para establecer entre qué grupos de experiencia sexual estaban las diferencias se empleó la prueba de comparaciones múltiples Sidak. Los resultados obtenidos para los varones indicaron que en la variable apoyo percibido de la familia, el grupo que había mantenido relaciones coitales obtuvo 2.34 puntos menos que el grupo que no había mantenido relaciones ($p=.000$) y 1.54 puntos menos que el grupo que había mantenido

relaciones no coitales ($p=.000$). En relación al apoyo percibido de una persona especial, el grupo que nunca había mantenido relaciones obtuvo 1.73 puntos menos que el grupo que había mantenido relaciones no coitales ($p=.000$) y 1.89 puntos menos que el que había mantenido relaciones con penetración ($p=.000$). Por último, el grupo sin experiencia sexual puntuó 1.84 menos que el grupo con experiencia sexual sin penetración ($p=.000$) y 1.44 menos que el grupo con experiencia coital ($p=.000$) en apoyo social percibido de los amigos.

Con respecto a las mujeres, el grupo que indicó no haber tenido relaciones sexuales de ningún tipo presentó 1.30 puntos más que el grupo que indicó haber mantenido relaciones sin penetración ($p=.000$) y 1.73 puntos más que el grupo con relaciones sexuales con penetración ($p=.000$), en el apoyo percibido de la familia. La puntuación en la variable apoyo percibido de una persona especial del grupo que no había mantenido relaciones sexuales fue 1.48 puntos menor que la del grupo con experiencia no coital ($p=.000$) y 1.69 puntos menor que la del grupo con experiencia coital ($p=.000$). En relación al apoyo percibido de los amigos, las diferencias se encontraron en el grupo con experiencia no coital con respecto al grupo sin ningún tipo de relaciones ($p=.000$), que obtuvo 1.03 puntos más, y al grupo con experiencia coital el grupo sin ningún tipo de relaciones ($p=.000$), que obtuvo 0.71 puntos más. En lo referente a la variable depresión, el grupo con experiencia sexual coital presentó 2.94 puntos más que el que no había tenido ningún tipo de relación ($p=.000$), y en relación a la autoestima, la diferencia fue mostrada entre el grupo con relaciones coitales y el grupo de relaciones no coitales ($p=.000$), donde el primero puntuó 0.90 más que el segundo.

Posteriormente, se realizaron los análisis pertinentes para determinar la relación entre las variables evaluadas y la conducta sexual de riesgo. En primer lugar se calculó el índice de riesgo, según las indicaciones de Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal (2010), a través de las cuales se divide el número de relaciones sin uso de preservativo entre el número de relaciones totales, y el resultado se multiplica por el número de parejas. Para ello se utilizaron los datos relativos a los dos últimos meses con respecto a la conducta sexual oral, anal y vaginal. De este modo, se obtuvieron tres índices de riesgo (anal, oral y vaginal), cuyos resultados descriptivos para varones y mujeres pueden observarse en la Tabla 4. Es importante determinar que los índices de riesgo pueden asumir valores iguales o mayores que cero, donde cero indica que no hubo ningún riesgo durante los dos últimos meses, y las puntuaciones mayores que cero

indican que hubo riesgo durante los dos últimos meses (a mayor puntuación mayor riesgo).

Tabla 4. Datos descriptivos referentes a los índices de riesgo vaginal, anal y oral, de los dos últimos meses.

	Índice de riesgo vaginal				Índice de riesgo anal				Índice de riesgo oral			
	Media	DT	Punt. Max	Punt. Min.	Media	DT	Punt. Max	Punt. Min.	Media	DT	Punt. Max	Punt. Min.
Mujeres	0.29	0.52	4	0	0.05	0.25	2	0	0.53	0.65	3	0
Varones	0.33	1.27	12	0	0.23	1.37	12	0	0.69	1.55	12	0

DT = Desviación típica; Punt. Max=Puntuación Máxima; Punt. Min.= Puntuación Mínima

A continuación, se comprobaron los supuestos de multicolinealidad, independencia de los errores, normalidad de los errores y linealidad, necesarios para realizar las correspondientes regresiones lineales para determinar la influencia de las variables evaluadas sobre los índices de riesgo, para varones y mujeres. Tras comprobar que dichos supuestos se cumplían, se llevaron a cabo las seis regresiones lineales, y los coeficientes estandarizados y valores t de las variables incluidas en las regresiones se exponen en la Tabla 5.

En lo que respecta al índice de riesgo vaginal, el modelo no resultó significativo para las mujeres pero sí para los varones ($F_{(5,158)}=8.96$; $p=.000$), para el cual el porcentaje de varianza explicada es el 23%. Las variables significativas en la regresión son la autoestima y la depresión, que correlacionan positivamente con el índice de riesgo vaginal, y el apoyo percibido de la familia, que correlaciona de forma negativa. El índice de riesgo anal resultó significativo tanto para los varones ($F_{(5,158)}=7.13$; $p=.01$; $R^2=.18$) como para las mujeres ($F_{(5,158)}=3.28$; $p=.01$), aunque con menor porcentaje de varianza explicada para ellas ($R^2=.08$). Las variables significativas en el modelo resultante para los varones fueron la depresión y el apoyo percibido de la familia, ambas en la misma dirección que presentaron en el modelo anterior. Por el contrario, las variables significativas en la influencia sobre el índice de riesgo anal para las mujeres fueron la autoestima y el apoyo percibido de los amigos, que correlacionan de forma negativa, lo que indica que a mayor autoestima y mayor percepción de apoyo por parte de los amigos menor riesgo.

Por último, los modelos resultantes para el índice de riesgo oral fueron significativos tanto para varones ($F_{(5,150)}=7.47$; $p=.000$; $R^2=.19$) como para mujeres

($F_{(5,181)} = 3.17$; $p = .01$; $R^2 = .02$). La variable que resultó significativa para los varones fue la depresión, que correlaciona de forma positiva, y para las mujeres el apoyo percibido de los amigos, que correlaciona de forma negativa.

Tabla 5. Coeficientes estandarizados y valores *t*, de la autoestima, la depresión y los tres factores de apoyo social percibido en las regresiones lineales de los índices de riesgo vaginal, anal y oral.

	Índice de riesgo vaginal				Índice de riesgo anal				Índice de riesgo oral			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Autoestima	0.20*	2.62	-0.46	-0.53	0.10	1.26	-0.25*	-3.12	0.12	1.51	-0.03	-0.40
Depresión	0.38*	4.92	-0.03	-0.38	0.37*	4.61	-0.012	-1.55	0.44*	5.48	-0.02	-0.32
Apoyo percibido de la Familia	-0.25*	-3.01	-0.01	-0.20	-0.19*	-2.34	0.01	0.15	-0.03	-0.36	0.01	0.13
Apoyo percibido de los amigos	0.10	1.09	0.02	0.24	0.06	0.61	-0.16*	-2.15	0.09	0.93	-0.14*	-1.86
Apoyo percibido de una persona especial	0.06	0.64	0.09	1.13	-0.01	-0.17	0.08	1.04	-0.13	-1.35	0.05	0.70

Nota. *t* hace referencia al valor *t*-student. * $p < .01$

Discusión

En el presente estudio se ha puesto de manifiesto que existen diferencias en depresión, apoyo social percibido y autoestima en función del sexo. En comparación con los varones, las mujeres tenían mayores puntuaciones en depresión, apoyo percibido de los amigos y apoyo percibido de una persona especial.

Con respecto a la experiencia sexual (ningún tipo de experiencia sexual; experiencia sexual sin penetración y experiencia sexual con penetración), aquellos varones adolescentes que no tenían ningún tipo de experiencia sexual mostraban las puntuaciones más elevadas en apoyo percibido de la familia en comparación con los otros dos grupos (varones con experiencia sexual sin penetración y varones con experiencia sexual con penetración). Este resultado concuerda con las conclusiones de un estudio reciente donde se puso de manifiesto que cuanto mejores eran las relaciones entre padres y adolescentes, menor implicación en conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes (Deptula, Henry y Schoeny, 2010). Por otra parte, los varones que tenían experiencia sexual sin penetración, tenían la puntuación más alta en apoyo percibido de los amigos, mientras que los varones con experiencia sexual con penetración, presentaron la mayor puntuación en apoyo percibido de una persona especial.

En el grupo de mujeres, y al igual que en los varones, las que no tenían ningún tipo de experiencia sexual mostraron la mayor puntuación en apoyo percibido de la familia en comparación con los otros dos grupos de experiencia sexual. La familia constituye uno de los contextos sociales de gran relevancia en la educación sexual de los adolescentes. En esta línea, la comunicación con los padres sobre sexo se ha relacionado con un retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales (Perrino, González-Soldevilla, Pantin y Szapocznik, 2000). Las adolescentes con experiencia sexual con penetración tenían las puntuaciones más elevadas en autoestima, depresión, apoyo percibido de los amigos y de una persona especial, en comparación con los otros dos grupos de experiencia sexual (experiencia sexual sin penetración y ningún tipo de experiencia sexual). Las relaciones románticas y de índole sexual son discutidas normalmente con el grupo de iguales (Wisniewski, Sieving y Garwick, 2013) por lo que los adolescentes se comportarán de acuerdo a las creencias, actitudes y comportamiento sexual que tenga dicho grupo (Henry, Deptula y Schoeny, 2012; Miranda-Díaz y Corcoran, 2012). Así, las adolescentes con experiencia sexual con penetración tienen mayores puntuaciones en apoyo social percibido de los amigos y de una persona

especial que es probable que sea su pareja y que ésta refuerce la actividad sexual. En relación a la depresión, de forma similar a lo hallado en el presente estudio, Ciairano, Bonino, Kliewer y Jackson (2006) concluyeron que las mujeres adolescentes sexualmente activas mostraron unos niveles superiores de depresión que aquellas que no eran sexualmente activas. Asimismo, Monahan y Lee (2008) mantuvieron que la actividad sexual se relacionaba con una mayor sintomatología depresiva si se comparaba a los adolescentes sexualmente activos con aquellos que no tenían ningún tipo de experiencia sexual.

Si se atiende a los adolescentes que tienen experiencia sexual con penetración, en el presente estudio se ha puesto de manifiesto que en las mujeres, un mayor apoyo percibido de los amigos predecía un menor riesgo sexual anal y oral. Teniendo en cuenta que las percepciones que tienen los adolescentes sobre las actividades sexuales de sus iguales influyen en sus decisiones acerca de mantener sexo (Miranda-Díaz y Corcoran, 2012), probablemente el grupo de iguales de estas mujeres adolescentes no fomenten la práctica de sexo oral y anal y de ahí, que exista un menor riesgo debido a una menor práctica.

En las mujeres con experiencia sexual con penetración, una mayor puntuación en autoestima predecía un menor riesgo anal debido a una baja frecuencia de esa práctica, posiblemente justificada porque en la imagen positiva de sí misma a nivel sexual no se contemple realizar sexo anal. Así, y dado que la autoestima es probable que fluctúe durante la adolescencia (Moksnes y Espnes, 2012), es importante que en los programas de educación sexual se fomente la autoestima en las mujeres (Ethier et al., 2006; Price y Hyde, 2009).

Con respecto a los varones con experiencia sexual con penetración, la puntuación en depresión se relacionaba positivamente con el riesgo sexual anal, vaginal y oral. Mencionar que la depresión podría afectar al proceso de toma de decisiones en el contexto sexual de forma que facilite la implicación en conductas sexuales de riesgo (Seth et al., 2009). Dadas las asociaciones entre depresión y las conductas sexuales de riesgo en varones, se recomienda que los profesionales de la salud que trabajan con población adolescente evalúen las conductas sexuales de riesgo en aquellos en los que se detecte sintomatología depresiva (Langille, Asbridge, Kisely y Wilson, 2011). Sin embargo, en el presente estudio no se han observado asociaciones entre las puntuaciones en depresión y el riesgo sexual vaginal, oral o anal en mujeres. Como ya se ha mencionado anteriormente, las mujeres presentaron puntuaciones más altas en

depresión que los varones, y además dentro del grupo de mujeres, las que tenían experiencia sexual con penetración eran las que mostraron mayores tasas de depresión frente al grupo sin experiencia sexual y el grupo con experiencia sexual sin penetración, algo que no ocurre en el grupo de varones. Por ello, a diferencia de lo que ocurre con los varones donde existe una relación entre la depresión y el riesgo en la conducta sexual, es posible que las mujeres tengan una mayor implicación emocional en las relaciones sexuales (Monahan y Lee, 2008), que cuando no cumplen sus expectativas conllevan una frustración y por lo tanto un aumento del nivel de depresión. Así, las mujeres que mantienen relaciones sexuales presentan un estado de ánimo más depresivo por lo que están habituadas a tomar decisiones de cualquier tipo bajo ese estado de ánimo sin que esas decisiones se vean afectadas significativamente.

En los varones con experiencia sexual con penetración, se ha encontrado que a mayor puntuación en apoyo percibido de la familia, menor riesgo vaginal y anal. Estos resultados estarían en consonancia con las conclusiones establecidas en otros estudios (Adam et al., 2011; Gao y Chen, 2011; Henrich et al., 2006; Seth et al., 2009). Por ejemplo, Meekers, Silva y Klein (2006), hallaron que los varones adolescentes presentaban una mayor probabilidad de haber utilizado alguna vez el preservativo si percibían altos niveles de apoyo social por parte de sus padres y grupo de iguales. Atendiendo a la autoestima, una mayor puntuación predecía un mayor riesgo vaginal en varones. La autoestima se forma a partir de la opinión que los demás tienen sobre el individuo (Moksnes y Espnes, 2012). Teniendo en cuenta este aspecto, podría ser que el entorno social de estos varones adolescentes perciba de forma positiva que el varón se implique en conductas sexuales de riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin utilizar el preservativo, tener varias parejas sexuales, etc.). Este hecho se ajustaría a los roles de género tradicionales que determinan qué conductas son adecuadas para varones y mujeres, y que además se relacionan con el concepto de sí mismo (Matud y Aguilera, 2009). Por tanto, para comportarse según su rol de género y mantener su autoestima, los varones asumirían más riesgos sexuales.

Finalmente, en términos generales se puede afirmar que las variables autoestima, depresión y apoyo social influyen en la conducta sexual de riesgo de los adolescentes de forma diferencial según el sexo.

Referencias

- Adam, E.K., Chyu, L., Hoyt, L.T., Doane, L.D., Boisjoly, J., Duncan, G.J., ...McDade, T.W. (2011). Adverse adolescent relationship histories and young adult health: Cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence and loss. *Journal of Adolescent Health, 49*, 278-286. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.12.012
- Bartlett, R., Buck, R. y Shattell, M.M. (2008). Risk and protection for HIV/AIDS in African-American, Hispanic, and white adolescents. *Journal of National Black Nurses Association, 19*, 19-25.
- Beadnell, B., Morrison, D.M., Wildson, A., Wells, E.A., Murowchick, E., Hoppe, M., ...Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk taking. *The Journal of Sex Research, 42*, 192-202. doi: 10.1080/00224490509552274
- Bermúdez, M.P., Castro, Á., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*, 89-103.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 235-249.
- Ciairano, S., Bonino, S., Kliwer, W., Miceli, R. y Jackson, S. (2006). Dating, sexual activity and well-being in Italian adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*, 275-282. doi:10.1207/s15374424jccp3502_11
- Dehne, K.L. y Riedner, G. (2005). *Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services*. Geneva: World Health Organization.
- Deptula, D.P., Henry, D.B. y Schoeny, M.E. (2010). How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behaviour. *Journal of Family Psychology, 24*, 731-739. doi: 10.1037/a0021760
- DiClemente, R.J., Crittenden, C.P., Rose, E., Sales, J.M., Wingood, G.M., Crosby, R.A. y Salazar, L.F. (2008). Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviours and the efficacy of prevention interventions in adolescents at risk for HIV infection: What works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine, 70*, 598-605. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181775edb

- DiClemente, R.J., Salazar, L.F., Crosby, R.A. y Rosenthal, S. (2005). Prevention and control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective. A commentary. *Public Health*, 119, 825-836. doi: 10.1016/j.puhe.2004.10.015
- Ethier, K.A., Kershaw, T.S., Lewis, J.B., Milan, S., Niccolai, M. y Ickovics, J.R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behaviour among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health*, 38, 268-274. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.12.010
- Gao, Y. y Chen, Y. (2011). Social support associated with a reduced risk of sexually transmitted infection in Canadians. *Journal of Public Health*, 19, 49-56. doi: 10.1007/s10389-010-0351-9
- Hartley, J. (2012). New ways of making academic articles easier to read. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 143-160.
- Henrich, C.C., Brookmeyer, K.A., Shrier, L.A. y Shahar, G. (2006). Supportive relationships and sexual risk behaviour in adolescence: An ecological-transactional approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 31, 286-297. doi: 10.1093/jpepsy/jsj024
- Henry, D.B., Deptula, D.P. y Schoeny, M.E. (2012). Sexually transmitted infections and unintended pregnancy: A longitudinal analysis of risk transmission through friends and attitudes. *Social Development*, 21, 195-214. doi: 10.1111/j.1467-9507.2011.00626.x
- Lakshmi, P.V.M., Gupta, N. y Kumar, R. (2007). Psychosocial predictors of adolescent sexual behavior. *Indian Journal of Pediatrics*, 74, 923-926. doi: 10.1007/s12098-007-0170-3
- Langille, D., Asbridge, M., Kisely, S. y Wilson, K. (2011). Risk of depression and multiple sexual risk-taking behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada. *Sexual Health*, 9, 254-260. doi: 10.1071/SH11029
- Lehrer, J., Shrier, L.A., Gortmaker, S. y Buka, S. (2006). Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviours among US middle and high school students. *Pediatrics*, 118, 189-200. doi: 10.1542/peds.2005-1320
- Matud, M.P. y Aguilera, L. (2009). Roles sexuales y salud mental en una muestra de la población general española. *Salud Mental*, 32, 53-58.

- McBride, D.F. y Bell, C.C. (2011). Human immunodeficiency virus prevention with youth. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 217-229. doi: 10.1016/j.psc.2010.11.007
- Meekers, D., Silva, M. y Klein, M. (2006). Determinants of condom use among youth in Madagascar. *Journal of Biosocial Science*, 38, 365-380. doi: 10.1017/S0021932005007200
- Moksnes, U.K. y Espnes, G.A. (2012). Self-esteem and emotional health in adolescents. Gender and age as potential moderators. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 483-489. doi: 10.1111/sjop.12021
- Monahan, K.C. y Lee, J.M. (2008). Adolescent sexual activity: Links between relational context and depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 917-927. doi: 10.1007/s10964-007-9256-5
- Miranda-Díaz, M. y Corcoran, K. (2012). “All my friends are doing it”: The impact of the perception of peer sexuality on adolescents’ intention to have sex. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 9, 260-264. doi: 10.1080/15433714.2012.672923.
- Paxton, K.C. y Robinson, W.L. (2008). Depressive symptoms, gender and sexual risk behaviour among African-American adolescents. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 35, 49-62. doi: 10.1300/j005v35n02_05
- Penfold, S.C., Van Teijlingen, E.R. y Tucker, J.S. (2009). Factors associated with self-reported first sexual intercourse in Scottish adolescents. *BMC Research Notes*, 2, 1-6. doi:10.1186/1756-0500-2-42
- Perrino, T., González-Soldevilla, A., Pantin, H. y Szapocznik, J. (2000). The role of families in adolescent HIV prevention: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 81-96. doi: 10.1023/A:1009571518900
- Pettifor, A.E., Van der Straten, A., Dunbar, M.S., Shiboski, S.C. y Padian, N.S. (2004). Early age of first sex: A risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, 18, 1435-1442. doi: 10.1097/01.aids.0000131338.61042.b8
- Price, M.N. y Hyde, J.S. (2009). When two isn't better than one: Predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *Journal of Youth Adolescence*, 38, 1059-1071. doi: 10.1007/s10964-008-9351-2
- Redondo Figuero, C. y Viadero Ubierna, M.T. (2008). Enfermedades de transmisión sexual. En C. Redondo Figuero, G. Galdó Muñoz y M. García Fuentes (Eds.), *Atención al adolescente* (pp. 325-331). Santander: PubliCan.

- Rosemberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salazar, L.F., Crosby, R.A., DiClemente, R.J., Wingood, G.M., Rose, E., Sales, J.M. y Caliendo, A.M. (2007). Personal, relational, and peer-level risk factors for laboratory confirmed STD prevalence among low-income African American adolescent females. *Sexually Transmitted Diseases*, *34*, 761-766.
- Santor, D.A. y Coyne, J.C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, *9*, 223-243. doi: 10.1037/1040-3590.9.3.233
- Seth, P., Patel, S.N., Sales, J.M., DiClemente, R.J., Wingood, G.M. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with males sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, *14*, 291-300. doi: 10.1080/13548500902730119
- Stevens, S.B., Brice, Ch.S., Ale, Ch.M. y Morris, T.L. (2011). Examining depression, anxiety and foster care placement as predictors of substance use and sexual activity in adolescents. *Journal of Social Service Research*, *37*, 539-554. doi: 10.1080/01488376.2011.608338
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, *12*, 471-474. doi: 10.1017/S1138741600001852
- Waller, M.W., Hallfors, D.D., Halpern, C.T., Iritani, B.J., Ford, C.A. y Guo, G. (2006). Gender differences in associations between depressive symptoms and patterns of substance use and risky sexual behaviour among a nationally representative sample of U.S. adolescents. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 139-150. doi: 10.1007/s00737-006-0121-4
- Wheeler, S.B. (2010). Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision making: An examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *Journal of Adolescent Health*, *47*, 582-590. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.04.009
- Wisnieski, D., Sieving, R.E. y Garwick, A.W. (2013). Influence of peers on young adolescent females' romantic decisions. *American Journal of Health Education*, *44*, 32-40. doi: 10.1080/19325037.2012.749716

Zimet, G., Dahlem, N.V., Zimet, S.G. y Farley, G.K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41. doi: 10.1207/s15327752jpa5201_2

ESTUDIO 2

Estudio 2

Evaluación de la autoeficacia para el uso del preservativo, el conocimiento y la preocupación por ITS/VIH en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Resumen

Una de las principales vías de transmisión del VIH y otras ITS, es la vía sexual. El presente estudio tiene como objetivo determinar las diferencias en función del género en el conocimiento sobre ITS/VIH, la preocupación por ITS/VIH y la autoeficacia en el uso del preservativo y su relación con el comportamiento sexual de riesgo, en una muestra de adolescentes españoles. La muestra del estudio estuvo formada por 1.000 adolescentes de la provincia de Granada, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Se aplicó un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y un cuestionario de conducta sexual. Además se evaluó la autoeficacia para el uso del preservativo y el conocimiento y la preocupación sobre ITS/VIH. Los cuestionarios se aplicaron en el aula a todos los adolescentes bajo las mismas condiciones. Los resultados ponen de manifiesto que un tercio de los participantes informan tener relaciones sexuales coitales, los varones tienen más parejas sexuales y las mujeres hacen menor uso del preservativo en sus relaciones sexuales vaginales y orales. Las mujeres presentan más conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH y más preocupación sobre la posibilidad de infectarse de una ITS o el VIH en un futuro. Los varones, presentan más autoeficacia en el uso del preservativo. Mayor autoeficacia en el uso del preservativo disminuye la exposición al riesgo, entre los varones, tanto a nivel vaginal, anal y oral, mientras que en las mujeres no tiene ningún efecto. Las mujeres presentan más preocupación por el hecho de estar infectadas de una ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y oral. Sin embargo, los varones se preocupan más, únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral. Por lo tanto, se concluye que varones y mujeres emiten conductas sexuales de riesgo, aunque de diversas características, y además los factores psicológicos estudiados influyen sobre la conducta sexual de forma diferencial en función del género.

Abstract

The present study aimed to determine the differences in knowledge of STIs/HIV, worry about STIs/HIV and self-efficacy of condom use according to gender, in a sample of Spanish adolescents, and their relationship with sexual risk behavior. Sample was composed of 1,000 adolescents of Granada province, aged between 14 and 18 years. A questionnaire to collect socio-demographic data and a questionnaire on sexual behavior were applied. Furthermore, self-efficacy of condom use and knowledge and concern about STIs/HIV were assessed. The questionnaires were administered to all adolescents into the classroom under the same conditions. Results show that one third of participants report having coital sexual relations, males have more sexual partners and females make less use of condom in their vaginal and oral sexual relations. Females have more knowledge of aspects related to STIs and HIV, and they are more concerned about the possibility of becoming infected with an STI or HIV at some time in the future. Males show higher self-efficacy of condom use. Higher self-efficacy of condom use decreases the risk exposure among males, both in relation to vaginal and anal sex as well as oral sex, whereas it has no effect in females. Females are more concerned for being infected when they have a higher exposure to vaginal, anal and oral sexual risk. However, males are more concerned only when they are exposed to vaginal risk, but not when they are exposed to anal or oral sexual risk. Therefore, it can be concluded that although both females and males exhibit sexual risk behaviors, these differ in their characteristics, and, in addition, the psychological factors studied have a different influence on sexual behavior depending on gender.

Introducción

A nivel mundial, el 39% de las nuevas infecciones por el VIH durante el año 2012 se produjeron en jóvenes de entre 15 y 24 años, y el 47% se produjeron en mujeres (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013). La adolescencia es una etapa crucial para el desarrollo social, donde factores ambientales y personales interactúan entre sí, afectando al comportamiento y a la toma de decisiones sobre salud sexual de los adolescente, entre muchas otras áreas (Wang et al., 2013). Una de las principales vías de transmisión del VIH y otras ITS, es la vía sexual (UNAIDS, 2013). En España, el VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, y en mujeres más concretamente a través de relaciones heterosexuales no protegidas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2013).

En España, el 33% de jóvenes menores de 18 años afirman tener experiencia sexual coital, y la edad de inicio de dichas relaciones se encuentra en torno a los 15 años. Los varones son quienes emiten más conductas de riesgo tales como tener múltiples parejas y un debut sexual más temprano (García-Vega, Menéndez-Robledo, García-Fernández, y Rico-Fernández, 2010; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009), aunque algunos autores concluyen que el comportamiento de las mujeres cada vez es más similar al de los varones (García-Vega et., al 2010; Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez, 2013). Además, en relación al uso del preservativo diversas investigaciones han mostrado un mayor uso entre varones que entre mujeres (Black, Sun, Rohrbach y Sussman, 2011; Teva et al., 2013).

Con respecto a las variables psicológicas relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes, números estudios indican que el conocimiento sobre aspectos relacionados con el VIH y otras ITS, es una variable que se relaciona negativamente con la conducta sexual de riesgo (Alkhasawneh, McFarland, Mandel y Seshan, 2014; Brito, Davis y Chakrabarti, 2014; Lee, Dancy, Florez y Holm, 2013; Thin-Zaw, Liabsuetrakul, McNeil y Htay, 2013), y positivamente con la intención del uso del preservativo en adolescentes que no se han iniciado sexualmente (Tung, Hu, Efird, Su y Yu, 2013). A pesar de que la mayoría de autores coinciden en que las mujeres tienen más conocimiento que los varones (Brito et al., 2014; Lee et al., 2013; Thin-Zaw et al., 2013), otros presentan datos contradictorios (Sychareun, Thomsen, Chaleunvong y Faxelid, 2013). En este sentido, Alkhasawneh et al. (2014) indican que más de un 40% de los varones de su estudio no consideraban el uso del preservativo como un mecanismo de prevención para el VIH, y esta misma idea era compartida por

casi el 60% de las mujeres. Según los autores, ésta y otras ideas erróneas a cerca de la transmisión de ITS/VIH, se debe al mutismo sobre temas afines a la sexualidad, especialmente entre mujeres, por cuestiones relacionadas con los roles de género.

El conocimiento sobre el VIH y otras ITS, ha sido relacionado con una mayor preocupación por ITS/VIH (Sychareun et al., 2013). En este sentido, diversos autores indican que los adolescentes son una población que percibe una baja vulnerabilidad por la infección de VIH u otras ITS, lo que hace que no se encuentren preocupados (Wang et al., 2013), aunque existen diferencias culturales al respecto (Bermúdez, Castro y Buena-Casal, 2011; Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Cárdenas-López y Duran-Baca, 2013). No obstante, existen estudios que indican que los adolescentes que emiten más conductas sexuales de riesgo, y presentan más barreras para el uso del preservativo y menor autoeficacia y negociación para el uso del mismo, son quienes presentan mayor preocupación por las ITS/VIH (Sales et al., 2009; Træen y Gravningen, 2011). Además, algunas investigaciones han puesto de manifiesto que los varones se encuentran menos preocupados que las mujeres con respecto a la transmisión de ITS/VIH, debido al constructo cultural de masculinidad, construido en base a los roles de género tradicionales, y sus implicaciones (Arraes et al., 2013).

Otro aspecto importante a considerar es la autoeficacia para el uso del preservativo, es decir, la percepción de la persona sobre su capacidad para utilizar con éxito el preservativo (Black et al., 2011). El uso del preservativo, en la adolescencia, se ve favorecido por la percepción de autoeficacia en su uso (Bermúdez et al., 2011; Bermúdez et al., 2012; Xiao, 2013). En relación a las diferencias de género, se ha demostrado que las mujeres indican tener más autoeficacia para el uso del preservativo en comparación con los varones (Bermúdez et al., 2011). Sin embargo, a pesar de presentar más autoeficacia, no hacen mayor uso del preservativo que los varones (Black et al., 2011; Teva et al., 2013), posiblemente debido a que las mujeres tienen que negociar el uso del preservativo con su pareja, al tratarse de una conducta otorgada principalmente al varón (Brodbeck, Vilén, Bachmann, Znoj y Alsaker 2010; Ramiro, Bermúdez y Buena-Casal, 2013). En este sentido, se ha evidenciado que programas de intervención que fomentan el conocimiento sobre ITS/VIH, las actitudes positivas hacia el preservativo y la autoeficacia en su uso, promueven cambios en dichas variables pero no aumentan el uso consistente del mismo (Kudo, 2013), por lo que la intervención en este sentido no es suficiente, aunque sea necesaria.

Las conclusiones de las investigaciones revisadas, ponen de manifiesto que existen diferencias en función del género y aspectos culturales, en los mediadores psicológicos que afectan al comportamiento sexual de riesgo en adolescentes. Además, para que las intervenciones dirigidas a la prevención de las ITS y el VIH sean efectivas, tienen que estar diseñadas teniendo en cuenta las características concretas de la población a la que van destinadas (Adimora et al., 2013; Wang et al., 2013; Wingood et al., 2013). Por todo ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar las diferencias en función del género en el conocimiento sobre ITS/VIH, la preocupación por ITS/VIH y la autoeficacia en el uso del preservativo, en una muestra de adolescentes españoles. Además, establecer las características de la conducta sexual de los adolescentes, y analizar la relación entre las variables psicológicas evaluadas y el comportamiento sexual de riesgo.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio ex post facto tipo prospectivo según la clasificación de Montero y León (2007).

Participantes

La muestra estuvo formada por 1,000 adolescentes de la provincia de Granada (España), de edades comprendidas entre los 14 y 18 años ($M=15.75$; $DT=1.17$), de ambos sexos. El 47.1% fueron varones ($M=15.71$; $DT=1.19$), y el 52,9% mujeres ($M=15.79$; $DT=1.53$). En relación al estado civil de los padres el 83.2% informó que sus padres estaban casados y el 13.3% divorciados. Con respecto a la situación laboral de los padres, el padre se encontraba activo en el 83.5% de los casos y la madre en el 73%. El 96.7% de la muestra indicó ser heterosexual y el 65.8% informó no tener pareja en el momento de la evaluación.

Instrumentos

1. *El Cuestionario de datos sociodemográficos.* Este instrumento, elaborado ad-hoc para la presente investigación, recoge datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, situación laboral de los padres, estado civil de los padres, si tiene pareja y su edad, y orientación sexual).

2. *Cuestionario de conducta sexual* (Teva et al., 2009). Se trata de un instrumento que recoge información sobre el tipo de experiencia sexual (no experiencia sexual, experiencia sexual sin penetración y experiencia sexual con penetración). Los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales sin y con penetración responden a preguntas sobre el tipo de relaciones, la edad de su primera relación no coital, el número de parejas (estable y ocasionales) y número de relaciones bajo el efecto de las drogas durante los dos últimos meses. Los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales coitales, además responden a preguntas que giran en torno a la práctica sexual durante los últimos dos meses. Se pregunta por la frecuencia de las relaciones vaginales, anales y orales, el número de personas diferentes con las que mantienen relaciones y el uso del preservativo.

3. *Autoeficacia en el uso del preservativo* (Wingood y DiClemente, 1998). Se trata de un instrumento compuesto por nueve ítems (*¿Cómo de difícil sería para ti desenrollar un condón sobre tu pene/el pene de tu pareja?*), cuyo formato de respuesta tipo likert que va desde “Mucho=0” a “Nada=4”, y evalúa la percepción de autoeficacia sobre el uso del preservativo. El alpha de Cronbach en el presente estudio fue de .92, dato equivalente al que muestran otros estudios que indican un $\alpha=.88$ (Diclemente et al., 2004).

4. *Escala de preocupación sobre ITS/VIH* (Crosby et al., 2001; Gutiérrez, Teva, Bermúdez y Buena-Casal, 2007; Sales et al., 2009). Esta escala consta de 10 ítems, cinco ítems evalúan preocupación por ITS/VIH en el presente (*Con qué frecuencia te preocupa que tú podrías tener ya el virus del Sida*) y cinco ítems en el futuro (*Con qué frecuencia te preocupa que tú podrías coger el virus del SIDA*). El alpha de Cronbach en el presente estudio fue de .90 para el primer factor y de .87 para el segundo, similar a los presentados por otros estudios (Gutiérrez- Martínez et al., 2007), que obtuvieron un $\alpha=.75$ y $\alpha=.80$, respectivamente.

5. *Conocimiento sobre IST/VIH* (Sikkema et al., 2000). Se trata de un instrumento de 16 ítems (*Los fluidos que se expulsan antes de la eyaculación pueden llevar el virus del Sida*) que evalúa el conocimiento sobre IST/VIH, cuyo formato de respuesta es “Verdadero”, “Falso” y “No sé”. El alpha de Cronbach en el presente estudio fue de .65, similar al encontrado por Diclemente et al, (2004), que fue de .68.

Procedimiento

La recogida de datos se realizó en 12 institutos públicos de Enseñanza Secundaria de la provincia de Granada, previo consentimiento informado de los padres

a través de la dirección de centro. El cuestionario fue administrado de forma colectiva en grupos de 25 a 30 adolescentes, por la misma investigadora y bajo las mismas condiciones. El tiempo máximo empleado en contestar el cuestionario fue de 50 minutos. Para la recogida de los datos tras garantizar la confidencialidad y anonimato de los datos e informar a los adolescentes de que su participación era voluntaria se obtuvo el consentimiento informado de cada uno de los participantes.

Resultados

En primer lugar se procedió a determinar las diferencias en las variables autoeficacia en el uso del preservativo, preocupación por ITS/VIH presente y futura, y conocimiento sobre ITS/VIH, en función del género. Los resultados pusieron de manifiesto que los varones indicaron más autoeficacia en el uso del preservativo y menos preocupación por ITS/VIH futura y menos conocimiento sobre ITS/VIH. Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en la preocupación por ITS/VIH presente (Véase Tabla 1).

Tabla 1.

Medias de las variables autoeficacia en el uso del preservativo, preocupación por ITS/VIH presente y futura, y conocimiento sobre ITS/VIH, totales y diferencia por género.

	Varones (n=472)		Mujeres (n=528)		Comparación por sexo <i>t</i> (g.l.)	Total (n=1,000)	
	Media	DT	Media	DT		Media	DT
Autoeficacia para el uso el preservativo	25.80	7.23	19.65	9.63	11.30(996)*	22.51	9.15
Preocupación por ITS/VIH presente	2.08	3.52	2.24	3.75	-0.67 (996)	2.16	3.64
Preocupación por ITS/VIH Futura	3.85	3.79	4.81	4.20	-3.79 (996)*	3.37	4.05
Conocimiento ITS/VIH	6.46	3.20	7.08	3.31	-3.02(996)*	6.79	3.27

DT=Desviación típica; *t*=valor del estadístico *t-student*; g.l.=grados de libertad; * *p* < .001.

En segundo lugar, se analizaron las características de la conducta sexual en función del género. Para ello, en primer lugar se analizó el tipo de experiencia sexual que indicaron tener los participantes. En este aspecto, el 16.1% indicó no haber

mantenido ningún contacto sexual, el 49.5% indicó haber mantenido relaciones sexuales sin penetración y el 34.3% indicó haber mantenido relaciones sexuales con penetración.

En relación al grupo que indicó mantener relaciones sexuales no coitales, se procedió a determinar las diferencias en diversas características de su conducta sexual en función del género. En este sentido, los varones indicaron haber mantenido su primer contacto no coital a una edad más temprana que las mujeres, encontrándose diferencias significativas. Por el contrario no se encontraron diferencias significativas en el número de parejas a lo largo de su vida, en el número de relaciones sexuales no coitales que habían mantenido bajo el efecto de las drogas durante los dos últimos meses o, el número de relaciones sexuales no coitales que habían mantenido durante los dos últimos meses, en los que su pareja se encontraba bajo los efectos de las drogas. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.
Características de la conducta sexual sin penetración, diferencias en función del género.

	Varones (n=211)		Mujeres (n=269)		Comparación por sexo <i>t</i> (g.l.)
	Media	DT	Media	DT	
Edad primer contacto sexual sin penetración	12.62	2.08	13.49	2.04	-4.60(470)*
Número de parejas	4.25	4.47	3.98	4.49	0.65 (470)
Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas (2 meses)	0.62	4.34	0.15	0.55	1.78 (470)
Relaciones sexuales con pareja bajo el efecto de las drogas (2 meses)	0.28	1.63	0.13	0.62	1.37(470)

DT=Desviación típica; *t*=valor del estadístico *t-student*; g.l.=grados de libertad; * $p < .001$.

Además, como se expone en la Tabla 3, no se encontraron diferencias en el tipo de relaciones sexuales no coitales que habían mantenido (besos, caricias, masturbación, sexo oral), pero sí en el tipo de pareja con el que habían mantenido su último contacto sexual. Los varones indicaron haber mantenido su último contacto con una pareja ocasional en mayor medida que las mujeres, quienes lo hicieron con una pareja estable. Cabe destacar que el 60% de los varones y el 72% de las mujeres que indicaron haber

mantenido sexo oral, pero que no consideraron que fuese una relación sexual con penetración, no hicieron uso del preservativo.

Tabla 3.

Características de la conducta sexual sin penetración, diferencias en función del género.

	Varones		Mujeres		Comparación por sexo χ^2 (g.l.)
	n	%	n	%	
Besos	212	97.2	271	97.5	0.963 (1)
Caricias	182	83.5	235	84.5	0.10 (1)
Masturbación	45	20.6	43	15.5	2.42(1)
Sexo Oral	20	9.2	22	8.0	0.22(1)
Último contacto con pareja Estable	105	48.8	175	63.4	10.47(1)*
Último contacto con pareja Ocasional	110	51.2	101	36.6	10.47(1)*

χ^2 =valor del estadístico *Chi-Cuadrado*; g.l.=grados de libertad; * $p < .001$.

En relación al grupo que indicó haber mantenido relaciones sexuales, no se encontraron diferencias entre varones y mujeres con respecto a la edad con la que mantuvieron su primera relación sexual vaginal, anal u oral, ni sobre el número de relaciones que habían mantenido bajo el efecto de las drogas, ellos o sus parejas, durante los dos últimos meses. Sin embargo, las mujeres indicaron haber mantenido un mayor número de contactos sexuales desprotegidos (no uso del preservativo) durante los dos últimos meses, tanto en sexo vaginal como en sexo oral. Por el contrario fueron los varones los que indicaron mayor número de parejas sexuales en sexo vaginal, anal y oral, durante los dos últimos meses, (Véase Tabla 4).

Tabla 4.
Características de la conducta sexual con penetración, diferencias en función del género.

	Varones (n=154)		Mujeres (n=181)		Comparación por sexo <i>t</i> (g.l.)
	Media	DT	Media	DT	
Relaciones sexuales bajo el efecto de las drogas (2 últimos meses)	0.85	3.09	0.48	1.29	1.48 (335)
Relaciones sexuales con pareja bajo el efecto de las drogas (2 últimos meses)	0.61	2.77	0.60	1.77	0.03(335)
Edad primera relación sexual vaginal	14.64	1.82	14.82	1.26	-1.09(335)
Edad primera relación sexual anal	14.16	2.01	14.94	3.80	-1.15(335)
Edad primera relación sexual oral	15.02	1.60	14.96	2.53	0.20(340)
Número de parejas sexo vaginal (2 últimos meses)	3.44	6.33	2.35	2.44	2.15(335)*
Número de parejas sexo anal (2 últimos meses)	1.10	3.71	0.19	0.49	3.20 (335)*
Número de parejas sexo oral (2 últimos meses)	2.68	6.04	1.25	2.05	2.98(335)*
Número de relaciones sexuales vaginales desprotegidas	1.86	7.31	4.39	9.69	-2.65(335)*
Número de relaciones sexuales anales desprotegidas	0.29	1.55	0.17	0.82	0.97(335)
Número de relaciones sexuales orales desprotegidas	3.11	8.00	5.14	9.79	-2.08(335)*

DT=Desviación típica; *t*=valor del estadístico *t-student*; g.l.=grados de libertad; * $p < .001$.

Por último, se procedió a determinar la influencia de las variables evaluadas sobre las conductas de riesgo. Para ello, se calculó el índice de riesgo, según las indicaciones de Ramiro, Teva et al. (2013), a través de las cuáles se divide el número de relaciones desprotegidas entre el número de relaciones totales, y el resultado se multiplica por el número de parejas. Para ello se utilizaron los datos relativos a los dos últimos meses con respecto a la conducta sexual oral, anal y vaginal. De este modo, se obtuvieron tres índices de riesgo (anal, oral y vaginal). Es importante determinar que los índices de riesgo pueden asumir valores iguales o mayores que cero, donde cero indica que no hubo ningún riesgo durante los dos últimos meses, y las puntuaciones mayores

que cero indican que hubo riesgo durante los dos últimos meses (a mayor puntuación mayor riesgo). Posteriormente, se realizaron seis regresiones, tres para varones y tres para mujeres, en las cuales la variable dependiente fue el correspondiente índice de riesgo y las variables predictoras fueron la autoeficacia en el uso del preservativo, la preocupación por ITS/VIH presente y futura, y el conocimiento sobre ITS/VIH. Los Coeficientes estandarizados y valores t de las variables incluidas en las regresiones se exponen en la Tabla 5.

En relación al índice de riesgo vaginal, el modelo resultó significativo tanto para varones ($F=6.30$; $p=.000$; $R^2=.14$) como para mujeres ($F=2.49$; $p=0.035$; $R^2=.06$). La autoeficacia para el uso del preservativo y la preocupación por ITS/VIH presente correlacionan, la primera negativamente y la segunda positivamente con el índice de riesgo para los varones. La preocupación por ITS/VIH presente también correlaciona positivamente con el índice de riesgo vaginal para las mujeres, sin embargo el conocimiento para ITS/VIH presenta una correlación negativa. En lo que respecta al modelo resultante para el índice de riesgo anal fue significativo tanto para varones ($F=6.10$; $p=.000$; $R^2=.14$) como para mujeres ($F=3.14$; $p=.045$; $R^2=.05$). En esta ocasión, la variable significativa para los varones fue la autoeficacia para el uso del preservativo, y para las mujeres resultó significativa la preocupación por ITS/VIH presente, que correlacionó positivamente. Por último, en relación al índice de riesgo oral el modelo resultó significativo para los varones ($F=4.15$; $p=.003$; $R^2=.09$) pero no para las mujeres. Las variables que resultaron significativas para los varones son las mismas que en el modelo anterior.

Tabla 5.

Coefficientes estandarizados y valores t, de la autoeficacia para el uso del preservativo, la preocupación por ITS/VIH presente y futura, y el conocimiento sobre ITS/VIH, en las regresiones lineales de los índices de riesgo vaginal, anal y oral.

	Índice de riesgo vaginal				Índice de riesgo anal				Índice de riesgo oral			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t
Autoeficacia para el uso el preservativo	-0.24*	-3.29	-0.01	-0.14	-0.28*	0.01	0.04	0.64	-0.22*	-2.83	0.02	0.27
Preocupación por ITS/VIH presente	0.29*	2.26	0.26*	2.34	0.19	1.50	0.30*	2.73	0.24	1.82	0.03	0.26
Preocupación por ITS/VIH Futura	-0.07	-0.56	-0.14	-1.24	-0.02	-0.17	-0.05	0.74	-0.07	-0.55	-0.11	-1.04
Conocimiento ITS/VIH	-0.09	-1.16	-0.13**	-1.63	-0.11	-1.46	-0.04	-0.59	-0.02	-0.33	0.02	0.26

Nota: *t* hace referencia al valor *t-student*. * $p < .01$; ** $p < .05$.

Discusión

El estudio llevado a cabo, aporta relevantes evidencias en relación a las características específicas, con respecto a la conducta sexual y las variables psicológicas estudiadas, de varones y mujeres, para dirigir el diseño de estrategias preventivas en materia de salud sexual destinadas a poblaciones concretas.

En relación al comportamiento sexual, al igual que estudios anteriores llevados a cabo con población adolescente española (Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal, 2010; García-Vega et al., 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013), se ha mostrado que un tercio de los participantes, mantiene relaciones sexuales coitales. Los resultados presentados ponen de manifiesto que al igual que indican otros autores (García-Vega et al., 2010) la conducta entre varones y mujeres se asemeja en gran parte de las variables estudiadas, y ambos emiten conductas relacionadas con el riesgo de transmisión de ITS/VIH. En relación al grupo de adolescentes que informan haber mantenido conducta sexual sin penetración, los varones tienen su primera relación de índole sexual, pero sin penetración, antes que las mujeres, y en mayor medida su último contacto fue con una pareja ocasional, al igual que manifiestan otros estudios (Teva et al., 2009). Sin embargo, varones y mujeres no difieren en el número de parejas o el número de relaciones bajo el efecto de las drogas. Tampoco difieren en el tipo de conducta emitida, y en este sentido, cabe desatacar que el 10% de mujeres y el 10% de varones afirman haber tenido relaciones sexuales orales, a pesar de no considerarlas parte del repertorio de relaciones con penetración. Además, el 60% de los varones y el 72% de las mujeres indican no hacer uso del preservativo en este tipo de contactos. Según diversos estudios, el sexo oral es un comportamiento que los adolescentes emiten antes de iniciarse en las relaciones coitales, como parte del proceso de aprendizaje sexual, como estrategia para preservar la virginidad o por ser considerado como un comportamiento seguro, principalmente en relación a los embarazos no deseados (Fortnberry, 2013; Vannier y O`Sullivan, 2012). Por ello, se considera que este es un aspecto importante a considerar en las intervenciones de prevención dirigidas a población adolescente no iniciada sexualmente, e informar sobre los riesgos del sexo oral desprotegido.

Con respecto al grupo que informa sobre relaciones sexuales con penetración, coincidiendo con los resultados de otros autores no hay diferencias entre varones y mujeres en la edad de debut sexual (Teva et al., 2013), tanto en el sexo vaginal, anal u oral. Por el contrario, los varones tienen más parejas sexuales (García-Vega et al., 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013) y las mujeres hacen menor uso del preservativo en

sus relaciones sexuales vaginales y orales (Black et al., 2011; Teva et al., 2013), durante los dos últimos meses.

En relación a las variables psicológicas estudiadas, en consonancia con otros estudios, las mujeres presentan más conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH (Brito et al., 2014; Lee et al., 2013; Thin-Zaw et al., 2013), y más preocupación sobre la posibilidad de infectarse de una ITS o el VIH en un futuro, lo que probablemente se deba precisamente al hecho de presentar más conocimiento (Sychareun et al., 2013). En relación a la preocupación por las ITS y el VIH en el presente, es decir, por el hecho de estar infectado de una ITS o el VIH, se encuentran niveles de preocupación similares en varones y mujeres. Algunos autores (Gutiérrez-Martínez et al., 2007; Sales et al., 2009; Træen y Gravningen, 2011) afirman que la exposición al riesgo sexual modula la preocupación, por lo que es factible que estos resultados se deban a que, como se ha demostrado, ambos presentan conductas sexuales no protegidas. Por otro lado, los varones, en oposición a las conclusiones de otros estudios (Bermúdez et al., 2011) presentan más autoeficacia en el uso del preservativo, lo que favorece el uso del mismo (Bermúdez et al., 2011; Bermúdez et al., 2012; Xiao, 2013) y que puede ser una de las razones que explique que éstos presenten menor número de contactos sexual desprotegidos.

El análisis de la relación entre las variables psicológicas y el índice de riesgo sexual, pone de manifiesto importantes evidencias, tales como que una mayor autoeficacia en el uso del preservativo disminuye la exposición al riesgo, entre los varones, tanto a nivel vaginal, anal y oral, mientras que en las mujeres no tiene ningún efecto. Por lo tanto, es importante tener en cuenta que en intervenciones dirigidas especialmente a mujeres, fomentar la autoeficacia en el uso del preservativo no es suficiente, y hay que atender a otro tipo de factores, desde una perspectiva de género para fomentar una comunicación asertiva y eliminar posibles diferencias de poder en la pareja, que permitan a las mujeres la negociación del uso del preservativo (Adimora et al., 2013; Brodbeck et al., 2010; Ramiro, Bermúdez et al., 2013; Wingood et al., 2013). Las mujeres presentan más preocupación por el hecho de estar infectadas de una ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y oral. Sin embargo, los varones se preocupan más, únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral. Posiblemente, se deba a que los varones poseen menos conocimiento y por lo tanto, desconozcan que la vía de sexo anal y oral también son vías de transmisión del VIH y otras ITS, y por lo tanto al pensar que en esas

situaciones no se encuentran en riesgo su preocupación no se ve aumentada (Sales et al., 2009; Træen y Gravningen, 2011).

A modo de conclusión general, el estudio pone de manifiesto que varones y mujeres emiten conductas sexuales de riesgo, aunque de diversas características, y además los factores psicológicos estudiados influyen sobre la conducta sexual de forma diferencial en función del género. Por ello, mientras que para la reducción de conductas sexuales de riesgo en varones es importante fomentar el conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH, y la autoeficacia en el uso del preservativo, en mujeres deben tenerse en cuenta estas variables, pero no aisladamente. Para conseguir el cambio de conducta en mujeres, se deben diseñar estrategias de intervención que integren una perspectiva de género, basada en la igualdad entre mujeres y varones, para que puedan negociar y emitir la conducta deseada con sus parejas.

Referencias

- Adimora, A.A., Ramirez, C., Auerbach, J.D., Aral, S.O., Hodder, S., Wingood, G., ...Bukusi, E.A. (2013). Preventing HIV Infection in Women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(Supl 2), 168-173. doi:10.1097/QAI.0b013e318298a166
- Alkhasawneh, E., McFarland, W., Mandel, J. y Seshan, V. (2014). Insight into Jordanian Thinking About HIV: Knowledge of Jordanian Men and Women About HIV Prevention. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25, e1-e9. doi:10.1016/j.jana.2013.06.001
- Arraes, C.O., Palos, M.A., Barbosa, M.A., Teles, S.A., Souza, M.M. y Matos, M.A. (2013). Masculinity, vulnerability and prevention of STD/HIV/AIDS among male adolescents: social representations in a land reform settlement. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21, 1266-1273. doi: 10.1590/0104-1169.3059.2363
- Bermúdez, M.P., Castro, A. y Buela-Casal, G. (2011). Psychosocial correlates of condom use and their relationship with worry about STI and HIV in native and immigrant adolescents in Spain. *Spanish Journal of Psychology*, 14, 746-754. doi:http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.22
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 235-249.
- Black, D.S., Sun, P., Rohrbach, L.A. y Sussman, S. (2011). Decision-making style and gender moderation of the self-efficacy-condom use link among adolescents and young adults. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 165, 320-325. doi:10.1001/archpediatrics.2011.17
- Brito, O., Davis, M. y Chakrabarti, A., (2014). A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26, 203-208. doi: 10.1515/ijamh-2013-0509

- Brodbeck, J., Vilén, U.L., Bachmann, M., Znoj, H. y Alsaker, F.D. (2010). Sexual risk behavior in emerging adults: Gender-specific effects of hedonism, psychosocial distress and sociocognitive variables in a 5-year longitudinal study. *AIDS Education and Prevention*, 22, 148-159. doi: 10.1521/aeap.2010.22.2.148
- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G.M., Catlainn, S., Harrington, K., Davies, S.L., ...Oh, M.K. (2001). Psychosocial Correlates of adolescents' worry about STD versus HIV infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 28, 208-213.
- DiClemente R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., ...Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *The Journal of American Medical Association*, 292, 171-179. doi: 10.1001/jama.292.2.171
- Fortenberry, J.D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64, 280-287. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
- García-Vega, E., Menéndez-Robledo, E., García-Fernández, P. y Rico-Fernández, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población de adolescentes. *Psicothema*, 22, 606-612.
- Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Cárdenas-López, G. y Duran-Baca, X. (2013). Document Culture as an influence on the perceived risk of hiv infection: A differential analysis comparing young people from Mexico and Spain. *Journal of Community Health*, 38, 434-442. doi:10.1007/s10900-012-9636-y
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2007) Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 19, 661-666.
- Kudo, Y. (2013). Effectiveness of a condom use educational program developed on the basis of the Information-Motivation-Behavioral Skills model. *Source of the Document Japan Journal of Nursing Science*, 10, 24-40. doi:10.1111/j.1742-7924.2012.00207.x
- Lee, Y.M., Dancy, B., Florez, E. y Holm, K. (2013). Factors Related to Sexual Practices and Successful Sexually Transmitted Infection/HIV Intervention Programs for Latino Adolescents. *Public Health Nursing*, 30, 390-401. doi:10.1111/phn.12039
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Plan Nacional sobre el Sida, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Centro

- Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III. (2013). *Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: ACTUALIZACIÓN 30 de junio de 2013. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Power dynamics in adolescent couple relationships and risk of sexually transmitted infections and HIV. *Current HIV Research*, 11, 536-542. doi: 10.2174/1570162X12666140129104001
- Ramiro, M.T., Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Sales, J.M., Spitalnick, J., Milhausen, R.R., Wingood, G.M., Diclemente, R.J., Salazar, L.F. y Crosby, R.A. (2009). Validation of the worry about sexual outcomes scale for use in STI/HIV prevention interventions for adolescent females. *Health Education Research*, 24, 140-150. doi:10.1093/her/cyn006
- Sikkema, K., Kelly, J., Winett, R., Solomon, L., Cargil, V., Roffman, R., ... Mercer, M. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90, 57-63.
- Sychareun, V., Thomsen, S., Chaleunvong, K. y Faxelid, E. (2013). Risk perceptions of STIs/HIV and sexual risk behaviours among sexually experienced adolescents in the Northern part of Lao PDR. *BMC Public Health*, 13, 1126. doi:10.1186/1471-2458-13-1126
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-484. doi:10.1017/S1138741600001852
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T. y Ramiro-Sánchez, T. (2013). Sexual behavior and adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.

- Thin Zaw, P.P., Liabsuetrakul, T., McNeil, E. y Htay, T.T. (2013). Gender differences in exposure to SRH information and risky sexual debut among poor Myanmar youths. *BMC Public Health*, *13*, 1122. doi:10.1186/1471-2458-13-1122
- Træen, B. y Gravningen, K. (2011). The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. *Sexuality & Culture*, *15*, 195-212. doi:10.1007/s12119-011-9090-5
- Tung, W.C., Hu, J., Efird, J.T., Su, W., y Yu, L. (2013). HIV knowledge and condom intention among sexually abstinent Chinese students. *International Nursing Review*, *60*, 366-373. doi: 10.1111/inr.12039
- UNAIDS (2013). *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- Wang, B., Stanton, B., Chen., X., Li, X., Dinaj-Koci, V., Brathwaite, N., ... Lunn, S. (2013). Predictors of Responsiveness Among Early Adolescents to a School-Based Risk Reduction Intervention Over 3 Years. *AIDS Behavior*, *17*, 1096–1104. doi:10.1007/s10461-012-0144-y
- Vannier, S.A., y O’Sullivan, L.F. (2012). Who gives and who gets: why, when and with whom young people engage in oral sex. *Journal Youth Adolescence*, *41*, 572-582. doi: 10.1007/s10964-012-9745-z
- Wingood, G.M. y DiClemente, R. (1998). Partner influences and gender-related factors associated with non condom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*, *26*, 29-51. doi:10.1023/A:1021830023545
- Wingood, G.M., Reddy, P., Lang, D., Saleh-Onoya, D., Braxton, N., Sibusiso, S. y DiClemente, R. J. (2013). Efficacy of SISTA South Africa on Sexual Behavior and Relationship Control Among isiXhosa Women in South Africa: Results of a Randomized-Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *63*(Supl 1), 59-65. doi: 10.1097/QAI.0b013e31829202c4
- Xiao, Z., Li, X., Lin, D., Jiang, S., Liu, Y. y Li, S. (2013). Sexual Communication, Safer Sex Self-Efficacy, and Condom Use Among Young Chinese Migrants in Beijing, China. *AIDS Education and Prevention*, *25*, 480-494. doi:0.1521/aeap.2013.25.6.480

ESTUDIO 3

Estudio 3

Evaluación de la comunicación sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con una pareja sexual, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso en adolescentes españoles y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género.

Resumen

El presente estudio tiene como objetivo determinar si existen diferencias en la comunicación que el adolescente tiene con su pareja sexual sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para su uso, en función del género y su relación con el riesgo sexual. Para ello, se seleccionó una muestra 1,000 adolescentes de ambos sexos, de edades comprendidas entre los 14 y 18 años. Se aplicó un cuadernillo de evaluación compuesto por varios instrumentos: cuestionario de datos sociodemográficos y conducta sexual, cuestionario sobre frecuencia de comunicación con una pareja sexual durante los últimos seis meses, cuestionario sobre autoeficacia para rechazar mantener sexo, cuestionario sobre miedo a la negociación del uso del preservativo y el cuestionario sobre barreras para el uso del preservativo. Los adolescentes no iniciados sexualmente, tanto varones como mujeres, presentan mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo que los adolescentes ya iniciados. Las barreras que interfieren en el uso del preservativo asociadas tanto al acceso, la motivación, la experiencia, como a la pareja influyen de forma más significativa sobre el comportamiento de riesgo de los varones que de las mujeres. Las mujeres presentan más comunicación con una pareja sexual, menos miedo a la negociación del uso del preservativo, y más autoeficacia para rechazar a una pareja sexual y el sexo sin preservativo, pero no presentan menor riesgo que lo varones. Por lo tanto, las habilidades de negociación, comunicación y rechazo, así como las barreas para el uso del preservativo tienen una importante relación con el comportamiento sexual. Sin embargo, se ha evidenciado que existen factores contextuales, como posibles desequilibrios en las dinámicas de poder generadas en la pareja, que sitúan en desventajas a la mujer, y que afectan negativamente a sus habilidades para llevar a cabo un comportamiento sexual protegido.

Abstract

The present study aimed to determine whether there are differences between the communication that an adolescent has with his/her sexual partner about sex, condom use, STIs, AIDS and pregnancies, self-efficacy to refuse sex, fear of negotiating condom use and barriers to its use according to gender, along with their relationship with sexual risk. For that purpose, a sample of 1,000 adolescents of both sexes, aged between 14 and 18 years, was selected. It was administered an assessment booklet composed of several instruments: a questionnaire on socio-demographic data and sexual behavior, a questionnaire on frequency of communication with a sexual partner in the past six months, a questionnaire on self-efficacy to refuse sex, a questionnaire on fear of negotiating condom use and a questionnaire about barriers to condom use. Adolescents with no sexual experience, both males and females, have higher self-efficacy to refuse sex than adolescents with that experience. The barriers that interfere with condom use, associated with the access, motivation, experience, along with the partner, have a more significative influence on the risk behavior of males than females. Females show greater communication with a sexual partner, less fear of negotiating condom use, and higher self-efficacy to refuse a sexual partner or sex without condoms, but they do not show less risk than males. Therefore, negotiation, communication and rejection skills as well as barriers to condom use have an important relationship with sexual behavior. However, it has been demonstrated that there are contextual factors, such as possible imbalances in power dynamics generated in couples, which place females at a disadvantage and affect negatively to their skills to carry out a safe sexual behavior.

Introducción

En España, se ha identificado que los adolescentes emiten conductas de riesgo para la transmisión de ITS/VIH, tales como un inicio sexual precoz, el uso inconsistente del preservativo y múltiples parejas sexuales (Bermúdez, Buela-Casal y Teva, 2011; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2007; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009; Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez, 2013). Un temprano debut sexual es un factor de riesgo para la transmisión de ITS/VIH, debido a que se asocia con un comportamiento sexual no protector posterior (Carver, Dévieux, Gaston, Altice y Niccolai, 2014; Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid, 2011; Epstein et al., 2014; Morris et al., 2014). Por ello, retrasar el inicio sexual en adolescentes es una estrategia preventiva eficaz. Sin embargo, se ha evidenciado que los programas de prevención destinados únicamente a promover la abstinencia, con el fin de posponer la actividad sexual, no generan comportamientos sexuales saludables en los adolescentes en su posterior historial sexual y además tienen una escasa eficacia en retrasar la edad para iniciarse sexualmente (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly y Sweat, 2014). Los comportamientos sexuales protectores, tales como el uso del preservativo y tener menor número de parejas sexuales (Slater y Robinson, 2014), se ven favorecidos por programas de prevención en salud sexual, en los cuales se interviene sobre diferentes variables psicosociales relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo (Fonner et al., 2014).

Entre los factores psicosociales que favorecen el retraso del inicio sexual, el uso del preservativo y tener menos parejas sexuales, se encuentran diversos aspectos tales como la comunicación sobre temas relacionados con el sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, con una pareja sexual, la autoeficacia para rechazar mantener relaciones sexuales, la habilidad para negociar el uso del preservativo y el hecho de presentar menos barreras para el uso del mismo. Con respecto a la comunicación con una pareja sexual sobre temas relacionados con la sexualidad y los mecanismos de prevención, una mayor frecuencia y autoeficacia en la misma, disminuye el comportamiento sexual de riesgo (Champion y Collins, 2013; Crosby et al., 2013; Higgins et al., 2014; Voisin, Tan y DiClemente, 2013). Sin embargo, Widman, Choukas-Bradley, Helms, Golin y Prinstein (2014), ponen de manifiesto que los adolescentes tienen una pobre comunicación con sus parejas, y que son las mujeres quienes presentan una mayor frecuencia en comparación con los varones, que se hace más evidente entre las sexualmente activas. Además, las mujeres indican que conversan

sobre aspectos relacionados con la sexualidad en mayor medida con parejas estables, que con parejas ocasionales (Champion y Collins, 2013). No obstante, recientemente se ha demostrado que el uso de nuevas tecnologías basadas en la interacción social, fomentan la comunicación sobre aspectos relacionados con el uso del preservativo y otros mecanismos de prevención entre los miembros de la pareja (Broaddus y Dickson-Gomez, 2013; Widman, Nesi, Choukas-Bradley y Prinstein, 2014).

La autoeficacia para rechazar mantener sexo, entre adolescentes no que indican no tener experiencia sexual con penetración, se asocia con una menor participación en comportamientos pre-coitales, pero no disminuye la intención de tener relaciones sexuales entre los adolescentes ya iniciados sexualmente (Atwood et al., 2012). Sin embargo, múltiples investigaciones han puesto de manifiesto que una mayor autoeficacia para rechazar las relaciones sexuales de riesgo se asocia con un mayor uso del preservativo y un menor número de parejas sexuales (dos Anjos, Silva, Val, Rincon y Nichiata, 2012; Champion y Collins, 2013; Sales, DiClemente, Brody, Philibert y Rose, 2014; Voisin et al., 2013). En esta línea, se han identificado diferencias de género que indican que las mujeres tienen menos autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales en situaciones de riesgo, en beneficio de los varones (dos Anjos et al., 2012; Sales et al., 2014), y aún menos cuando se trata de rechazar el sexo dentro de una relación estable (Champion y Collins, 2013). Según Schry y White (2013), la ansiedad social hace que disminuya la capacidad de la mujer para rechazar la conducta sexual no deseada. Por ello, cuando la una pareja masculina utiliza la persuasión verbal, a través de críticas, mentiras o amenazas, sin necesidad de que conlleve daño físico, provoca que las mujeres vean disminuida su capacidad para utilizar técnicas de rechazo asertivas (Gidycz, Van Wynsberghe y Edwards, 2008; Koss et al., 2007).

Los adolescentes que presentan más habilidades para negociar el uso del preservativo indican mayor uso del mismo, tanto en mujeres (Crosby et al., 2013; Exavery et al., 2012; Voisin et al., 2013) como en varones (Broaddus y Dickson-Gomez, 2013). En relación a las mujeres, aquellas que presentan una mayor autonomía en la toma de decisiones, proponen la negociación del uso del preservativo y por lo tanto rechazan el sexo no seguro, disminuyendo su conducta de riesgo (Atteraya, Kimm y Song, 2014). En los últimos años, además, se ha observado una evolución positiva con respecto a la autonomía y el poder de negociación de las mujeres en relación con el uso del preservativo (dos Anjos et al., 2012). No obstante, las mujeres tienen mayor miedo a la negociación del preservativo con una pareja estable, ya que consideran que su pareja

podría sentirse insultada si le sugirieran el uso del éste, a pesar de haberse comprobado el bajo conocimiento que las mujeres tienen sobre el comportamiento sexual pasado y actual de su pareja (Champion y Collins, 2013). Con respecto a los varones, éstos indican tener más miedo a negociar el uso del preservativo con sus parejas, por el hecho de que éstas piensen que son infieles, o que son portadores de algún tipo de enfermedad (Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Cárdenas-López y Duran-Baca, 2013).

Las barreras que interfieren en el uso del preservativo en los adolescentes, son diversa índole. En su mayoría, los adolescentes indican no usar el preservativo porque influye negativamente en la experiencia del acto sexual, disminuyendo su placer o limitando la espontaneidad de éste, seguido de la dificultad de acceso al mismo (Alkhasawneh, McFarland, Mandel y Seshan, 2014; Chandra-Mouli, McCarragher, Phillips, Williamson y Hainsworth, 2014; O'brien, 2013; Træen y Gravningen, 2011). Además, otra de las barreras es la motivación de los adolescentes para no hacer uso del preservativo, que se fundamenta principalmente en un bajo conocimiento de las implicaciones que conllevan las relaciones sexuales desprotegidas (King, Vidourek y Singh, 2014). Y por último, existen barreras que impiden el uso del preservativo por el miedo a las consecuencias derivadas de la solicitud de su uso a la pareja (Staras, Livingston, Maldonado-Molina y Komro, 2014). En referencia a cuáles son las barreras más importantes en varones y mujeres, la conclusiones son contradictorias, ya que algunos autores han demostrado que son las mujeres quienes perciben como principal barrera la pérdida de placer (Alkhasawneh et al., 2014), mientras que otros autores afirman que son los varones (Giménez-García et al., 2013). No obstante, estas contradicciones se deben a que las barreras para el uso del preservativo están marcadas por una gran influencia cultural (Bermúdez et al., 2012; Muñoz-Silva, Sánchez-garcía, Nunes y Martins, 2007; Farid, Siddique, Bachmann, Janevic y Pichika, 2013; Giménez-García et al., 2013; O'brien, 2013).

Así, debido a que los aspectos psicosociales analizados influyen en el comportamiento de los adolescentes de manera diferente sobre varones y mujeres, a su vez modulado por la cultura, es importante determinar su influencia sobre poblaciones concretas, para elaborar estrategias preventivas eficaces. Por todo ello, el presente estudio se propone como objetivo determinar si existen diferencias en la comunicación que el adolescente tiene con su pareja sexual sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, la autoeficacia para rechazar mantener sexo, el miedo a la negociación del

uso del preservativo y las barreras para su uso, en función del género y su relación con el riesgo sexual.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio ex post facto tipo prospectivo según la clasificación de Montero y León (2007).

Participantes

La muestra estuvo compuesta por 1,000 adolescentes de la provincia de Granada (España) de edades comprendidas entre los 14 y 18 años ($M=15.74$; $DT=3.83$). El 47.1% fueron varones ($M=15.71$; $DT=1.19$) y el 52,9% mujeres ($M=15.79$; $DT=1.15$). Del total de la muestra el 34.3% informó haber mantenido relaciones sexuales con penetración. En la Tabla 1 se presentan otras características sociodemográficas de los participantes, en función del tipo de experiencia sexual.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra, en función de la experiencia sexual.

	No experiencia sexual con penetración (n=657)		Experiencia sexual con penetración (n=343)	
	%	M(DT)	%	M(DT)
Sexo				
	<i>Varón</i>	47.2	46.9	
	<i>Mujer</i>	52.8	53.1	
Edad		15.42(1.06)		16.37(1.10)
Nº de Hermanos		2.32(0.85)		2.41 (0.97)
Estado Civil de los padres				
	<i>Madre Soltera</i>	0.5	2.9	
	<i>Casados</i>	85.4	79.0	
	<i>Separados o Divorciados</i>	13.1	13.7	
	<i>Viudez de Algunos de ellos</i>	1.1	4.4	
Edad Madre		44.12(4.85)		44.13(5.82)
Edad Padre		46.34(5.63)		47.70(7.52)
Situación Laboral Padre				
	<i>Activo</i>	84.7	81.2	
	<i>Desempleado</i>	15.3	18.8	
Situación Laboral Madre				
	<i>Activo</i>	73.6	74.5	
	<i>Desempleado</i>	26.4	25.5	
Tiene pareja				
	<i>Si</i>	21.2	58.9	
	<i>No</i>	78.8	41.1	

M= Media; DT = Desviación típica

Instrumentos

1. *Cuestionario de datos sociodemográficos*. Este instrumento, elaborado Ad-hoc para la presente investigación, recoge datos sociodemográficos (edad, sexo, lugar de residencia, número de hermano, situación laboral y edad de los padres, estado civil de los padres, si tiene pareja, y el tipo de experiencia sexual, es decir, experiencia sexual con penetración o no).

2. *Cuestionario de conducta sexual* (Teva et al., 2009). Se recoge información que gira en torno a la práctica sexual durante los últimos dos meses, en relación a la frecuencia de las relaciones vaginales, anales y orales, el número de personas diferentes con las que mantienen relaciones y el uso del preservativo.

3. *Cuestionario sobre frecuencia de comunicación con una pareja sexual durante los últimos seis meses* (Wingood y DiClemente, 1998). Instrumento que recaba información sobre la frecuencia de comunicación que el adolescente tiene con su pareja sexual sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, durante los seis últimos meses. Consta de cinco ítems con formato de respuesta tipo líkert de cuatro puntos que van desde “Nunca” a “Frecuentemente” ($\alpha=.77$).

4. *Cuestionario sobre Autoeficacia para rechazar mantener sexo* (Seth, Raiji, DiClemente y Rose, 2009; Wingood y DiClemente, 1998). Este instrumento ha sido diseñado para evaluar las habilidades de los adolescentes para rechazar a una pareja sexual, el sexo sin preservativo y la negociación en situaciones de riesgo. Para ello, utiliza siete ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo likert que van desde “Yo indudablemente no puedo decir no” hasta “Yo indudablemente puedo decir no”. ($\alpha=.89$).

5. *Cuestionario sobre miedo a la negociación del uso del preservativo* (Wingood y DiClemente, 1998). Se trata de un instrumento diseñado para evaluar el grado de preocupación que uno de los miembros de la pareja muestra al negociar el uso del preservativo por miedo a que su pareja ante esa situación realice conductas como amenazarle, pegarle, dejarle, etc. Consta de siete ítems con cinco alternativas de respuesta que van desde “Nunca” hasta “Siempre” ($\alpha=.93$).

6. *Cuestionario sobre barreras para el uso del preservativo* (Wingood y DiClemente, 1998). Se trata de un instrumento compuesto de 25 ítems, de los cuales seis ítems evalúan barreras para el uso del preservativo en relación al acceso (*La mayoría de las*

veces no se tiene un condón cuando se necesita”) ($\alpha=.66$), seis ítems evalúan barreras en relación a la motivación (*No necesito usar un condón porque no me contagiarán ninguna enfermedad*) ($\alpha=.72$), siete ítems que evalúan barreras en relación a la experiencia sexual (*Los condones cambian las sensaciones del orgasmo*) ($\alpha=.83$), y por último, seis ítems que evalúan barreras en relación a la pareja (*Si le pidiera a mi pareja que usáramos un condón, mi pareja podría pensar que le he sido infiel*) ($\alpha=.89$).

Procedimiento

En primer lugar se llevó a cabo la adaptación de los instrumentos, mediante un proceso de traducción-retrotraducción, y una posterior adaptación lingüística, mediante la evaluación de un grupo de expertos en la temática y un grupo focal de adolescentes. Posteriormente se aplicaron los instrumentos a una amplia muestra de adolescentes, que permitieron obtener los correspondientes aspectos psicométricos necesarios para determinar la fiabilidad de los instrumentos. Se contactó con 15 Centros de Educación Secundaria la provincia de Granada, seleccionados aleatoriamente del total de centros que aparecen en el listado que facilitado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, para solicitar su colaboración, la tasa de rechazo fue del 20%. La evaluación se llevó a cabo a grupos de 20-25 participantes, según la disponibilidad del centro, por una investigadora entrenada para ello. Previamente se obtuvo el consentimiento informado y se comunicó a los estudiantes que su participación era voluntaria y anónima. Se cumplió con todos los criterios éticos establecidos. Aquellos adolescentes que en el cuestionario de datos sociodemográficos indicaban no tener experiencia sexual con penetración, recibían una indicación para responder únicamente al cuestionario sobre autoeficacia para rechazar mantener sexo, mientras que aquellos que indicaban haber mantenido relaciones sexuales con penetración contestaban a todos los cuestionarios del cuadernillo.

Resultados

En primer lugar, se comprobó la diferencia en la autoeficacia para rechazar mantener sexo en función del tipo de experiencia sexual y el género. Para ello se utilizó el modelo lineal univariante que permite controlar el efecto de la edad, ya que tanto los varones ($t=-9.492$; $p=.000$) como mujeres ($t=-8.99$; $p=.000$) iniciados sexualmente tenían mayor edad que los no iniciados, presentando diferencias estadísticamente significativas. Los varones no iniciados sexualmente ($M=11.27$; $DT=5.20$) presentaron

puntuaciones mayores que los iniciados sexualmente ($M=9.12$; $DT=6.14$), y tales diferencias fueron estadísticamente significativas ($F_{(1,456)}=215.30$; $p=.000$). En relación a las mujeres, aquellas que no habían tenido contactos sexuales con penetración ($M=16.17$; $DT=3.83$) presentaron más autoeficacia para rechazar mantener sexo que las iniciadas sexualmente ($M=14.23$; $DT=4.74$), siendo las diferencias significativas ($F_{(1,522)}=260.94$; $p=.000$). Además, el 21.2% de los adolescentes no activos indicaron tener pareja, frente al 58.9% de los iniciados, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=142.70$; $p=.000$).

Todos los análisis realizados posteriormente se llevaron a cabo con el grupo de adolescente que indicaron mantener relaciones sexuales con penetración. Se procedió a determinar las diferencias en las variables evaluadas en función del género. En la Tabla 2 se exponen los resultados obtenidos. Los varones presentaron menos frecuencia en comunicación con su pareja sexual y menor autoeficacia para rechazar mantener sexo que las mujeres. Además, los varones presentaron mayores puntuaciones en el miedo a la negociación del uso del preservativo y en barreras para el uso del preservativo en relación a la pareja y a la experiencia. En el resto de variables evaluadas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 2.

Medias de las variables frecuencia en comunicación con pareja sexual, miedo a la negociación del uso del preservativo, barreras para el uso del preservativo y autoeficacia en rechazo para mantener sexo en el grupo con experiencia sexual con penetración, totales y diferencia por género.

	Varones		Mujeres		Comparación por sexo	Total	
	Media	DT	Media	DT	$t(g.l.)$	Media	DT
Frecuencia en comunicación con pareja sexual	3.70	3.52	5.01	3.69	-3.34(341)*	4.40	3.67
Miedo a la negociación del uso del preservativo	0.80	3.25	0.20	1.03	2.37 (341)*	0.48	2.37
Barreras acceso	6.10	4.68	5.28	4.19	1.71 (342)	5.67	4.44
Barreras motivación	7.27	5.68	6.44	5.39	1.38 (342)	6.93	5.53
Barreras pareja	1.95	4.68	0.60	2.33	3.41 (342)*	1.23	3.68
Barreras Experiencia	8.70	6.37	6.86	5.94	2.75 (342)*	7.72	6.21
Autoeficacia para rechazar mantener sexo	9.12	6.14	14.23	4.74	-10.36 (342)*	12.36	6.23

*DT = Desviación típica; t = valor del estadístico t-student; g.l. = grados de libertad; * p < .001.*

Con el objetivo de determinar las diferencias en la conducta de riesgo, se procedió a calcular el índice de riesgo, según las indicaciones de Ramiro, Teva, Bermúdez y Buéla-Casal (2013). Para ello, se dividió el número de relaciones sin uso de

preservativo entre el número de relaciones totales, y el resultado se multiplica por el número de parejas. Se utilizaron los datos relativos a los dos últimos meses con respecto a la conducta sexual oral, anal y vaginal. De este modo, se obtuvieron tres índices de riesgo (anal, oral y vaginal). Los índices de riesgo pueden asumir valores iguales o mayores que cero, donde cero indica que no hubo ningún riesgo durante los dos últimos meses, y las puntuaciones mayores que cero indican que hubo riesgo durante los dos últimos meses (a mayor puntuación mayor riesgo). Cabe destacar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los índices de riesgo calculados entre varones y mujeres. Tanto varones como mujeres, tienen mayor índice de riesgo en el sexo oral, posteriormente en el vaginal y en último lugar, el anal (Véase Tabla 3).

Tabla 3.
Diferencias en el índice de riesgo vaginal, índice de riesgo anal e índice de riesgo oral en función del género.

	Varones		Mujeres		Comparación por sexo
	Media	DT	Media	DT	<i>t</i> (g.l.)
Índice de riesgo vaginal	0.33	1.26	0.29	0.52	3.15 (342)
Índice de riesgo anal	0.23	1.37	0.05	0.25	0.12 (342)
Índice de riesgo oral	0.69	1.55	0.53	0.65	1.59 (342)

DT = Desviación típica; *t* = valor del estadístico *t-student*; g.l. = grados de libertad; * $p < .001$.

En siguiente lugar, se comprobó el cumplimiento de los supuestos de multicolinealidad, independencia de los errores, normalidad de los errores y linealidad, para proceder a realizar las correspondientes regresiones lineales para determinar la influencia de las variables evaluadas sobre los índices de riesgo, para varones y mujeres.

Se realizaron seis regresiones lineales, tres para varones y tres para mujeres, en las cuales la variable dependiente fue el correspondiente índice de riesgo (vaginal, anal y oral) y las variables independientes fueron la frecuencia en comunicación con pareja sexual, el miedo a la negociación del uso del preservativo, los cuatro factores de barreras para el uso del preservativo y la autoeficacia para rechazar para mantener sexo. Los resultados obtenidos al respecto se presentan en la tabla 4.

En relación a los varones, el modelo resultante para el índice de riesgo vaginal, resultó significativo ($F=13.49$; $p=.000$; $R^2=.43$), y las variables significativas fueron el miedo a la negociación del uso del preservativo y las barreras para el uso del preservativo en relación al acceso, a la motivación y a la experiencia con una correlación positiva, y la autoeficacia para rechazar mantener sexo con una correlación

negativa. El modelo resultante para el índice de riesgo anal también resultó significativo para los varones ($F=14.01$; $p=.000$; $R^2=.37$), y las variables que alcanzaron valores estadísticamente significativos fueron el miedo a la negociación del uso del preservativo, los cuatro factores de las barreras para el uso del preservativo, que correlacionaron positivamente, y la autoeficacia para rechazar mantener sexo que correlacionó negativamente. En lo que concierne al índice de riesgo oral, para los varones, el modelo resultó significativo ($F=9.10$; $p=.000$; $R^2=.33$), y fueron las barreras para el uso del preservativo en relación al acceso y en relación a la pareja, las dos variables que presentaron valores significativos y una correlación positiva.

Con respecto a las mujeres, tanto el modelo para el índice de riesgo vaginal ($F=16.14$; $p=.000$; $R^2=.46$), el modelo para el índice de riesgo anal ($F=8.10$; $p=.000$; $R^2=.27$), así como el modelo para el índice de riesgo oral ($F=2.00$; $p=.048$; $R^2=.08$) resultaron significativos. En relación a las variables que presentaron valores estadísticamente significativos, cabe destacar que el miedo a la negociación para el uso del preservativo y las barreras para el uso del preservativo con respecto a la motivación y a la pareja presentaron una correlación positiva con el índice de riesgo vaginal. Por su parte, el índice de riesgo anal correlacionó positivamente con el miedo a la negociación de uso del preservativo, y finalmente el índice de riesgo oral correlacionó positivamente con las barreras para el uso del preservativo en relación a la experiencia.

Tabla 4.

Coefficientes estandarizados y valores t, de frecuencia en comunicación con pareja sexual, miedo a la negociación del uso del preservativo, barreras para el uso del preservativo y autoeficacia para rechazar mantener sexo, en las regresiones lineales de los índices de riesgo vaginal, anal y oral, en los adolescentes del grupo con experiencia sexual con penetración.

	Índice de riesgo vaginal				Índice de riesgo anal				Índice de riesgo oral			
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		Varones		Mujeres	
	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	t	Beta	T
Frecuencia en comunicación con pareja sexual	0.014	0.22	-0.02	-0.44	0.05	0.84	0.02	0.36	0.06	0.92	0.06	0.77
Miedo a la negociación del uso del preservativo	0.29*	3.88	0.49*	6.96	0.17*	2.28	0.49*	6.53	0.07	0.88	-0.08	1.00
Barreras acceso	0.24*	2.96	-0.094	-1.22	0.26*	3.11	0.15	1.88	0.20**	2.27	0.051	0.54
Barreras motivación	0.21*	1.93	0.34*	3.48	0.31*	2.82	-0.02	-0.23	0.22	1.89	-0.06	0.53
Barreras pareja	0.30	3.27	0.17*	2.18	0.38*	4.00	0.04	0.59	0.43*	4.33	0.01	0.10
Barreras Experiencia	0.22**	2.32	0.01	-0.03	0.21**	2.14	0.15	1.50	0.20	1.94	0.31*	2.79
Autoeficacia para rechazar mantener sexo	-0.13**	-2.17	0.13*	2.30	-0.16*	-2.58	0.03	0.39	-0.07	-1.05	0.07	0.86

Nota. t hace referencia al valor *t-student*. * $p < .01$; ** $p < .05$

Discusión

Los resultados aportados por el estudio tienen importantes implicaciones para el diseño de estrategias destinadas a la prevención de la transmisión de ITS/VIH en adolescentes, en relación a la disminución del comportamiento sexual de riesgo. Los adolescentes no iniciados sexualmente, tanto varones como mujeres, presentan mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo que los adolescentes ya iniciados, como ya han indicado otros estudios (Atwood et al., 2012). La percepción de eficacia para poder rechazar tanto a una pareja sexual, como las relaciones no saludables, ayuda a retrasar el inicio sexual, y promueve que en el momento de iniciar su actividad sexual, ésta sea una conducta protectora. Asimismo, al igual que han puesto de manifiesto otros autores (Atwood et al., 2012), los adolescentes que son activos sexualmente tienen en mayor medida una pareja estable, en comparación con aquellos que aún no se ha iniciado. Por ello, se evidencia que el hecho de estar inmerso en una relación de pareja, precipita el debut sexual. Este es un hallazgo importante ya que además, según Ferrer, Bosch, Navarro, Ramos y García (2008) hay una conexión entre los conceptos de amor romántico y sexualidad, considerando que “estar enamorado” es la base fundamental para formar una pareja y permanecer en ella. El proceso de socialización afecta a las relaciones de pareja, y en este sentido los adolescentes adquieren identidades diferenciadas de género que conllevan estilos cognitivos, actitudinales y conductuales sobre cómo debe ser una relación de pareja y cómo deben comportarse en ella (Duque, 2006; Sampedro, 2005), que ponen en situación de desventaja a la mujer para solicitar o negociar conductas sexuales saludables (Champion y Collins, 2013; Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007).

Acerca de los adolescentes que ya se han iniciado en relaciones sexuales con penetración, cabe destacar que no se han encontrado diferencias en el índice de riesgo sexual en función del género, ya que como indican otros estudios, los varones tienen mayor número de parejas y las mujeres hacen un menor uso del preservativo (Teva et al., 2013). Igualmente, como sugieren otros estudios, varones y mujeres se exponen al riesgo oral en mayor medida que al vaginal y anal (Fortenberry, 2013; Teva et al., 2013; Vannier y O`Sullivan, 2012).

Las mujeres presentan mayor frecuencia de comunicación sobre aspectos relacionados con el sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos en conformidad con lo que manifiestan otros autores (Widman, Choukas-Bradley et al., 2014). Sin embargo, esta variable, no se asocia con el riesgo sexual ni en varones ni en mujeres.

No obstante, en consonancia con otros estudios (dos Anjos et al., 2012), es posible que facilite que se lleven a cabo eficazmente otros comportamientos como la negociación del uso del preservativo, ya que son las mujeres quienes presentan menos miedo a su negociación. Por ello, es importante fomentar la comunicación entre la pareja, para crear un clima adecuado que permita llevar a cabo técnicas asertivas que permitan solicitar el uso de mecanismos de prevención.

La negociación del uso del preservativo, se ha asociado tanto en varones como en mujeres con un menor comportamiento sexual de riesgo al igual que indican otras investigaciones (Broaddus y Dickson-Gomez, 2013; Crosby et al., 2013; Exavery et al., 2012; Voisin et al., 2013), excepto en las relaciones sexuales orales. Como se ha observado, los adolescentes hacen menor uso de preservativo en las relaciones orales, ya que consideran que se trata de un comportamiento que no implica riesgo, tanto para el embarazo como para la transmisión de ITS (Fortnberry, 2013; Vannier y O`Sullivan, 2012), y por ello ante estas situaciones no influye la habilidad para negociar su uso, porque no creen necesario que haya que utilizarlo.

A diferencia de los resultados obtenidos por otros estudios (Champion y Collins, 2013; dos Anjos et al., 2012; Sales et al., 2014) las mujeres de esta investigación presentan más autoeficacia para rechazar a una pareja sexual y el sexo sin preservativo que los varones, lo que explica que los varones presenten más parejas sexuales que las mujeres (García-Vega, Menéndez-Robledo, García-Fernández y Rico-Fernández, 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013). Además, mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo, disminuye el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales vaginales en varones y mujeres, y en las relaciones anales en varones. Es posible que la autoeficacia para el rechazo no se asocie con el riesgo anal en mujeres, debido a que no hay riesgo de embarazo y por lo tanto, no sientan el mismo nivel de preocupación que en el sexo vaginal. Sin embargo, a pesar de que las mujeres presentan más autoeficacia para rechazar el sexo desprotegido, mayor comunicación con sus parejas y menos miedo para la negociación del uso del preservativo, se ha demostrado que no presentan menor comportamiento de riesgo que los varones. Por ello, es necesario determinar que otro tipo de factores pueden estar influyendo. En este sentido, aunque las mujeres, tal y como indican otros estudios, cada vez presentan más habilidades para solicitar y negociar el uso del preservativo y rechazar el sexo no seguro (dos Anjos et al., 2012), es importante tener en cuenta, que ciertas características de la pareja hacen que la mujer vea disminuida su capacidad asertiva (Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007). Así,

Raiford, Seth, Braxton y DiClemente (2013) han determinado que aquellos varones con menor autoeficacia para el uso del preservativo y que presentan normas asociadas al constructo de masculinidad, tienen respuestas más agresivas o coercitivas ante la solicitud por parte de sus parejas para el uso del preservativo. Estas respuestas agresivas por parte del varón, incrementan la ansiedad en su pareja femenina anulando o disminuyendo sus habilidades asertivas (Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007; Raiford, Seth y DiClemente, 2013; Sales et al., 2014; Seth, DiClemente y Lovvorn, 2013). Por ello, la intervención no puede enfocarse únicamente en fomentar las habilidades asertivas en las mujeres, sino que a su vez deben dirigirse a los varones, eliminando las barreras que limiten el uso del preservativo por su parte y erradicando normas asociadas al constructo machista.

En relación a las barreras asociadas al uso del preservativo, los varones presentan más barreras en relación a la experiencia sexual (Alkhasawneh et al., 2014; Chandra-Mouli et al., 2014; O'brien, 2013; Træen y Gravningen, 2011) y en relación la preocupación sobre las consecuencias que pueda provocar en su pareja la solicitud de su uso (Staras et al., 2014) que las mujeres. Así, tal y como indican Wu, El-Bassel, Witte, Gilbert y Chang (2003), se debe intervenir en fomentar la comunicación sexual abierta erradicando la creencia de que la solicitud del preservativo es motivo de infidelidad. Además, los resultados indican que las barreras que interfieren en el uso del preservativo asociadas tanto al acceso, la motivación, la experiencia, como a la pareja influyen de forma más significativa sobre el comportamiento de riesgo de los varones que de las mujeres. En esta línea, un dato significativo, es que las barreras en relación al acceso del preservativo, como por ejemplo, el precio o no estar disponible cuando tiene lugar el encuentro sexual (Alkhasawneh et al., 2014; Træen y Gravningen, 2011), aumentan el riesgo en las relaciones vaginales, anales y orales de los varones, y en ningún caso en las mujeres. Este hallazgo es posible que esté relacionado con los roles de género establecidos, que presumen que es el varón quien debe encargarse de llevar los preservativos, haciendo que las mujeres deleguen dicha conducta en sus parejas masculinas (Adimora et al., 2013). Por ello, es importante mostrar a las mujeres que ellas deben ser una parte activa en el uso del preservativo, comenzando por participar en la obtención del preservativo y tenerlo disponible para cuando sea necesario su uso.

En definitiva, los resultados encontrados ponen de manifiesto la importancia que las habilidades asertivas durante las situaciones de índole sexual tienen sobre los adolescentes para generar un comportamiento sexual saludable. Sin embargo, se ha

evidenciado que existen factores contextuales, como posibles desequilibrios en las dinámicas de poder generadas en la pareja, que sitúan en desventajas a la mujer, y que afectan negativamente a sus habilidades asertivas (Champion y Collins, 2013; Clüver, Elkonin y Young, 2013; Staras et al., 2014; Swartzendruber, Brown, Sales, Murray y Diclemente, 2012). Por ello, es necesario profundizar más en este aspecto, y tenerlo en cuenta para la elaboración de intervenciones destinadas a la disminución de conductas de riesgo desde un enfoque más integral para la prevención del VIH y otras ITS que incorporen las cuestiones psicosociales y también contextuales que puedan afectar al comportamiento sexual durante la adolescencia.

Referencias

- Adimora, A.A., Ramirez, C., Auerbach, J.D., Aral, S.O., Hodder, S., Wingood, G., ...Bukusi, E.A. (2013). Preventing HIV Infection in Women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(Supl 2), 168-173. doi:10.1097/QAI.0b013e318298a166
- Alkhasawneh, E., McFarland, W., Mandel, J. y Seshan, V. (2014). Insight into Jordanian Thinking About HIV: Knowledge of Jordanian Men and Women About HIV Prevention. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 25, e1-e9. doi: 10.1016/j.jana.2013.06.001
- Atteraya, M.S., Kimm, H. y Song, I.H. (2014). Women's Autonomy in Negotiating Safer Sex to Prevent HIV: Findings From the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Education and Prevention*, 26, 1-12. doi: 10.1521/aeap.2014.26.1.1
- Atwood, K.A., Zimmerman, R., Cupp, P.K., Fongkae, W., Miller, B.A., Byrnes, H.F., ...Chookhare, W. (2012). Correlates of Precoital Behaviors, Intentions, and Sexual Initiation Among Thai Adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 32, 364-386. doi: 10.1177/0272431610393248
- Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Teva, I. (2011). Type of sexual contact and precoital sexual experience in Spanish adolescents. *Universitas Psychologica*, 10, 411-421.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 235-249.
- Broadus, M.R. y Dickson-Gomez, J. (2013). Text messaging for sexual communication and safety among African American young adults. *Qualitative Health Research*, 23, 1344-1353. doi: 10.1177/1049732313505712
- Carver, J.W., Dévieux, J.G., Gaston, S.C., Altice, F. y Niccolai, L.M. (2014). Sexual Risk Behaviors Among Adolescents in Port-au-Prince, Haiti. *AIDS and Behavior*, (en prensa). doi: 10.1007/s10461-013-0689-4
- Castro, A., Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 83-94.
- Champion, J.D. y Collins, J.L. (2013). Conceptualization of sexual partner relationship steadiness among ethnic minority adolescent women: Implications for evidence-

- based behavioral sexual risk reduction interventions. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24, 242-255. doi: 10.1016/j.jana.2012.06.004
- Chandra-Mouli, V., McCarragher, D.R., Phillips, S.J., Williamson, N.E. y Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11, 1. doi: doi:10.1186/1742-4755-11-1
- Clüver, F., Elkonin, D. y Young, C. (2013). Experiences of sexual relationships of young black women in an atmosphere of coercion. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 10, 8-16. doi: 10.1080/17290376.2013.807055
- Crosby, R.A., Diclemente, R.J., Salazar, L.F., Wingood, G.M., McDermott-Sales, J. Young, A.M. y Rose, E. (2013). Predictors of consistent condom use among young African American Women. *AIDS and Behavior*, 17, 865-871. Doi: 10.1007/s10461-011-9998-7
- dos Anjos, R.H.D., Silva, J.A.S., Val, L.F., Rincon, L.A. y Nichiata, L.Y.I. (2012). Document Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46, 829-837. doi: 10.1590/S0080-62342012000400007
- Duque, E. (2006). *Aprendiendo para el amor o para la violencia. Las relaciones en las discotecas*. Barcelona: Roure.
- Epstein, M., Bailey, J.A., Manhart, L.E., Hill, K.G., Hawkins, J.D., Haggerty, K.P. y Catalano, R.F. (2014). Understanding the Link Between Early Sexual Initiation and Later Sexually Transmitted Infection: Test and Replication in Two Longitudinal Studies. *Journal of Adolescent Health*, 54, 435-441. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.09.016
- Exavery, A., Kanté, A.M., Jackson, E., Noronha1, J., Sikustahili1, G., Tani, K., ...Phillips, J.F. (2012). Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*, 12, 1097. doi: 10.1186/1471-2458-12-1097
- Farid, H., Siddique, S.M., Bachmann, G., Janevic, T. y Pichika, A. (2013). Practice of and attitudes towards family planning among South Asian American immigrants. *Contraception*, 88, 518-522. doi: 10.1016/j.contraception.2013.03.011
- Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C., Ramos, M.C. y García, E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20, 589-595.

- Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R. y Sweat, M.D. (2014). School based sex education and HIV prevention in lowand middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9, e89692. doi: 10.1371/journal.pone.0089692
- Fortenberry, J.D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64, 280-287. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
- García-Vega, E., Menéndez-Robledo, E., García-Fernández, P. y Rico-Fernández, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población de adolescentes. *Psicothema*, 22, 606-612.
- Gidycz, C.A., Van Wynsberghe, A. y Edwards, K.M. (2008). Prediction of women's utilization of resistance strategies in a sexual assault situation: A prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 571-588. doi: 10.1177/0886260507313531
- Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Cárdenas-López, G. y Duran-Baca, X. (2013). Document Culture as an influence on the perceived risk of hiv infection: A differential analysis comparing young people from Mexico and Spain. *Journal of Community Health*, 38, 434-442. doi: 10.1007/s10900-012-9636-y
- Higgins, J.A., Mathur, S., Eckel, E., Kelly, L., Nakyanjo, N., Sekamwa, R., ...Santelli, J.S. (2014). Importance of Relationship Context in HIV Transmission: Results From a Qualitative Case-Control Study in Rakai, Uganda. *American Journal of Public Health*, 104, 612-620. doi: 10.2105/AJPH.2013.301670
- King, K.A., Vidourek, R.A. y Singh, A. (2014). Condoms, Sex, and Sexually Transmitted Diseases: Exploring Sexual Health Issues Among Asian-Indian College Students. *Sexuality and Culture*, (en prensa). doi: 10.1007/s12119-013-9214-1
- Koss, M.P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., ...White, J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 357-370. doi: 10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x
- Montero, I., y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morris, L., Saito, K., Kwalarb, R., Pilapilc, M., Saitod, K., Palmerb, N., ...Jaofg, J. (2014). Factors associated with inconsistent condom use in adolescents with

- negative or unknown HIV status in Northwest Cameroon. *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, (en prensa). doi:10.1080/09540121.2014.920948
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. y Martins, A. (2007). AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health*, 121, 673-81.
- O'brien, R.F. (2013). Condom use by adolescents. *Pediatrics*, 132, 973-981. doi: 10.1542/peds.2013-2821
- Raiford, J.L., Seth, P. y DiClemente, R.J. (2013). What girls won't do for love: Human immunodeficiency virus/sexually transmitted infections risk among young African-American women driven by a relationship imperative. *Journal Adolescent Health*, 52, 566-571. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.006.
- Raiford, J.L., Seth, P., Braxton, N. y DiClemente, R.J. (2013). Masculinity, condom use self-efficacy and abusive responses to condom negotiation: the case for HIV prevention for heterosexual African-American men. *Sexual Health*, 10, 467-469. doi: 10.1071/SH13011
- Ramiro, M.T., Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188.
- Sales, J.M., DiClemente, R.J., Brody, G.H., Philibert, R.A. y Rose, E. (2014). Interaction Between 5-HTTLPR Polymorphism and Abuse History on Adolescent African-American Females' Condom Use Behavior Following Participation in an HIV Prevention Intervention. *Prevention Science*, 15, 257-267. doi: 10.1007/s11121-013-0378-6
- Sampedro, P. (2005). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso*, 45. Disponible en: <http://www.pensamientocritico.org/pilsan0505.htm>
- Schry, A.R. y White, S.W. (2013). Sexual Assertiveness Mediates the Effect of Social Interaction Anxiety on Sexual Victimization Risk Among College Women. *Behavior Therapy*, 44, 125-136. doi: 10.1016/j.beth.2012.09.001
- Seth, P., DiClemente, R.J. y Lovvorn, A.E. (2013). State of the evidence: intimate partner violence and HIV/STI risk among adolescents. *Current HIV Research*, 11, 528-535. doi: 10.2174/1570162X12666140129103122

- Seth, P., Raiji, P.T., DiClemente, R.J. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 291-300. doi: 10.1080/13548500902730119
- Slater, C. y Robinson, A.J. (2014). Sexual health in adolescents. *Clinics in Dermatology*, 32, 189-195. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.08.002
- Staras, S.A.S., Livingston, M.D., Maldonado-Molina, M.M. y Komro, K.A. (2014). The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 742-748. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.020
- Swartzendruber, A., Brown, J.L., Sales, J.M., Murray, C.C. y Diclemente, R.J. (2012). Sexually Transmitted Infections, Sexual Risk Behavior, and Intimate Partner Violence among African American Adolescent Females with a Male Sex Partner Recently Released from Incarceration. *Journal of Adolescent Health*, 51, 156-163. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.014
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2007). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-484. doi:10.1017/S1138741600001852
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T. y Ramiro-Sánchez, T. (2013). Sexual behavior and adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.
- Træen, B. y Gravningen, K. (2011). The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. *Sexuality & Culture*, 15, 195-212. doi: 10.1007/s12119-011-9090-5
- Vannier, S.A. y O'Sullivan, L.F. (2012). Who gives and who gets: why, when and with whom young people engage in oral sex. *Journal Youth Adolescence*, 41, 572-582. doi: 10.1007/s10964-012-9745-z
- Voisin, D.R., Tan, K. y Diclemente, R.J. (2013). A longitudinal examination of the relationship between sexual sensation seeking and STI-related risk factors

- among African American females. *AIDS Education and Prevention*, 25, 124-134. doi: 10.1521/aeap.2013.25.2.124
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S.W., Golin, C.E. y Prinstein, M.J. (2014). Document Sexual Communication Between Early Adolescents and Their Dating Partners, Parents, and Best Friends. *Journal of Sex Research*, (en prensa). doi:10.1080/00224499.2013.843148
- Widman, L., Nesi, J., Choukas-Bradley, S. y Prinstein, M.J. (2014). Safe sex: Adolescents' use of technology to communicate about sexual health with dating partners. *Journal of Adolescent Health*, 54, 612-614. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.009
- Wingood, G.M. y DiClemente, R. (1998). Partner influences and gender-related factors associated with non condom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29-51. doi:10.1023/A:1021830023545
- Wu, E., El-Bassel, N., Witte, S.S., Gilbert, L. y Chang, M. (2003). Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS Behavior*, 7, 291-301.

ESTUDIO 4

Evaluación de las dinámicas de poder en relaciones de pareja adolescentes y su relación con la conducta sexual de riesgo, en función del género**Resumen**

El objetivo del presente estudio es determinar si existen diferencias en el reparto de poder dentro de la pareja entre varones y mujeres, y su relación con la conducta sexual de riesgo en una muestra representativa de adolescentes españoles. Además, se analiza la influencia de la edad de la pareja en las dinámicas de poder que se producen en la relación. La muestra está compuesta por 1,223 adolescentes escolarizados en centros de enseñanza, públicos y privados, de las 17 comunidades autónomas españolas. Todos los adolescentes de la muestra mantenían una relación heterosexual (mínimo un mes de duración) en el momento de la evaluación. Se evaluó el control sobre la relación y el control sobre la toma de decisiones a través de la versión española de la *Escala de Relaciones Sexuales de Poder*. Además se aplicó un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y un cuestionario sobre conducta sexual. Las mujeres presentaron mayor control sobre la relación y mayor control sobre la toma de decisiones que los varones. En el grupo de mujeres, tener una pareja con una diferencia de edad superior en 5 años o más, disminuye el control sobre la toma de decisiones, y a su vez, un mayor control sobre la toma de decisiones se relaciona con menor exposición al riesgo sexual. En el grupo de los varones, aquellos que tienen parejas mayores que ellos presentan mayor control sobre la toma de decisiones, y el control sobre la relación tiene una relación negativa con la exposición al riesgo sexual. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de tener en cuenta el reparto de poder y la desigualdad de género dentro de las parejas para la prevención de las ITS y el VIH.

Abstract

The aim of this study was to determine whether there are differences in power distribution between males and females in couple relationships, and whether these differences are associated with risky sexual behaviour in a representative sample of Spanish adolescents. The study also examined the influence of partner's age on the

power dynamics that occur in a relationship. The sample comprised 1,223 adolescents attending state and private schools in the 17 autonomous regions in Spain. All adolescents included in the sample were involved in a heterosexual relationship (for at least one month) at the time of evaluation. Relationship control and decision-making dominance were evaluated using the Spanish version of the *Sexual Relationship Power Scale*. Two further questionnaires were administered to collect sociodemographic data, and data on sexual behaviour. Females showed greater relationship control and greater control over decision-making than males. In the female group, participants with partners five or more years older than them were found to have less control over decision-making, while greater control over decision-making was linked to less exposure to risk. In the male group, participants with partners older than them were found to have greater control over decision-making, while relationship control was found to be negatively related to exposure to sexual risk. These results highlight the importance of taking power distribution and gender inequalities in couple relationships into consideration for STI and HIV prevention.

Introducción

Aunque la tasa de nuevas infecciones producidas por el VIH ha disminuido en algunas regiones del mundo durante la última década, en Europa Occidental y Central se ha mantenido estable desde 2004 (ONUSIDA, 2011). En el caso concreto de España, se aprecian diferentes tendencias dependiendo de la vía de transmisión que se contemple (Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo, 2012). Si bien la tasa de nuevos casos producidos por el uso compartido de utensilios para el consumo inyectado de drogas ha disminuido, la tasa de nuevos casos ocasionados por vía sexual, han aumentado, tanto en España (Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo, 2012) como en Europa occidental (European Centre for Disease Prevention and Control, 2010). Los informes relacionan el aumento en la tasa de nuevos casos de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el incremento en el número de interrupciones voluntarias del embarazo con un aumento de las prácticas sexuales de riesgo (Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo, 2012; Centro Nacional de Epidemiología, 2011; European Centre for Disease Prevention and Control, 2010; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; ONUSIDA, 2011).

En lo referente al riesgo de transmisión de ITS/VIH durante las relaciones sexuales, han sido identificadas algunas conductas que aumentan la probabilidad de infección (Beadnell et al., 2005). Entre éstas, hay que destacar el uso inconsistente y no adecuado del preservativo, la alta frecuencia de relaciones sexuales y el elevado número de parejas sexuales (Beadnell et al., 2005; Kelley, Borawski, Flocke y Keen, 2003), así como el consumo de sustancias psicoactivas (Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal, 2010; Volkow et al., 2007) y un debut sexual a edad temprana (Bermúdez, Castro, Gude y Buela-Casal, 2011; Pettifor, Van der Straten, Dunbar, Shiboski, y Padian, 2004).

Algunas variables sociodemográficas, psicosociales y culturales influyen sobre la emisión de conductas sexuales de riesgo. En lo referente a variables sociodemográficas, existen resultados que muestran cómo los comportamientos de riesgo difieren en función de variables como el sexo (Reis, Ramiro, Gaspar y Alves, 2013), la edad (Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2009), el origen cultural (Bermúdez et al., 2012; Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid, 2011) o la diferencia de edad entre los miembros de la pareja (Wood, Hutchinson, Kahwa, Hewitt y Waldron, 2011). En lo referente a las variable psicosociales, cabe subrayar la influencia entre otros, de la asertividad sexual (Santos-Iglesias y Sierra, 2010), la ideología de género (Santana, Raj,

Decker, La Marche y Silverman, 2006) y el reparto del poder dentro de las relaciones de pareja (Amaro, 1995), sobre las conductas sexuales de riesgo.

La teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985) plantea que el comportamiento está determinado por la intención que las personas desarrollan a partir de normas subjetivas, actitudes basadas en la experiencia y la noción de control que perciben que tienen sobre la emisión de las conductas (Albarracín, Durantini y Earl, 2006). En el contexto de las relaciones sexuales, las intervenciones acordes con esta teoría se han mostrado efectivas en la reducción de conductas sexuales de riesgo en diferentes poblaciones (Albarracín et al., 2006). A pesar de ello, este modelo teórico no alcanza a explicar con precisión el comportamiento dentro de grupos con un poder limitado en la toma de decisiones, tales como minorías étnicas, personas con bajo nivel educativo, adolescentes o mujeres (Albarracín, Kumkale y Johnson, 2004). Inconvenientes en relación al riesgo de transmisión de ITS/VIH son que la Teoría de la Conducta Planificada no tiene en cuenta la influencia de factores ambientales-estructurales sobre las relaciones heterosexuales (Kerrigan et al., 2003) y asume que ambos miembros de la pareja poseen el mismo grado de control sobre la toma de decisiones en las situaciones de interacción sexual (Rosenthal y Levy, 2010). Este hecho ha llevado a algunos investigadores a considerar las dinámicas de poder dentro de la pareja como un elemento esencial para explicar el riesgo de infección por VIH en mujeres, por vía heterosexual (Amaro y Raj, 2000; Pulerwitz, Gortmaker y DeJong, 2000). En este sentido, la Teoría de Género y Poder (Connell, 1987) indica que existen desigualdades de género en el reparto de poder, que otorgan a los varones mayor control sobre la toma de decisiones en diferentes contextos, incluyendo el de las relaciones sexuales (Pulerwitz et al., 2000). Los factores que influyen en este desequilibrio del poder pueden categorizarse en torno a cuatro ejes (fuerza, control de acceso a los recursos, obligaciones sociales y consenso ideológico), que posicionan a los varones en una situación de ventaja con respecto a las mujeres (Pratto, Sidanius y Levin, 2006). Algunos trabajos han destacado cómo estas desigualdades dificultan que las mujeres puedan negociar la puesta en práctica de conductas sexuales saludables (Dunkle et al., 2004; Hahm, Lee, Rough y Strathdee, 2012).

Como complemento a la Teoría de Género y Poder, la Teoría de la Dominancia Social establece la existencia de jerarquías sociales, que sitúan a unos grupos en posición de ventaja frente a otros (Sidanius y Pratto, 1995), de manera que los grupos dominantes manifiestan un deseo por mantener el sometimiento de los grupos

subordinados, hacia los que ejercen algún tipo de segregación. En lo referente a comparaciones en función del género, esta teoría propone que los hombres poseen una mayor orientación a la dominancia social que las mujeres (Pratto et al., 2006). Esta tendencia les llevaría a intentar conservar un estatus hegemónico, que garantice el control del poder en diferentes situaciones, incluyendo la toma de decisiones relacionadas con la puesta en práctica de conductas sexuales saludables (Rosenthal y Levy, 2010). En este sentido, se ha demostrado que aquellas mujeres con alto grado de poder dentro de sus relaciones de pareja presentan cinco veces más posibilidades de uso consistente del preservativo, que aquellas que muestran poco poder dentro de la relación (Pulerwitz, Amaro, De Jong, Gortmaker y Rudd, 2002). Además, en un estudio con mujeres sudafricanas se determinó la relación entre control dentro de la pareja y comportamientos de riesgo para la infección por VIH, así se afirma que un alto nivel de control masculino aumenta 1.52 veces la posibilidad de que las mujeres presenten infección por VIH (Dunkle et al., 2004). Más recientemente, se han presentado los resultados de un estudio longitudinal en el que se indica que existe una mayor probabilidad de infección por VIH entre mujeres sudafricanas en cuyas relaciones hay poca equidad en el reparto de poder (8,5% de personas/año), comparadas con aquellas en cuyas relaciones el reparto de poder es más equitativo (5,5% de personas/año) (Jewkes, Dunkle, Nduna y Shai, 2010). No obstante, algunos estudios han analizado cómo la relación entre el grado de poder dentro de la relación y la emisión de conductas sexuales de riesgo varía, teniendo en cuenta la mediación de variables sociodemográficas, cómo el consumo de drogas (Campbell et al., 2009) o el origen cultural (Bermúdez et al., 2011).

Por todo lo expuesto anteriormente, este estudio tiene como objetivo determinar si existen diferencias en la distribución de poder sobre la toma de decisiones y sobre la relación dentro de la pareja, entre varones y mujeres, y su relación con la conducta sexual de riesgo en una muestra representativa de adolescentes españoles. Además, pretende analizar la influencia de la edad de la pareja en las dinámicas de poder que se producen dentro de la relación.

Metodología

Diseño

Se trata de un estudio *ex post facto* mediante encuestas de tipo transversal (Montero y León, 2007).

Participantes

La muestra representativa a nivel de España está compuesta por 1,223 adolescentes escolarizados en centros de enseñanza, públicos y privados, de las 17 comunidades autónomas españolas. Todos los adolescentes de la muestra mantenían una relación de mínimo un mes de duración en el momento de la evaluación. Del total, 754 son mujeres (61.5%). Las edades oscilan de 14 a 19 años, siendo la media para el grupo de mujeres de 16,24 ($DT=1.18$) y para el de varones de 16,44 ($DT=1.12$). Las mujeres que practican actividades extraescolares son 374 (49,7% dentro de su grupo) y 365 varones (77.7% dentro de su grupo). En lo que respecta a la religiosidad, en el grupo de mujeres, hay 469 católicas (62.7%), 48 creyentes de otra religión (6.4%) y 231 no creyentes (30.9%). En el grupo de varones, 277 son católicos (59.4%), 23 creyentes de otra religión (4.9%) y 166 no creyentes (35.6%).

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Mediante este instrumento, elaborado Ad-hoc para la presente investigación, se recogen datos sociodemográficos (edad, sexo, comunidad autónoma de residencia, orientación religiosa, actividad extraescolar, si tiene pareja y su edad, tiempo de relación y orientación sexual)

Cuestionario de conducta sexual (Teva et al., 2009). Se recoge información sobre la práctica sexual durante los últimos dos meses. Se pregunta por la frecuencia de las relaciones vaginales, anales y orales, el número de personas diferentes con las que mantienen relaciones y el uso del preservativo. Igualmente se pregunta si estaban bajo efectos de alguna droga durante las relaciones sexuales y si mantienen relaciones con parejas estables y/o esporádicas y de qué edades.

Versión española de la *Escala de relaciones sexuales de poder* (Pulerwitz et al., 2000). Se trata de un instrumento diseñado para medir el grado en que uno de los miembros de la pareja tiene más poder y control que el otro para la toma de decisiones que afectan a esferas como la sexualidad o uso del preservativo en las relaciones sexuales y, en general, conduce a uno de los miembros de la pareja a realizar conductas en contra de sus deseos (Pulerwitz et al., 2002). Está compuesto por 23 ítems que se dividen en dos subescalas: Control sobre la Relación que consta de 15 ítems con cuatro alternativas tipo Likert que van desde “Muy de acuerdo” hasta “Muy en desacuerdo” ($\alpha=.83$) y Control sobre la Toma de Decisiones con ocho ítems con tres alternativas de respuesta “Su pareja”, “Ambos por igual” y “Usted” ($\alpha=.72$). La fiabilidad de las subescalas es

similar a la de otros estudios llevados a cabo con población adolescente española (Bermúdez et al., 2011).

Procedimiento

En un primer momento se realizó el cuadernillo compuesto por los cuestionarios que finalmente se aplicaría a los adolescentes. Se obtuvo la aprobación del comité de ética en investigación de la Universidad de Granada (España), en relación a las investigaciones con población humana. La recogida de datos se hizo en 17 centros públicos y 17 privados de enseñanza secundaria de todas las comunidades autónomas españolas, y fue llevada a cabo durante cinco meses. Para ello, se seleccionaron al azar un centro público y otro privado de cada una de las comunidades autónomas españolas. Posteriormente, se contactó, a través de correo electrónico, con los centros de enseñanza seleccionados para solicitar su colaboración. Si alguno de los centros seleccionados declinaba participar, se contactaba con el siguiente de la lista. La tasa de rechazo de los centros fue del 24 %. Seguidamente, se contactó telefónicamente con aquellos que mostraron su interés en la solicitud. Tras acordar y planificar la evaluación, las dos personas entrenadas previamente para realizarla, acudieron a los centros donde los cuestionarios se aplicaron en las aulas a grupos de entre 20 y 25 alumnos bajo las mismas condiciones, tras confirmar el anonimato de los datos y haber obtenido el consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron tener entre 14 y 19 años, tener pareja estable heterosexual en el momento de la evaluación, y que dicha relación fuese superior a un mes, por lo que se eliminaron 56 participantes que indicaron tener una relación pero de menos de un mes. Se utilizó como criterio de inclusión un mes de relación, debido a que existen estudios que indican que durante las primeras fases de la adolescencia las relaciones son más intensas y de corta duración (Viejo, Sánchez, y Ortega, 2013).

Resultados

En primer lugar, se comparó si había diferencias por género para el control sobre la relación y el control sobre la toma de decisiones. En la prueba de Levene se determina que, en el primero de los casos, se asumen varianzas distintas, mientras que en el segundo se asume la igualdad de éstas. En el control sobre la relación ($t_{(853,76)} = -11.22$; $p < .001$) así como en el control sobre la toma de decisiones ($t_{(1.220)} = -2.40$; $p = .017$), se observan diferencias estadísticamente significativas, siendo el grupo de mujeres el que tiene mayores puntuaciones.

En segundo lugar, se analizó si el control sobre la relación y el control sobre la toma de decisiones tenían relación con la edad general de las parejas sexuales de los adolescentes (véase Tabla 1). En las relaciones con parejas de dos a cuatro años mayores, en el grupo de mujeres el modelo está cercano a alcanzar la significación ($p=.067$). Igualmente sucede al tener parejas de cinco o más años mayores tanto para el grupo de varones ($p=.073$), donde el control sobre la toma de decisiones resulta significativa ($p=.013$), como para el de mujeres ($p=.06$) donde en la misma variable la probabilidad asociada es de .032.

Tabla 1.

Coefficientes y odds ratio, de las regresiones logísticas del control en la relación y el control sobre la toma de decisiones, sobre la edad habitual de las parejas sexuales

Variable/ Grupo	Estadísticos	Control de la relación	Control sobre la toma de decisiones
Parejas habituales mayores (2-4 años)			
Varones	Beta	0.01	0.09
	Wald	0.11	1.31
	Odds ratio	1.01	1.09
Mujeres	Beta	-0.12	0.11
	Wald	0.53	3.34
	Odds ratio	0.99	1.11
Parejas habituales mucho más mayores (5 o más años)			
Varones	Beta	-0.04	0.36*
	Wald	0.48	6.18
	Odds ratio	97	1.43
Mujeres	Beta	0	-0.24*
	Wald	0.02	4.58
	Odds ratio	1	0.79

Nota. * $p > .05$.

Seguidamente, se determinó cuál era el índice de riesgo (vaginal, anal y oral) de los adolescentes, mediante la resta del número de relaciones sexuales protegidas al número total de relaciones, dividida por el total de relaciones. Este resultado se multiplicaba por el número de parejas sexuales. Estos datos hacen referencia al periodo de los dos meses anteriores a la administración de la prueba. Seguidamente, se dicotomizó este índice para establecer dos grupos: los que no habían asumido ningún riesgo y los que sí.

Tras la obtención de los grupos de riesgo se analizó si había diferencias entre los diferentes índices de riesgo en función del género. Para analizar estas diferencias se empleó el estadístico *Phi*, un resumen se recoge en la Tabla 2, donde se puede observar que no hay diferencias en función del género en el haber tenido riesgo o no, para ninguno de los tipos de riesgo incluidos.

Para analizar el efecto de las dinámicas de poder, sobre el haber tenido riesgo sexual o no, se emplearon regresiones logísticas binarias. Tras observar las diferencias por género, se consideró adecuado realizar los análisis de forma independiente para varones y mujeres. En primer lugar, se comprobó los supuestos. La linealidad no se cumple en el control sobre la relación para riesgo vaginal y en el control sobre la toma de decisiones para riesgo anal. Seguidamente, se comprobó la multicolinealidad, analizada mediante el *FIV* y la tolerancia, no encontrando problemas en ningún caso. La independencia de los errores, sin embargo no se cumple en ninguno en los grupos de riesgo/no riesgo, por lo que el error tipo II aumenta, por ello, es necesario ser cauteloso en la interpretación de la significación del modelo y de las variables en el mismo.

Tabla 2.
Comparación de los grupos de índice de riesgos y número de parejas sexuales en función del sexo.

Categorías		Mujeres	Varones
Índice de riesgo			
	Frecuencia	289	174
Vaginal	% sin riesgo	67.2	65.4
	<i>phi</i>	-0.18	
	Frecuencia	47	38
Anal	% sin riesgo	65.3	74.5
	<i>phi</i>	0.1	
	Frecuencia	78	69
Oral	% sin riesgo	23.5	28.5
	<i>phi</i>	0.06	

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$.

En la Tabla 3, se recoge un resumen de los coeficientes en las regresiones logísticas de las variables de dinámicas de poder en la relación y el riesgo. En el caso del haber tenido riesgo en relaciones sexuales vaginales, el modelo resulta significativo tanto para varones ($\chi^2_{(2)}=8.47$; $p=.015$; $R^2=.04$) como para mujeres ($\chi^2_{(2)}=8.89$; $p=.012$;

$R^2 = .03$). Para los grupos con o sin riesgo anal y oral los modelos de regresión logística no resultan estadísticamente significativos.

En el riesgo en relaciones vaginales, el control sobre la relación es la variable que resulta significativa en el grupo de varones, correspondiendo a mayor control sobre la relación un aumento en la probabilidad de pertenecer al grupo sin riesgo. En el caso de las mujeres, es el control sobre la toma de decisiones el que resulta significativo, teniendo la misma tendencia: a mayor control sobre la toma de decisiones menor probabilidad de pertenecer al grupo con relaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, cabe interpretar estas significaciones con cuidado ya que, por los problemas de independencia de los errores, pueden surgir falsos positivos.

Tabla 3. Coeficientes y odds ratio, de las regresiones logísticas del control en la relación y el control sobre la toma de decisiones, sobre el haber tenido riesgo o no, en relaciones con penetración vaginal, anal y oral

	Riesgo/no riesgo vaginal ^a						Riesgo/no riesgo anal ^a						Riesgo/no riesgo oral ^a					
	Varones			Mujeres			Varones			Mujeres			Varones			Mujeres		
	Beta	Wald	Odds ratio	Beta	Wald	Odds ratio	Beta	Wald	Odds ratio	Beta	Wald	Odds ratio	Beta	Wald	Odds ratio	Beta	Wald	Odds ratio
Control de la relación	-0.51**	7.51	0.95	-0.03	2.29	0.97	-0.22	0.3	0.98	-0.02	0.41	0.98	0.02	0.63	1.02	0.02	0.78	1.02
Control sobre la toma de decisiones	0.08	1.46	1.08	-0.14*	4.15	0.87	-0.11	0.35	0.9	0.01	0.01	1.01	-0.14	3.02	0.87	-0.02	0.06	0.98

Nota. En las pruebas de Wald los grados de libertad son igual a 1. * $p < .05$; ** $p < .01$. ^a Los grupos están formados por los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales de riesgo frente a los que no en los últimos dos meses.

Discusión

Los resultados hallados en el presente estudio permiten extraer diversas conclusiones. En primer lugar cabe destacar, que las mujeres presentan mayores puntuaciones en el control sobre la relación y la toma de decisiones, al ser comparadas con los varones. Aunque la mayoría de investigaciones en las que se han evaluado el control sobre la relación de pareja lo han hecho con muestras de mujeres (Campbell et al., 2009; Dunkle et al., 2004; Hahm et al., 2012; Jewkes et al., 2010; Pulerwitz et al., 2000; 2002), se han realizado otras en las que se ha comparado cómo se distribuye el poder entre los miembros de una pareja heterosexual, hallándose resultados contradictorios. Así, mientras que en algunos estudios no se encuentran diferencias entre varones y mujeres en relación al poder que manifiestan tener dentro de la relación (Harrison, O'Sullivan, Hoffman, Dolezal y Morrell, 2006), otros indican que sí hay diferencias. Sin embargo, aunque algunos autores afirman que son los varones quienes muestran un mayor control sobre la relación (Blanc y Wolf, 2001; Bui et al., 2012), otros afirman que son las mujeres las que tienen mayor control (Bermúdez et al., 2011; Boer y Mashamba, 2007), al igual que se ha puesto de manifiesto en este estudio. En esta línea, es importante destacar que las investigaciones que han encontrado resultados que otorgan mayor control sobre la relación y la toma de decisiones a las mujeres, ponen de manifiesto que las mujeres presentan mayores puntuaciones en el control comportamental percibido sobre el uso del preservativo y la intención de utilizarlo (Boer y Mashamba, 2007). Este aspecto es importante, debido a que el control percibido puede verse afectado por otras características de la relación que impidan llevar a cabo la conducta deseada, cómo la coerción (Saldívar, Ramos y Romero, 2008) y/o la violencia física y sexual (Lopez, Chesney-Lind y Foley, 2012) que los varones utilizan para imponer sus deseos, como forma extrema de control.

La diversidad de resultados contradictorios encontrados tras los estudios realizados, pueden deberse a que las dinámicas de poder dentro de la pareja están mediadas por ciertas variables como el origen cultural, entre otras, ya que el origen y bagaje cultural de las personas parece influir de manera determinante en las dinámicas de poder que se establecen dentro de la pareja (Bermúdez et al., 2011).

Otra de las variables analizadas ha sido la diferencia de edad entre los miembros de la pareja. En relación a este aspecto se obtienen resultados de especial relevancia, ya que en el caso de las mujeres, el hecho de tener parejas que las superen en edad cinco o más años hace que éstas presenten menos control sobre la toma de decisiones en la

relación. Sin embargo, eso no ocurre en el caso de los varones, quienes presentan mayor control sobre la toma de decisiones, cuando sus parejas los superan en cinco años o más. Existe escasa bibliografía relacionada con el efecto que produce la diferencia de edad entre los miembros de una pareja sobre el grado de control en la relación, ya que la investigación al respecto se ha centrado en otros aspectos relacionados con la salud sexual, como comportamientos de riesgo (Gowen, Feldman, Diaz y Yisrael, 2004), embarazos no deseados (Baumgartner, Waszak-Geary, Tucker y Wedderburn, 2009) o la probabilidad de infección por VIH y otras ITS (Ford y Lepkowski, 2004). Los resultados obtenidos por diversos trabajos han mostrado que entre mujeres cuyas parejas las superan en edad, existe una mayor probabilidad de infección por VIH (Ford y Lepkowski, 2004) y una menor probabilidad de tratar temas relacionados con el VIH y la negociación del uso de preservativo con sus parejas masculinas (Jewkes et al., 2010). Sin embargo, algunas investigaciones han arrojado resultados acerca de cómo la diferencia de edad influye en el grado de control que cada miembro de la pareja percibe tener, especialmente en muestras de mujeres. Al igual que los resultados mostrados por este estudio, las mujeres africanas con parejas que las superan en cinco años o más presentan menor control sobre la toma de decisiones (Blanc y Wolf, 2001). Más recientemente, se ha observado que mujeres de minorías étnicas ceden gran parte del control sobre la toma de decisiones a parejas masculinas que las superan en edad debido a que los ven más maduros y sofisticados, y además ven una posibilidad de obtener premios materiales (Gerressu et al., 2009). A una conclusión parecida llegan los autores de un estudio realizado en Jamaica, que indican que las diferencias de edad producen desigualdades en las dinámicas de poder, que se deben en parte a la menor experiencia de ellas y a que ellos les proporcionan cosas que ellas necesitan o desean (Wood et al., 2011).

Por lo tanto, es evidente que la superioridad en edad por parte de la pareja masculina deteriora la capacidad para ejercer control sobre la toma de decisiones en las mujeres. No obstante, en los varones se produce un efecto inverso, puesto que el control sobre la toma de decisiones es mayor si la pareja le supera en cinco años o más. Posiblemente, esto suceda debido a la asunción de los roles tradicionales de género, debido a que se espera que el varón domine las relaciones sociales y sexuales y que la mujer se muestre sumisa (Greig, Peacock, Jewkes y Msimang, 2008), por lo que los varones mostrarían un control probablemente exacerbado para cumplir con las expectativas que se tienen de ellos. Además, otro aspecto que puede estar mediando en

la interacción entre la pareja es la asertividad sexual. Tal y como se indica en diversos estudios (Santos-Iglesias y Sierra, 2010; Santos-Iglesias, Sierra y Vallejo-Medina, 2013), a pesar de encontrarse resultados contradictorios, los varones presentan mayor asertividad sexual que las mujeres en población adulta. Por ello es posible, que a medida que la mujer avanza en edad disminuya su asertividad, y por lo tanto los varones cuyas parejas las superan en edad tengan más poder y control para la toma de decisiones que afectan a esferas como la sexualidad o uso del preservativo en las relaciones sexuales.

En relación a las dinámicas de poder dentro de las parejas y su influencia sobre la emisión de conductas sexuales de riesgo, los resultados obtenidos en el presente estudio son afines a la investigación llevada a cabo en esta línea, que pone de manifiesto una relación negativa entre grado de control en la relación y la probabilidad de emitir conductas sexuales de riesgo (Bermúdez et al., 2011; Blanc y Wolf, 2001; Bui et al., 2012; Dunkle et al., 2004). Concretamente, las desigualdades de género y la coerción masculina aumentan las probabilidades de que se produzcan relaciones sexuales de riesgo (Bui et al., 2012), que pueden contribuir a explicar una mayor tasa de infección por VIH entre mujeres (Dunkle et al., 2004).

En el presente estudio, en el grupo de mujeres existe una relación negativa entre el índice de riesgo vaginal y el control sobre la toma de decisiones. Sin embargo, no existen diferencias en la exposición al riesgo en función del control sobre la relación. Estos resultados son congruentes con los obtenidos por otros estudios que únicamente encuentran una relación significativa entre el control sobre la toma de decisiones y la probabilidad del uso consistente del preservativo (Pulerwitz et al., 2000), concretamente una mayor puntuación en control sobre la toma de decisiones desciende hasta en un 27% la emisión de contactos sexuales desprotegidos (Campbell et al., 2009). Por el contrario, la influencia del control sobre la relación es solo marginalmente significativa (Pulerwitz et al., 2000).

Posiblemente, el hecho de que las mujeres perciban un mayor control sobre la toma de decisiones dentro de la pareja, que las permitan tomar decisiones sobre la emisión de conductas sexuales seguras, se deba a que se encuentran dentro de una relación en el que el control sobre ésta es equitativo, y ambos miembros de la pareja puedan tomar decisiones que afecten a su salud sexual. Teniendo en cuenta que una relación de pareja igualitaria, donde el control de la relación se reparte de forma equitativa, permite una mayor capacidad de decisión y negociación por parte de los

miembros (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005), resulta evidente que sea el control sobre la toma de decisiones, el que finalmente influya sobre la conducta llevada a cabo.

Por el contrario, los resultados arrojados por el estudio indican que en el grupo de varones, aquellos que tienen un mayor control sobre la relación tienen menos probabilidad de haberse expuesto al riesgo que aquellos varones que han presentado un menor control en su relación. Sin embargo, el control sobre la toma de decisiones no influye sobre la emisión de conductas de riesgo. Teniendo en cuenta que las desigualdades de género en el reparto de poder posicionan a los varones en una situación de ventaja frente a las mujeres (Connell, 1987; Dunkle et al., 2004; Pratto et al., 2006; Pulerwitz et al., 2000), en aquellas relaciones donde el poder no se reparte de forma equitativa, el varón será quien tenga una posición más activa y la mujer más sumisa, por lo que el varón tendrá un mayor control sobre la toma de decisiones. Sin embargo, es posible que no se encuentre relación con la exposición al riesgo, debido a que los varones se adhieran a la ideología masculina propia de los roles tradicionales de género que se relaciona con actitudes negativas hacia el uso del preservativo y con mayor número de parejas sexuales (Kreager y Staff, 2009; Zangao y Sim-Sim, 2011), lo que conlleva que la decisión sobre la conducta sexual no sea de protección.

Por último, cabe destacar que únicamente se ha encontrado relación entre las dinámicas de poder en la pareja y el riesgo vaginal, no habiendo encontrado relación con el riesgo anal y oral, ni en varones ni en mujeres. Posiblemente, al tratarse de parejas adolescentes que se están iniciando en las relaciones sexuales, este tipo de prácticas no se realicen habitualmente independientemente del control que ambos miembros de la pareja muestren en la relación.

Por ello, teniendo en cuenta las aportaciones de este estudio, debido a que las relaciones de pareja durante la adolescencia son relativamente comunes, más del 65% de los adolescentes experimentan una relación estable durante sus años de adolescencia (Smith, Welsh y Fite, 2010), podemos concluir que el reparto de poder dentro de las parejas adolescentes es un aspecto importante a tener en cuenta de cara a la prevención para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes. Para ello, deberán llevarse a cabo programas de carácter afectivo-sexual, que enseñen a los adolescentes las suficientes estrategias para diferenciar entre aquellas relaciones basadas en la igualdad y el respeto y las que no, entendiendo que sólo en las primeras podrán llevar a cabo las conductas deseadas. Este tipo de intervenciones no pueden llevarse a cabo de forma aislada, ya que deben tenerse en cuenta las intervenciones de tipo cognitivo-conductual, enfocadas a

instaurar conductas sexuales protectoras (Ramiro, Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2013; Reis et al., 2013). Sin embargo, ese tipo de conductas no podrán emitirse en una relación en la que uno de los miembros de la pareja asume todo el control, de ahí la importancia de actuar sobre las dinámicas de poder en la pareja, elaborando directrices a través de los hallazgos de este estudio.

Igualmente, los resultados obtenidos proponen nuevas líneas de investigación. En este sentido, sería necesario estudiar cómo aspectos tales como la práctica religiosa, la asertividad sexual y el tiempo de duración de la relación influyen en las dinámicas de poder entre los miembros de la pareja.

Referencias

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behaviour* (pp. 11-39). New York: Springer-Verlag.
- Albarracín, D., Durantini, M. R. y Earl, A. (2006). Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV-prevention interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 73-78. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00410.x
- Albarracín, D., Kumkale, G.T. y Johnson, B.T. (2004). Influences of social power and normative support on condom use decisions: A research synthesis. *AIDS Care*, 16, 700-723. doi: 10.1080/09540120412331269558
- Amaro, H. (1995). Love, sex, and power: Considering women's realities in HIV prevention. *The American Psychologist*, 50, 437-447.
- Amaro, H. y Raj, A. (2000). On the margin: Power and women's HIV risk reduction strategies. *Sex Roles*, 42, 723-749. doi: 10.1023/A:1007059708789
- Área de Vigilancia de VIH y Conductas de Riesgo. (2012). *Vigilancia Epidemiológica. El VIH/sida en España: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Informe-VIH-sida-Junio-2012.pdf>
- Baumgartner, J.N., Waszak-Geary, C., Tucker, H. y Wedderburn, M. (2009). The influence of early sexual debut and sexual violence on adolescent pregnancy: A matched case-control study in Jamaica. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 25-28. doi: 10.1363/ifpp.35.021.09
- Beadnell, B., Morrison, D.M., Wilsdon, A., Wells, E.A., Murowchick, E., Hoppe, M., ...Nahom, D. (2005). Condom use, frequency of sex, and number of partners: Multidimensional characterization of adolescent sexual risk taking. *Journal of Sex Research*, 42, 192-202. doi: 10.1080/00224490509552274
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Gude, F. y Buela-Casal, G. (2011). Relationship power in the couple and sexual double standard as predictors of the risk of sexually

- transmitted infections and HIV: Multicultural and gender differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178. doi: 10.2174/157016210790442669
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Health Psychology*, 10, 89-103.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Carlos, J. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Health Psychology*, 12, 235-249.
- Blanc, A.K. y Wolf, B. (2001). Gender and decision-making over condom use in two districts in Uganda. *African Journal of Reproductive Health*, 5, 15-28.
- Boer, H. y Mashamba, M.T. (2007). Gender power imbalance and differential psychosocial correlates of intended condom use among male and female adolescents from Venda, South Africa. *British Journal of Health Psychology*, 12, 51–63. doi: 10.1348/135910706X102104
- Bui, T.C., Markham, C.M., Ross, M., Williams, M.L., Beasley, R.P., Tran, L.T., ...Le, T.N. (2012). Perceived gender inequality, sexual communication self-efficacy, and sexual behaviour among female undergraduate students in the Mekong Delta of Vietnam. *Sexual Health*, 9, 314-322. doi: 10.1071/SH11067
- Campbell, A.N., Tross, S., Dworkin, S.L., Hu, M.C., Manuel, J., Pavlicova, M. y Nunes, E.V. (2009). Relationship power and sexual risk among women in community-based substance abuse treatment. *Journal of Urban Health*, 86, 951-964. doi: 10.1007/s11524-009-9405-0
- Castro, A., Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 83-94.
- Centro Nacional de Epidemiología. (2011). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2009*. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2009.pdf

- Connell, R.W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Standford, CA: Standford University Press.
- Dunkle, K.L., Jewkes, R.K., Brown, H.C., Gray, G.E., McIntyre, J.A. y Harlow, S.D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363, 1415-1421. doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4
- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2010). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/127656/e94500.pdf
- Ford, K. y Lepkowski, J. M. (2004). Characteristics of sexual partners and STD infection among American adolescents. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 260-265. doi: 10.1258/095646204773557802
- Gerressu, M., Elam, G., Shain, R.N., Bonell, C; Brook, G., Dimmitt, J., ...Imrie, J. (2009). STI risk exposure among black and minority ethnic youth in Northwest London: Findings from formative work for translation of a sexually transmitted infection risk-reduction intervention to the UK setting. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 283-289. doi: 10.1136/sti.2008.034645
- Gowen, L.K., Feldman, S.S., Diaz, R. y Yisrael, D.S. (2004). A comparison of the sexual behaviors and attitudes of adolescent girls with older vs. similar-aged boyfriends. *Journal of Youth and Adolescence*, 33, 167-175. doi: 10.1023/B:JOYO.0000013428.41781.a0
- Greig, A., Peacock, D., Jewkes, R. y Msimang, S. (2008). Gender and AIDS: Time to act. *AIDS*, 28(Supl. 2), 35-42. doi: 10.1097/01.aids.0000327435.28538.18
- Hahm, H.C., Lee, J., Rough, K. y Strathdee, S.A. (2012). Gender power control, sexual experiences, safer sex practices, and potential HIV risk behaviors among young Asian-American women. *AIDS and Behavior*, 16, 179-188. doi: 10.1007/s10461-011-9885-2
- Harrison, A., O'Sullivan, L.F., Hoffman, S., Dolezal, C. y Morrell, R. (2006). Gender role and relationship norms among young adults in South Africa: Measuring the context of masculinity and HIV risk. *Journal of Urban Health*, 83, 709-722. doi: 10.1007/s11524-006-9077-y

- Jewkes, R.K., Dunkle, K., Nduna, M. y Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *The Lancet*, 376, 41-48. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60548-X
- Kelley, S.S., Borawski, E.A., Flocke, S.A. y Keen, K.J. (2003). The role of sequential and concurrent sexual relationships in the risk of sexually transmitted diseases among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 32, 296-305. doi:10.1016/S1054-139X(02)00710-3
- Kerrigan, D., Ellen, J.M., Moreno, L., Rosario, S., Katz, J., Celentano, D.D. y Sweat, M. (2003). Environmental-structural factors significantly associated with consistent condom use among female sex workers in the Dominican Republic. *AIDS*, 17, 415-423. doi: 10.1097/01.aids.0000050787.28043.2b
- Kreager, D.A. y Staff, J. (2009). The Sexual Double Standard and Adolescent Peer Acceptance. *Social Psychology Quarterly*, 72, 143-164. doi: 10.1177/019027250907200205
- Lopez, V., Chesney-Lind, M. y Foley, J. (2012). Relationship power, control, and dating violence among Latina girls. *Violence Against Women*, 18, 681-90. doi: 10.1177/1077801212454112
- Matud, M.P., Padilla, V. y Gutiérrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos Definitivos Correspondientes al Año 2008*. Disponible en: http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionI VE_2008.pdf
- Montero, I. y León, O. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 7, 847-862.
- ONUSIDA. (2011). *Informe para el Día Mundial del SIDA*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublicati on/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf

- Pettifor, A.E., Van der Straten, A., Dunbar, M.S., Shiboski, S.C. y Padian, N.S. (2004). Early age of first sex: A risk factor for HIV infection among women in Zimbabwe. *AIDS*, *18*, 1435-1442.
- Pratto, F., Sidanius, J. y Levin, S. (2006). Social dominance theory and the dynamics on intergroup relations: Taking stock and looking forward. *European Review of Social Psychology*, *16*, 271-320. doi: 10.1080/10463280601055772
- Pulerwitz, J., Amaro, H., De Jong, W., Gortmaker, S.L. y Rudd, R. (2002). Relationship power, condom use and HIV risk among women in the USA. *AIDS Care*, *14*, 789-800. doi: 10.1080/0954012021000031868
- Pulerwitz, J., Gortmaker, S.L. y DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationship power in HIV/STD research. *Sex Roles*, *42*, 637-660. doi: 10.1023/A:1007051506972
- Ramiro, M.T., Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical Health Psychology*, *13*, 181-188. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70022-X
- Reis, M., Ramiro, L., Gaspar, M. y Alves, J. (2013). Nationwide survey of contraceptive and sexually transmitted infection knowledge, attitudes and skills of university students in Portugal. *International Journal of Health Psychology*, *13*, 127-137. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70016-4
- Rosenthal, L. y Levy, S.R. (2010). Understanding women's risk for HIV infection using social dominance theory and the four bases of gendered power. *Psychology Women of Quarterly*, *34*, 21-35. doi: 10.1111/j.1471-6402.2009.01538.x
- Saldívar, G., Ramos, L. y Romero, M. (2008). ¿Qué es la coerción sexual? Significados, tácticas e interpretación en jóvenes universitarios de la ciudad de México. *Salud Mental*, *31*, 45-51.
- Santana, M.C., Raj, A., Decker, M.R., La Marche, A. y Silverman, J.G. (2006). Masculine gender roles associated with increased sexual risk and intimate partner violence perpetration among young adult men. *Journal of Urban Health*, *83*, 575-585.

- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: una revisión sistemática. *International Journal of Health Psychology, 10*, 553-577.
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J.C. y Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 1043-1052. doi: 10.1007/s10508-012-9998-3
- Sidanius, J. y Pratto, F. (1995). *Social dominance: An intergroup theory of social hierarchy and oppression*. New York: Cambridge University Press.
- Smith, J., Welsh, D. y Fite, P. (2010). Adolescents' relational schemas and their subjective understanding of romantic relationship interactions. *Journal of Adolescence, 33*, 147-157. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.04.002
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública, 83*, 309-320.
- Viejo, C., Sánchez, V. y Ortega, R. (2013). The importance of adolescence dating relationship. *Psicothema, 25*, 43-48. doi: 10.7334/psicothema2012.99
- Volkow, N.D., Wang, G., Fowler, J.S., Telang, F., Jayne, M. y Wong, C. (2007). Stimulant-induced enhanced sexual desire as a potential contributing factor in HIV transmission. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 157-160.
- Wood, E.B., Hutchinson, M.K., Kahwa, E., Hewitt, H. y Waldron, N. (2011). Jamaican adolescent girls with older male sexual partners. *Journal of Nursing Scholarship, 43*, 396-404. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01418.x
- Zangao, M.O.B. y Sim-Sim, M.M. (2011). Sexual double standard and affective-sexual behaviors in adolescence. *Journal of Nursing UFPE on line, 5*, 328-335. doi: 10.5205/01012007

ESTUDIO 5

Estudio 5

Evaluación de la eficacia de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas.

Resumen

El objetivo del presente estudio es determinar la eficacia de un programa para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas [DIVINE (Amigas Divinas... Divirtiéndose, Informándose, Valorándose, Integrándose, No arriesgando y Existiendo)], basado en la Teoría Social Cognitiva y la Teoría de Género y Poder. Para ello se reclutaron 209 mujeres adolescentes que fueron asignadas aleatoriamente a la condición intervención (109), que recibieron las cuatro sesiones del Programa DIVINE, y la condición control (102), que recibieron un dossier informativo con pautas de vida saludables. Para determinar la eficacia del programa se llevó a cabo una evaluación pre intervención, y dos evaluaciones de seguimiento a los tres y seis meses posteriores a la intervención. Los resultados ponen de manifiesto que las participantes de la condición intervención a los 6 meses de seguimiento, hacen uso del preservativo en un 39.41% más de las veces que las participante de la condición control, presentan mayor uso consistente del preservativo y un menor índice de riesgo vaginal durante los últimos 60 días. Además, las participantes que recibieron la intervención informan de mayor comunicación sobre sexualidad, con su madre, su padre y una pareja sexual durante los últimos seis meses, más apoyo social percibido de una persona especial, más autoeficacia en comunicación con una pareja ocasional, más conocimiento sobre aspectos relacionados con el VIH y las ITS, más actitudes positivas hacia el uso del preservativo y una mayor autoeficacia en el uso del mismo. Igualmente, informaron de menos barreras para el uso del preservativo. Por lo tanto, se concluye que el programa de intervención tiene una alta eficacia en mujeres españolas adolescentes.

Abstract

The aim of the present study was to determine the efficacy of a program for the prevention of STIs/HIV in Spanish adolescent females [DIVINE (Divine Friends...*Divirtiéndose, Informándose, Valorándose, Integrándose, No arriesgando and Existiendo*)], which was based on the Social Cognitive Theory and the Gender and Power Theory. For that purpose, 209 adolescent females were selected and assigned

randomly to intervention condition (109), in which they received the four sessions of DIVINE Program, or to control condition (102), in which they received a dossier with healthy ways of life. In order to determine the efficacy of the program, a pre-intervention assessment and two monitoring assessments at 3 and 6 months after intervention were carried out. Results showed that participants of intervention condition, at 6 months of follow-up, make condom use a 39.41% more often than participants in the control condition, have a more consistent condom use and a lower index of vaginal risk during the last 60 days. In addition, the participants that received the intervention reported greater communication about sexuality with their mother, father, and a sexual partner in the past 6 months, more perceived social support from a special person, higher self-efficacy to communicate with a casual partner, higher knowledge of aspects related to HIV and STIs, more positive attitudes towards condom use and greater self-efficacy to use it. Moreover, they reported fewer barriers to condom use. Thus, it is concluded that the program has a high efficacy in Spanish adolescent females.

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2013a). La situación epidemiológica del VIH/sida en España a 30 de Junio de 2013 (MSSSI, 2013b), pone de manifiesto que las tasas de nuevos diagnósticos de VIH son similares a otros países de Europa Occidental, aunque superiores a la media del conjunto de la Unión Europea. En España se notificaron 3,210 nuevos diagnósticos de VIH durante el año 2012, lo que supone una tasa de 8.5/100,000 habitantes. La transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) es la más frecuente (51%), seguida de la heterosexual (31%). Por tanto, el VIH se transmite mayoritariamente por vía sexual, 82% de los nuevos diagnósticos en 2012. Además, las relaciones heterosexuales no protegidas adquieren especial relevancia en las mujeres, donde representa el 85% de los nuevos diagnósticos, frente al 21% en varones, y cabe destacar que durante el año 2012 han aumentado los casos diagnosticados en el rango de edad de 20 a 29 con respecto a años anteriores.

En relación a otras infecciones de transmisión sexual (ITS) en Europa se ha observado un aumento en el número de casos de ITS entre los jóvenes de 15 a 24 años. Concretamente, el 73% de los casos de clamidia diagnosticados en el año 2011 así como el 42% de los casos de gonorrea se produjeron en este grupo de edad (European Centre for Disease Control and Prevention, 2011). En España (MSSSI, 2013a), la incidencia de gonorrea, tras un descenso inicial observado entre 1995-2001, está sufriendo un incremento continuado desde el 2002. En el año 2011, el 86.2% de los diagnósticos de gonorrea se produjeron en hombres, mientras que los diagnósticos de herpes simple fueron más frecuentes en mujeres (51.9%). A pesar de que los casos de clamidia fueron mayoritariamente diagnosticados en hombres (51.5%), en el rango de edad de 15 a 24 años, son las mujeres quienes presentan más casos.

Según el Informe de Evaluación del Plan Multisectorial de VIH/Sida, España 2008-2012, (MSSSI, 2013c), hay una mayor proporción de jóvenes entre 15 y 18 años que mantienen relaciones sexuales coitales, una disminución del uso del preservativo y un aumento del número de parejas sexuales diferentes antes de los 18 años, lo que indica un mayor número de jóvenes expuestos al riesgo de infección por VIH y otras ITS, al igual que demuestran otros autores (Bermúdez, Buela-Casal y Teva, 2011; García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012; Teva, Bermúdez y Buela-Casal,

2007; Teva, Bermudez y Buela Casal, 2009; Teva, Bermúdez, Ramiro y Ramiro-Sánchez, 2013). Por todo ello, se incide sobre la necesidad de intervenir en prevención para la reducción de las conductas sexuales de riesgo en adolescentes, mostrando especial atención a las mujeres (Brook, Brook, Rubenstone, Zhang y Finch, 2010; Morrison-Beedy et al., 2012; United Nations Children's Fund [UNICEF], 2011). En esta línea, el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH, España 2008-2012 (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2007) destacaba la importancia de incorporar una perspectiva de género en el diagnóstico, la programación, ejecución y evaluación de las acciones de prevención del VIH, a través de la intervención en prevención para la reducción de conductas sexuales de riesgo. Las desigualdades de género se consideran un factor determinante para la infección de la mujer, especialmente durante la adolescencia, ya que la existencia de roles de género tradicionales puede actuar como un elemento de riesgo, limitando la capacidad de decisión de la mujer sobre su salud sexual (Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2013; Bermúdez, Castro, Gude y Buela-Casal, 2011; Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009; Ramiro, Bermúdez y Buela-Casal, 2013).

En relación a la prevención para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles, a pesar del gran número de intervenciones de prevención diseñadas, implementadas y subvencionadas en los últimos años, no existe una evaluación exhaustiva de las mismas que permita identificar su eficacia (MSSSI, 2013c). Además, según Espada, Morales, Orgilés, Piqueras y Carballo (2012) a través de una revisión sobre estudios publicados desde 1995 hasta 2010 sobre programas de intervención para la reducción del ITS/VIH aplicados en escuelas españolas, ponen de manifiesto que dichos estudios tienen grandes deficiencias metodológicas. No es posible determinar la eficacia de las intervenciones ya que sólo el 43% de los estudios analizados hacen uso de un grupo control. Además, no se llevan a cabo evaluaciones de seguimiento ni se evalúa el cambio comportamental.

Por ejemplo, recientemente, se ha llevado a cabo una intervención a nivel escolar en adolescentes españoles (Espada, Orgilés, Morales, Ballester y Huedo-Medina, 2012), que presenta resultados positivos a nivel de conocimiento, actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH y la intención de uso del preservativo. Pero a pesar de contar con un grupo control, no lleva a cabo medidas de seguimiento, ni indica cambios sobre aspectos comportamentales tales como el uso del preservativo. Además, dicha intervención no tiene en cuenta la perspectiva de género.

Por ello, el objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de un programa de prevención para la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas, de probada eficacia con mujeres adolescentes afroamericanas (DiClemente et al., 2004) y mujeres latinoamericanas (Wingood et al., 2011) en Estados Unidos. Dicho programa está basado en la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1994) y la Teoría de Género y Poder (Wingood y Diclemente, 2000), aplicadas a la reducción de la conducta sexual de riesgo.

Metodología

Diseño

Se trata de un diseño experimental, con una variable independiente y grupos aleatorios (Montero y León, 2007).

Participantes

La muestra estuvo formada por 209 mujeres adolescentes de entre 15 y 18 años de edad ($M=15.92$; $DT=0.99$), de la provincia de Granada (España). Inicialmente, 374 adolescentes mostraron su interés en participar, de las cuales finalmente sólo participaron en el estudio 209. Las 165 participantes que no formaron parte del estudio, no lo hicieron por motivos de diversa índole; 127 de ellas no fueron elegidas por no cumplir con alguno de los criterios de inclusión, y 38 si cumplieron los criterios de inclusión pero no fueron localizadas (60.5%) o indicaron no estar interesadas (39.5%) en el momento en que se contactó con ellas (Véase Figura 1).

El 7.7% informó no haber mantenido relaciones de carácter sexual, el 52.6% relaciones sexuales sin penetración y el 39.7% relaciones sexuales coitales. El 44.5% indicó tener pareja estable. En relación a la situación familiar, el 90.4% de las participantes informó que sus padres estaban casados, el padre había alcanzado únicamente los estudios primarios en el 50.2% de los casos, mientras que la madre en el 47.4%. Además, la participantes indicaron que el padre se encontraba activo laboralmente en el 83.3% de los casos y la madre en el 82.3%. En la Tabla 1 se exponen otras características sociodemograficas de las participantes, en función de la condición a la que fueron aleatorizadas (condición intervención y condición control).

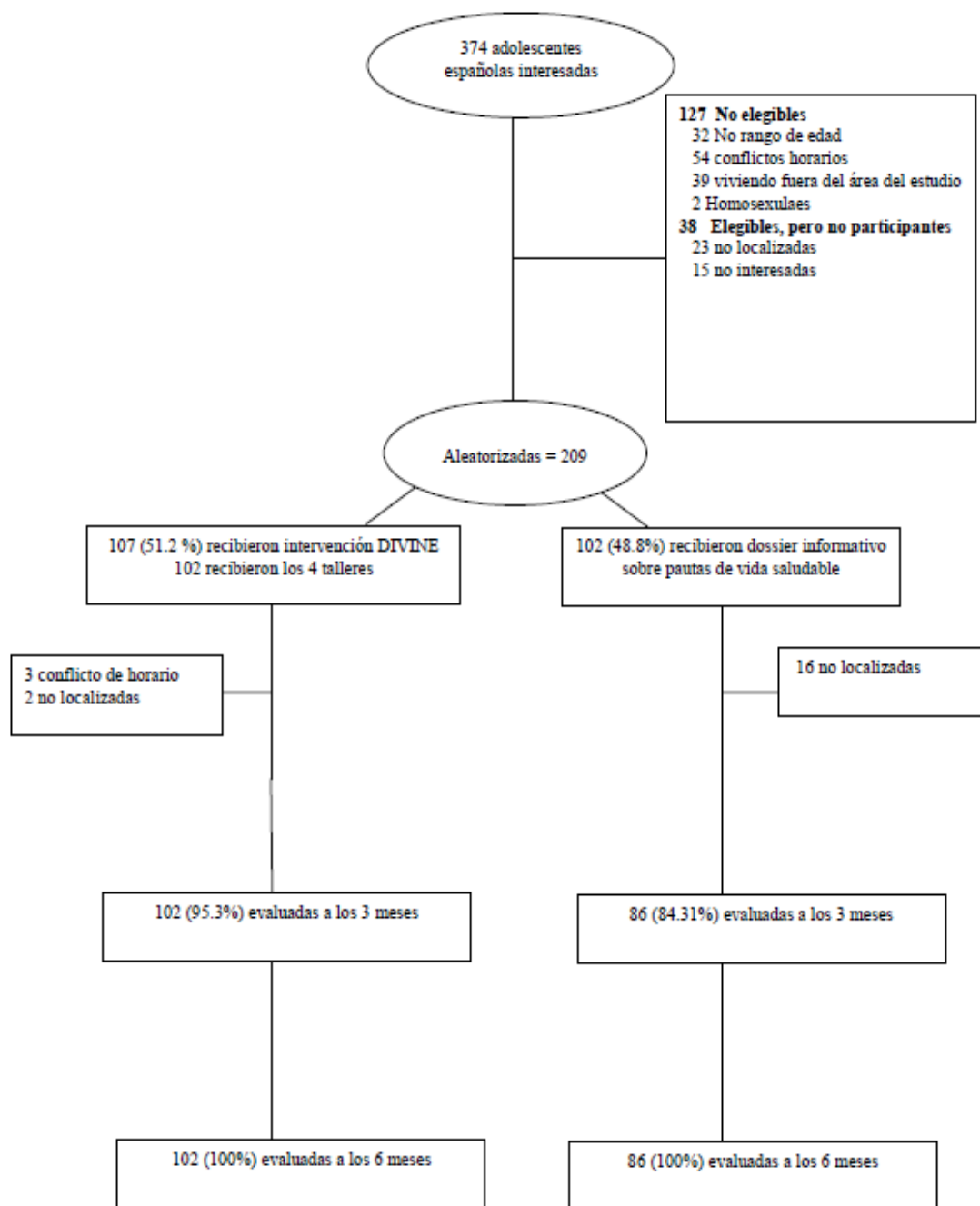


Figura 1. Asignación aleatoria de las participantes a la condición intervención y a la condición control.

Tabla 1.

Diferencias en las variables sociodemográficas, las variables psicosociales y la conducta sexual entre la condición intervención y la condición control, en la evaluación pre-intervención.

Variables	Condición Intervención (N=107)		Condición Control (N=102)		p
	Media(DT)	N(%)	Media(DT)	N(%)	
Sociodemográficos					
Edad	15.89(0.92)		15.95 (1.07)		.649
Número de Hermanos	2.36(0.82)		2.32(0.70)		.702
Edad madre	48.12(5.34)		43.93(4.74)		.354
Edad padre	45.95(5.02)		46.10(4.73)		.728
Estado civil padres (casados)		96(89.7)	93(91.2)		.915
Estado civil padres (divorciados)		9(8.4)	7(6.9)		.915
Estado civil padres (viudez)		2(1.9)	52(2.0)		.915
Empleado (padre)		84(80.8)	90(90)		.063
Desempleado (padre)		20(19.2)	10(100)		.063
Empleada (madre)		92(86.0)	80(78.4)		.153
Desempleada (madre)		15(14.0)	22(21.6)		.153
Nacida en España		100(93.5)	95(93.1)		.926
Nacida en otro país		7(6.5)	7(6.9)		.926
Pareja		45(42.1)	48(47.1)		.467
No pareja		62(57.9)	54(52.9)		.467
No experiencia sexual		11(10.3)	5(4.9)		.051
Experiencia sexual sin penetración		48(44.9)	62(60.8)		.051
Experiencia sexual con penetración		48(44.9)	35(34.3)		.051
Variables Psicosociales					
Comunicación con madre	3.60(3.58)		3.69(3.22)		.858
Comunicación con padre	1.24(2.83)		0.79(2.07)		.194
Apoyo social percibido (familia)	12.67(3.59)		12.14(3.40)		.271
Apoyo social percibido (amigos)	14.40(2.44)		14.05(2.39)		.346
Apoyo social percibido (persona especial)	14.45(2.62)		14.13(2.26)		.293
Autoeficacia comunicación (nueva)	13.42(4.99)		13.052(3.90)		.874
Autoeficacia comunicación (estable)	14.03(3.98)		14.57(4.45)		.356
Frecuencia comunicación (pareja sexual)	4.06(3.01)		3.60(3.38)		.514
Actitudes hacia el uso del preservativo	28.52(3.069)		28.17(3.68)		.485
Autoeficacia uso del preservativo	18.79(9.94)		18.77(7.48)		.987
Conocimiento	7.047(2.046)		7.34(2.97)		.742
Barreras	14.03(10.08)		14.55(10.51)		.902
Autoestima	20.91(4.58)		20.75(3.83)		.783
Normas percibidas grupo iguales	10.53(4.05)		10.93(3.79)		.464
Autoeficacia de rechazo	16.06 (4.03)		16.94(3.08)		.617
Conductas sexuales					
	Condición Intervención (N=46)		Condición Control (N=27)		
Número de parejas sexo vaginal (2 meses)	0.96 (0.41)		0.80(0.40)		.085
% uso del preservativo en sexo vaginal (2 meses)	73.81(35.57)		60.06(41.60)		.149
Uso consistente del preservativo sexo vaginal (2 meses)		22(51.2)	10(38.5)		.305
^a Índice de riesgo vaginal (2 meses)	0.25(0.35)		0.31(0.40)		.448

^aÍndice de riesgo vaginal = (número de relaciones sexuales vaginales desprotegidas/ número de relaciones sexuales vaginales)*número de parejas

Materiales

Programa de Intervención

El programa de intervención para la prevención del ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas recibió el nombre de *DIVINE*, (Amigas Divinas... Divirtiéndose, Informándose, Valorándose, Integrandose, No arriesgando y Existiendo), y consta de cuatro talleres de aproximadamente tres horas y media cada uno.

Concretamente, ya que el cambio de comportamiento se deriva de un proceso social influenciado por la interacción con otras personas en el entorno social, es necesario promover el conocimiento de las normas sociales, para fomentar la aceptación de normas que apoyen las estrategias de reducción de riesgos, y además fomentar la creencia (autoeficacia) de que puede realizarse el nuevo comportamiento incrementando su autoestima y estado de ánimo (Bandura, 1994). Por ello, durante la sesión uno, se fomenta el compañerismo, el sentimiento de grupo, se discuten tópicos relevantes para la vida de las adolescentes y se crea una relación positiva entre las participante y la persona encargada de aplicar el programa. Además, según Bandura (1994) es importante ofrecer información acerca del riesgo que conlleva la conducta que se pretende modificar, y de las posibles estrategias de cambio. Por ello, durante la sesión dos, se fomenta el conocimiento sobre el riesgo de las ITS y el VIH, se introduce el concepto de riesgo en relación a la transmisión de ITS/VIH, y se revisan los valores, objetivos y sueños de las adolescentes, para determinar cómo éstos pueden verse desfavorecidos debido a la emisión de conductas sexuales de riesgo que impliquen la transmisión de una ITS o el VIH.

Otro de los aspectos importantes para llevar a cabo la modificación de conducta es las habilidades sociales, así como fomentar la creencia de que dichas habilidades pueden ser ejecutadas (autoeficacia), al igual que las habilidades conductuales, por ejemplo en el uso del preservativo (Bandura, 1994). Por ello, durante la sesión tres, se lleva a cabo el entrenamiento en comunicación asertiva y en habilidades relacionadas con el uso del preservativo. Para ello, se incrementan las habilidades de las mujeres para resistir la presión de la pareja para implicarse en prácticas sexuales de riesgo, se fortalecen las habilidades de las mujeres para reconocer la diferencia entre la conducta asertiva, agresiva y pasiva, fomentando un modelo de comunicación asertiva. Además, se incrementan las habilidades de negociación de sexo seguro, se erradican mitos comunes acerca del uso del preservativo y se incrementan las habilidades conductuales

de las mujeres en el uso del preservativo, para hacer un uso adecuado y consistentemente del mismo.

Por último, según la Teoría de Género y poder, aplicada a la reducción de la conducta de riesgo para ITS/VIH (Wingood y DiClemente, 2000), la desigualdad de género influye en la capacidad de la mujer para negociar y poner en práctica las estrategias de reducción de riesgo de VIH con sus parejas sexuales masculinas. De acuerdo con esta adaptación de la teoría, las mujeres adolescentes pueden tener dificultades para llevar a cabo prácticas sexuales seguras cuando existen desigualdades de género en el reparto de poder, que otorgan a los hombres mayor control sobre la relación y la toma de decisiones. Por ello, durante la sesión cuatro, se trabaja con las adolescentes con el fin de que distingan entre relaciones sanas e insanas (aquellas que no les permiten llevar a cabo la conducta deseada), reconozcan la diferencia entre abuso y respeto, e incrementen la habilidad para tratar con parejas que coartan su capacidad de decisión.

El programa de intervención DIVINE utiliza diferentes materiales. En primer lugar, se entrega un manual del programa a todas las participantes, que consta de todas las actividades a realizar durante la duración del mismo. Además del manual, se utilizan póster para colocar en el aula, transparencias proyectadas, videos, fotografías y audios de música. En relación a las estrategias de trabajo, se utilizan las dinámicas de grupo, reflexiones, lluvia de ideas y role-playing. Por último, cabe destacar que al final de cada una de las sesiones se hace entrega de un regalo, cómo incentivo, a las participantes.

Instrumentos para la Evaluación pre-post intervención, y seguimiento

1. *Cuestionario sobre datos sociodemográficos elaborado ad-hoc.* Se evalúan aspectos sociodemográficos como la edad, el sexo, el número de hermanos, la edad del padre y de la madre, el estatus marital de sus padres, situación laboral de los padres, lugar de nacimiento, si tiene pareja, y si la tiene su edad.
2. *Cuestionario sobre conducta sexual elaborado ad-hoc.* Se trata de un cuestionario en el que se recaba información acerca del tipo de relaciones mantenidas por las adolescentes (no relación de índole sexual, relación sexual sin penetración, relación sexual con penetración). Las adolescentes que han mantenido relaciones sexuales con penetración contestan además a otras preguntas en relación al número de parejas sexuales diferentes durante los dos últimos meses, el número total de relaciones

sexuales vaginales durante los últimos dos meses y el número de veces que han hecho uso del preservativo.

3. *Cuestionario sobre comunicación parental* (Milhausen et al., 2007; Wingood y DiClemente, 1998). Mediante esta escala se obtiene información sobre la frecuencia de comunicación que las adolescentes tiene con su padre y con su madre sobre sexualidad, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos. Consta de 10 ítems, cinco para comunicación con padre y 5 para comunicacion madre, con formato de respuesta tipo líkert de 4 puntos que van desde “Nunca” a “Frecuentemente”. El rango de puntuación en ambas subescalas oscila entre 0 y 15. El alpha de Cronbach en el presente estudio para los ítems de comunicación con madre fue de .83 y con padre de 0.89. A mayor puntuación mayor comunicación.

4. *Escala de apoyo social percibido* (Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). Se trata de un instrumento que consta de 12 ítems que permiten evaluar el apoyo social percibido. Consta de 3 subescalas, concretamente, cuatro ítems evalúan apoyo de la familia (por ejemplo: *mi familia, realmente intenta ayudarme*) ($\alpha=.86$), otros cuatro ítem evalúan apoyo de los amigos (por ejemplo: *puedo hablar con mis amigos/as de mis problemas*) ($\alpha=.72$), y por último cuatro ítems evalúan apoyo de una persona especial (por ejemplo: *hay una persona especial con la que puedo compartir mis alegrías y mis penas*) ($\alpha=.77$). El formato de respuesta es tipo líkert de cinco puntos que van desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo”. Mayores puntuaciones indican mayor nivel de apoyo percibido.

5. *Cuestionario sobre frecuencia y autoeficacia en la comunicación con pareja estable y ocasional* (Wingood y DiClemente, 1998). Instrumento que recaba información sobre la autoeficacia de comunicación que el adolescente tiene con su pareja estable u ocasional sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, durante los seis últimos meses. Consta de 14 ítems con formato de respuesta tipo líkert de 4 puntos que van desde “Nunca” a “Frecuentemente”. Siete items evalúan autoeficacia en comunicación con pareja estable ($\alpha=.83$) y siete ítems con pareja ocasional ($\alpha=.73$). A mayor puntuación más autoeficacia.

6. *Cuestionario sobre frecuencia de comunicación con una pareja sexual durante los seis últimos meses* (Wingood y DiClemente, 1998). Instrumento que recaba información sobre la frecuencia de comunicación que el adolescente tiene con su pareja

sexual sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, durante los seis últimos meses. Consta de cinco ítems con formato de respuesta tipo líkert de cuatro puntos que van desde “Nunca” a “Frecuentemente” ($\alpha=.80$). A mayor puntuación mayor comunicación.

7. *Cuestionario sobre autoeficacia en el uso del preservativo* (Wingood y DiClemente, 1998). Se trata de un instrumento compuesto por nueve ítems (*¿Cómo de difícil sería para ti desenrollar un condón sobre tu pene/el pene de tu pareja?*), cuyo formato de respuesta tipo likert que va desde “Mucho” a “Nada”, y evalúa la percepción de autoeficacia sobre el uso del preservativo ($\alpha=.92$). A mayor puntuación mayor autoeficacia.

8. *Conocimiento sobre EST/VIH* (Sikkema et al., 2000). Se trata de un instrumento de 16 ítems (*Los fluidos que se expulsan antes de la eyaculación pueden llevar el virus del Sida*) que evalúa el conocimiento sobre EST/VIH, cuyo formato de respuesta es “Verdadero”, “Falso” y “No se” ($\alpha=.79$). A mayor puntuación mayor conocimiento.

9. *Cuestionario sobre barreras para el uso del preservativo* (Wingood y DiClemente, 1998): Se trata de un instrumento compuesto de 25 ítems con cinco alternativas de respuesta, que evalúan barreras para el uso del preservativo en relación al acceso, la motivación, la experiencia sexual y la pareja ($\alpha=.85$). Mayores puntuaciones indican mayores barreras para el uso del preservativo.

10. *Escala de Autoestima* (Rosemberg, 1965). Se trata de un instrumento diseñado para evaluar la autoestima en adolescentes. Está compuesto por 10 ítem (*a veces pienso que no sirvo para nada*), cuyo formato de respuesta es tipo likert de cuatro puntos, que va de “Muy desacuerdo” a “Muy de acuerdo” ($\alpha=.75$). A más puntuación mayor autoestima.

11. *Escala sobre percepciones de normas del grupo de iguales* (Bermúdez, Sánchez y Bucla-Casal, 2000). Está compuesta de ocho ítems, cuyo formato de respuesta es tipo líkert de cinco puntos que van desde “Totalmente en desacuerdo” a “Totalmente de acuerdo” y el rango de puntuación oscila entre 0 y 32 ($\alpha=.70$). A mayor puntuación mayores normas negativas percibidas por parte del grupo de iguales.

12. *Cuestionario sobre Autoeficacia para rechazar mantener sexo* (Seth, Raiji, DiClemente y Rose, 2009; Wingood y DiClemente, 1998). Este instrumento ha sido diseñado para evaluar las habilidades de los adolescentes para rechazar a una pareja

sexual, el sexo sin preservativo y la negociación en situaciones de riesgo. Para ello, utiliza siete ítems con cuatro alternativas de respuesta tipo Likert que van desde “Yo indudablemente no puedo decir no” hasta “Yo indudablemente puedo decir no” ($\alpha=.85$). A mayor puntuación mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo.

Procedimiento

Adaptación de los instrumentos

Los instrumentos de evaluación, a excepción de la *Escala sobre percepciones de normas del grupo de iguales* (Bermúdez et al., 2000), se obtuvieron mediante comunicación personal con los autores del instrumento. Posteriormente, se llevó a cabo la adaptación lingüística de los instrumentos al castellano, dado que la redacción en su versión original estaba en inglés. En una primera fase, se realizó el proceso de traducción-retrotraducción de los ítems. Seguidamente, los ítems fueron revisados por 10 jueces españoles expertos en sexualidad y adolescentes, que indicaron si el ítem se comprendía correctamente, o los cambios a realizar. Una vez se llegó al 100% de acuerdo entre los jueces, finalmente, los instrumentos fueron sometidos a evaluación por un grupo de adolescentes, a través de un grupo focal, a los que se les preguntaba sobre su comprensión de los ítems. Finalmente, se aplicaron los instrumentos a una amplia muestra de mujeres y varones adolescentes, que permitieron obtener los correspondientes aspectos psicométricos necesarios para determinar la fiabilidad de los instrumentos.

Elaboración del programa de Intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas

Se llevó a cabo la adaptación (Braxton, Bermúdez, Er, Ramiro y DiClemente, 2009) de un programa de intervención para la prevención de ITS/VIH de probada eficacia en los Estados Unidos con mujeres adolescentes afroamericanas (DiClemente, et al., 2004) y latinoamericanas (Wingood et al., 2011). La fundamentación teórica, de dicho programa, se basa en la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1994) y la Teoría de Género y Poder (Wingood y DiClemente, 2000) en relación a la disminución de conductas de riesgo asociadas a la transmisión de ITS/VIH. El proceso de adaptación se llevó a cabo siguiendo las indicaciones del modelo ADAPT-ITT (Wingood y DiClemente, 2008). Además, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las variables, a nivel sociodemográfico y psicológico, asociadas a la conducta sexual de riesgo en adolescentes españoles y una evaluación específica de las variables psicosociales sobre

las que se interviene en el programa, en adolescentes españoles de ambos sexos (Bermúdez et al., 2012; Castro, Bermúdez y Buela-Casal, 2009; Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid, 2010; Ramiro, Bermúdez et al., 2013; Ramiro, Jiménez Sillero y Bermúdez, 2013; Ramiro, Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2013; Teva et al., 2013). Los resultados obtenidos permitieron determinar las pautas de adaptación, en relación a los factores de riesgo, sobre los que intervenir en la población de mujeres adolescentes en España, y el formato y contenido de los talleres.

El proceso de adaptación del programa fue realizado por dos expertos de la Universidad de Granada (España) y tres expertos de la Universidad de Emory (EE.UU.) (Braxton et al., 2009).

Aplicación del programa de intervención para la prevención de ITS/VIH en mujeres adolescentes españolas DIVINE.

En primer lugar, se elaboró el material de información para promocionar el programa de intervención y difundirlo en diferentes centros educativos de educación secundaria y asociaciones juveniles, de la provincia de Granada (España). Este material se envió a través de correo postal o se depositó directamente en los centros educativos de educación secundaria, donde además, la persona encargada de la difusión ofreció diversas reuniones con las adolescentes informando sobre los aspectos del programa de intervención. Igualmente, se facilitaron las indicaciones pertinentes a las personas responsables de los centros para que pudiesen promocionar el programa entre las adolescentes.

Paralelamente se realizó el entrenamiento de la persona responsable de la aplicación del programa, una psicóloga experta en la temática. Tras ser entrenada, se aplicó el programa con un grupo piloto formado por 10 mujeres adolescentes para comprobar los posibles inconvenientes que pudiesen originarse en la aplicación de éste y determinar ciertas mejoras. Tras esta aplicación al grupo piloto, se realizaron diversas mejoras en relación a la infraestructura del programa pero no en su contenido.

El proceso de reclusión de las participantes se llevó a cabo desde el mes de octubre de 2010 hasta el mes de marzo de 2011. Para seleccionar a las participantes, se contactó con las adolescentes que habían mostrado su interés en participar en el estudio y se las citó en horario extraescolar para que rellenasen un cuestionario, en el que se le solicitaba información sobre datos personales con el fin determinar si éstas cumplían los criterios de inclusión para participar en el programa; tener entre 15 y 18 años, ser heterosexual, no estar embarazada y no convivir con su pareja. Además se solicitaba

otro tipo de información (lugar de residencia, centro en el que estudiaban, datos de contacto, disponibilidad horaria) para tener en cuenta en la elaboración de los grupos para la implementación del programa. En este momento, se entregó a las adolescentes un documento informativo sobre las características del estudio, así como de la confidencialidad y anonimato de los datos, junto al consentimiento informado que debían firmar su padre, madre o tutor legal y que deberían entregar para poder formar parte del estudio la siguiente vez que fueran citadas.

Las participantes del estudio (N=209) fueron asignadas de forma aleatoria a la condición intervención, a las que se aplicó el programa de prevención (N=107) y a la condición control (N=102), a las que únicamente se les entregó un dossier informativo sobre pautas de vida saludable. Seguidamente, se determinaron los grupos a los que se aplicaría el programa de intervención, un total de 10 grupos de entre 9 y 12 participantes, en función de su disponibilidad (horario, lugar de residencia, etc.). Posteriormente, se elaboró una planificación para llevar a cabo la aplicación del programa de intervención sobre los grupos ya elaborados. La aplicación del programa sobre los 10 grupos se realizó desde el mes de mayo hasta el mes de julio de 2011, y fue aplicado por la misma psicóloga entrenada para tal efecto. El programa se aplicó a cada uno de los grupos un día de la semana de lunes a viernes. Así, durante un mes se aplicó la intervención a cinco grupos, ya que entre cada una de las cuatro sesiones había siete días de diferencia, y en el siguiente mes se aplicó a los cinco grupos restantes. Se llevaron a cabo tres evaluaciones: una pre-intervención, otra a los tres meses y finalmente otro seguimiento a los seis meses (Véase Figura 1).

Antes de comenzar con la aplicación del programa a cada uno de los grupos de la condición intervención, se requirió la entrega por cada una de las participantes del consentimiento informado por parte de sus padres o tutores legales. Igualmente, se les hizo entrega de un consentimiento informado que cada participante debía firmar, si estaba de acuerdo en participar en el estudio. Antes de la primera sesión de cada uno de los grupos se llevó a cabo la evaluación pre-intervención, sobre las variables sociodemográficas, la conducta sexual y las variables psicosociales, ya indicadas en el apartado de instrumentos. Una vez realizada la evaluación pre-intervención se comenzó con la impartición del la primera sesión del programa. Del mismo modo, se realizó la misma evaluación y bajo las mismas condiciones a las participantes de la condición control, a quienes tras la evaluación se les entregó el dossier informativo sobre pautas de vida saludables. Tras finalizar la sesión uno, con las participantes de la condición

intervención (DIVINE), se las citó para la siguiente sesión, y además, se realizó un recordatorio a través del contacto que la participante hubiese facilitado. De este modo se procedió en las siguientes sesiones hasta llegar a la última sesión, tras la cual se citó a las participantes tres meses después para llevar a cabo la evaluación de seguimiento. Por último, transcurridos tres meses se hizo una nueva evaluación de seguimiento de las mismas características. Las evaluaciones llevadas a cabo a los tres y seis meses posteriores a la intervención se realizaron tanto a las participantes de la condición intervención (DIVINE) como a las participantes de la condición control.

Para determinar la satisfacción de las participantes con el programa, éstas cumplimentaron una encuesta de satisfacción tras cada una de las sesiones, en las que evaluaban las actividades, las habilidades desarrolladas y a la persona encargada de su aplicación. Igualmente, se controló el cumplimiento de los objetivos propuestos para cada sesión.

Resultados

De las 209 participantes del estudio, 107 fueron asignadas al azar a la condición intervención, a las que se aplicó el programa de intervención DIVINE, y 102 fueron asignadas a la condición control, a las que únicamente se les hizo entrega de un documento informativo sobre hábitos de vida saludable. En la evaluación previa a la intervención, se evaluaron variables sociodemográficas, conducta sexual y variables psicosociales. Las participantes de la condición intervención presentaron una edad media de 15.89 ($DT=0.92$) y las de la condición control de 15.95 ($DT=1.07$). Los resultados obtenidos en todas las variables evaluadas se exponen en la Tabla 1. Cabe destacar que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables evaluadas entre las participantes de ambas condiciones (intervención y control).

Para determinar los efectos de la intervención DIVINE, se determinaron las diferencias existentes entre la condición control y la condición intervención a los tres y seis meses de evaluación. En primer lugar, cabe desatacar que 5 participantes de la condición intervención y 16 de la condición control, no fueron evaluadas a los tres meses por diversos motivos (Véase Figura 1). Por lo tanto, los datos referentes a estas participantes no fueron incluidos en los análisis posteriores. Los resultados obtenidos sobre las diferencias de medias en las variables evaluadas a los tres y seis meses de la intervención se exponen en la Tabla 2. En relación a las medidas de comportamiento sexual, se presentan los datos de aquellas participantes que habían mantenido relaciones

sexuales coitales. Las participantes asignadas a la condición intervención, indicaron un mayor porcentaje de uso del preservativo, así como un mayor uso consistente del mismo en las relaciones sexuales vaginales durante los dos últimos meses. Además, se tuvo en cuenta el índice de riesgo vaginal de los dos últimos meses, que se obtuvo siguiendo las recomendaciones de Ramiro, Teva et al., (2013), y fue menor en la condición intervención que en la condición control. Estos resultados se obtuvieron tanto a los tres como a los seis meses de evaluación, y las diferencias fueron estadísticamente significativas.

En relación a las variables psicosociales, las participantes de la condición intervención indicaron mayor comunicación con ambos progenitores, con una pareja sexual durante los últimos seis meses sobre sexualidad, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos, y mayor autoeficacia en comunicación con una pareja ocasional que el grupo control, tanto a los tres como a los seis meses posteriores. En relación a la autoeficacia con una pareja estable sólo se encontraron diferencias estadísticamente significativas a los seis meses.

Las participantes que recibieron la intervención informaron de mayores actitudes positivas hacia el uso del preservativo, mayor autoeficacia en su uso y menos barreras para el uso del mismo que el grupo control, a los tres y a los seis meses de seguimiento. En relación al conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH fue mayor en el las participantes de la condición intervención, y estas diferencias estadísticamente significativas se mantuvieron a los seis meses. Del mismo modo, la condición intervención también presentó un mayor apoyo percibido por parte de una persona especial y mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo, en ambos momentos de seguimiento. Sin embargo, en relación a la autoestima, presentaron mayores puntuaciones a los tres meses, pero estas diferencias no se mantuvieron a los seis meses de evaluación. Por el contrario, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el resto de variables psicosociales evaluadas.

Tabla 2.

Diferencia de medias en las variables psicosociales y la conducta sexual entre la condición intervención y la condición control, a los 3 y 6 meses de evaluación.

Variables	Evaluación 3 meses			Evaluación 6 meses		
	Condición Intervención (n=102)	Condición Control (n=86)	p	Condición Intervención (n=102)	Condición Control (n=86)	p
	Media(DT)	Media(DT)		Media(DT)	Media(DT)	
VARIABLES PSICOSOCIALES						
Comunicación con madre	5.55(4.43)	3.94(3.06)	.005	5.59(4.50)	3.86(3.12)	.003
Comunicación con padre	1.84(3.42)	0.89(1.76)	.021	1.83(3.37)	0.80(1.60)	.010
Apoyo social percibido (familia)	12.82(3.13)	12.08(3.46)	.125	12.82(3.13)	12.14(3.48)	.158
Apoyo social percibido (amigos)	14.2(2.07)	13.95(2.32)	.450	14.2(2.07)	13.91(2.17)	.353
Apoyo social percibido (persona especial)	14.75(2.10)	13.87(2.10)	.006	14.75(2.10)	13.77(2.43)	.003
Autoeficacia comunicación (nueva)	16.06(3.45)	13.92(3.79)	.000	16.26(3.50)	14.05(3.71)	.000
Autoeficacia comunicación (estable)	15.43(2.60)	14.56(4.60)	.104	15.53(2.61)	14.24(4.47)	.015
Frecuencia comunicación (pareja sexual)	8.08(2.95)	3.96(3.35)	.000	10.04(3.46)	4.14(3.54)	.000
Actitudes hacia el uso del preservativo	29.53(3.72)	28.03(4.08)	.009	29.58(3.72)	27.81(4.34)	.003
Autoeficacia uso del preservativo	25.74(7.50)	18.41(8.72)	.000	26.11(7.18)	18.37(8.58)	.000
Conocimiento	12.95(7.40)	7.40(3.00)	.000	12.85(3.62)	7.23(2.88)	.000
Barreras	9.97(9.33)	14.77(11.57)	.002	9.71(8.58)	14.72(11.49)	.000
Autoestima	21.99(6.05)	20.38(4.51)	.043	21.99(6.07)	20.57(4.41)	.072
Normas percibidas grupo iguales	11(4.39)	11.03(4.88)	.958	11.12(4.54)	10.9(4.52)	.738
Autoeficacia de rechazo	18.36(2.59)	17.09(2.97)	.002	18.27(2.71)	17.43(2.72)	.035
CONDUCTA SEXUAL						
Número de parejas sexo vaginal (2 meses)	0.89(0.48)	0.81(0.48)	.515	0.89(0.48)	0.77(0.42)	.313
% uso del preservativo en sexo vaginal (2 meses)	97.49(10.76)	43.51(39.86)	.000	99.04(4.16)	40.48(43.96)	.000
*Índice de riesgo vaginal (2 meses)	0.02(0.09)	0.45(0.43)	.000	0.00(0.03)	0.46(0.46)	.000
	Percent (n)	Percent (n)		Percent (n)	Percent (n)	
Uso consistente del preservativo sexo vaginal (2 meses)	92.11(35)	23.81(5)	.000	94.74(36)	28.57(6)	.000

*Índice de riesgo vaginal = (número de relaciones sexuales vaginales desprotegidas/ número de relaciones sexuales vaginales)*número de parejas

Posteriormente, se llevó a cabo la técnica estadística ecuaciones de estimación generalizadas (Hardin y Hilbe, 2003; Liang y Zeger, 1986), para evaluar los efectos de intervención DIVINE para todo el período de seguimiento de seis meses. El modelo de ecuaciones de estimación generalizadas (EEG) se llevó a cabo con el fin de controlar el efecto de las mediciones repetidas en un mismo sujeto.

En relación al comportamiento sexual, durante el periodo de seguimiento completo, las diferencias de medias ajustadas, a través del modelo de ecuaciones de estimación generalizadas, ponen de manifiesto que las participantes de la condición intervención hicieron uso del preservativo en un 39.41% más de las veces que las participante de la condición control (IC del 95% =23.25 a 55.58; $p=.000$). Además, hicieron mayor uso consistente del preservativo ($p=.000$) y obtuvieron un menor índice de riesgo vaginal ($p=.000$), durante los últimos 60 días (Véase Tabla 3).

En relación a las variables psicosociales, los resultados obtenidos a través de las diferencias de medias ajustadas, ponen de manifiesto, que las participantes que recibieron la intervención informaron de mayor comunicación sobre sexualidad, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con su madre ($p=.018$), su padre ($p=.007$) y una pareja sexual durante los últimos seis meses ($p=.000$), más apoyo social percibido de una persona especial ($p=.010$), más autoeficacia en comunicación sobre sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos con una pareja ocasional ($p=.027$), más conocimiento sobre aspectos relacionados con el VIH y las ITS ($p=.000$), más actitudes positivas hacia el uso del preservativo ($p=.000$), y una mayor autoeficacia en el uso del mismo ($p=.000$). Igualmente, informaron de menos barreras para el uso del preservativo ($p=.015$). Los estadísticos referidos a las diferencias de medias ajustadas y el intervalo de confianza al 95% pueden consultarse en la Tabla 3. Por el contrario no se encontraron diferencias en el apoyo social percibido de la familia y los amigos, la percepción de normas del grupo de iguales y la autoestima.

Tabla 3.

Modelo de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (EEG). Efectos de la intervención DIVINE a los 6 meses de evaluación.

	Diferencia de Medias	
	Ajustadas (95% IC)	p
Variables Psicosociales		
Comunicación con madre	1,16 (0.20 a 2.13)	.018
Comunicación con padre	0.84 (0.23 a 1.46)	.007
Apoyo social percibido (familia)	0.86 (-0.03 a 1.75)	.058
Apoyo social percibido (amigos)	0.36 (-0.22 a 0.94)	.225
Apoyo social percibido (persona especial)	0.71 (0.16 a 1.25)	.010
Autoeficacia comunicación (nueva)	1.07 (0.12 a 2.01)	.027
Autoeficacia comunicación (estable)	0.26 (-0.51 a 1.03)	.506
Frecuencia comunicación (pareja sexual)	3.2 (1.85 a 4.36)	.000
Actitudes hacia el uso del preservativo	1 (0.02 a 1.98)	.044
Autoeficacia uso del preservativo	3.59 (1.84 a 5.34)	.000
Conocimiento	3.43 (2.67 a 4.19)	.000
Barreras	-3.35 (-6.07 a -0.64)	.015
Autoestima	0.91 (-0.33 a 2.14)	.150
Normas percibidas grupo iguales	-0.28 (-1.36 a 0.80)	.615
Autoeficacia de rechazo	0.55 (-0.18 a 1.29)	.140
Conducta Sexual		
Número de parejas sexo vaginal (2 meses)	00.14 (-0.04 a 0.32)	.121
% uso del preservativo en sexo vaginal (2 meses)	39.41 (23.25 a 55.58)	.000
^a Índice de riesgo vaginal (2 meses)	-0.28 (-0.43 a -0.13)	.000
Uso consistente del preservativo sexo vaginal (2 meses)	2.15 (1.08 a 3.22)	.000

^aÍndice de riesgo vaginal = (número de relaciones sexuales vaginales desprotegidas/ número de relaciones sexuales vaginales)*número de parejas

Discusión

En España hay una escasez de estudios, de rigurosa metodología, que prueben la eficacia de intervenciones en prevención de ITS/VIH dirigidas a población adolescente (Espada, Morales et al., 2012). Sin embargo, el presente estudio ha demostrado la eficacia de un programa de intervención en prevención de ITS/VIH para mujeres adolescentes españolas, con evidencias empíricas tanto a nivel de modificación de conducta, reduciendo el comportamiento sexual de riesgo, como en la modificación de variables psicosociales relacionadas con dicho comportamiento. Además, es importante destacar que a través del seguimiento realizado, se confirma que los cambios producidos

por la intervención se han mantenido en el tiempo, y que se deben a la intervención realizada, ya que no se producen en el grupo control, que únicamente ha recibido información sobre pautas de vida saludable.

Los resultados aportados por este estudio ponen de manifiesto que las participantes del programa de prevención DIVINE, a los 6 meses de seguimiento, utilizan el preservativo un 39.4% más, que las participantes de la condición control. Además, el 94.7% de las participantes que recibieron el programa hacen un uso consistente del preservativo en todas sus relaciones sexuales vaginales durante los dos últimos meses frente a un 28.5% del grupo control. Por ello, se evidencia la eficacia del programa en la reducción de las conductas de riesgo, que se han relacionado con la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles (García-Vega et al., 2012; MSSSI, 2013c; Teva et al., 2013).

Las participantes de la condición intervención, a los seis meses de evaluación, presentan cambios positivos en las variables psicosociales que han sido identificadas por diversos estudios (Bermúdez et al., 2012; Calatrava, López-Del Burgo y de Irala, 2012; Castro, Bermúdez y Buéla-Casal, 2009; Castro et al., 2010; Espada et al., 2013; Ramiro, Bermúdez et al., 2013; Ramiro, Jiménez Sillero et al., 2013; Ramiro, Teva et al., 2013; Teva et al., 2013) como factores de riesgo para la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes. Este aspecto es importante, ya que alrededor del 50% de las participantes que recibieron el programa no habían practicado conductas sexuales coitales, y por lo tanto el cambio producido sobre éstas aumenta la probabilidad de que emitan conductas saludables en su debut sexual. En este sentido, otros autores han indicado que las intervenciones para la prevención de las ITS/VIH, son más eficaces en adolescentes no activos sexualmente, e inciden en la necesidad de intervenir sobre esta población (Espada, Orgilés et al., 2012; Givaudan, Leenen, Van de Vijver, Poortinga y Pick, 2008).

En relación a estas variables psicosociales, las participantes del grupo al que se aplicó la intervención DIVINE, a los seis meses de evaluación presentan mayor comunicación con sus padres sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH, y mayor apoyo social percibido de una persona especial, aspectos relevantes para la disminución de conductas sexuales de riesgo y el retraso en la iniciación sexual (Bandura, 1994; Bermúdez et al., 2012; Ramiro, Jiménez-Sillero et al., 2013; Ruiz-Canela et al., 2012).

Igualmente, se encontraron mayores niveles de conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH en las participantes del programa, aspecto fundamental

aunque no suficiente para conseguir el cambio de conducta (Calatrava et al, 2012; Conjoh y Zhou, 2011; Peters, Kok, Ten Dam, Buijs y Paulussen; 2009), mayores actitudes positivas hacia el uso del preservativo, más autoeficacia en su uso, y menos barreras para su utilización, que aumentan la probabilidad de su uso consistente (Bermúdez et al., 2012; Newby, Brown, French y Wallace, 2013; Voisin, Hotton, Tan y DiClemente, 2013).

Por último, el programa incrementa la frecuencia y autoeficacia en la comunicación con una pareja sexual sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH y el uso de preservativo y la autoeficacia para rechazar mantener sexo, elementos que actúan como factor de protección ante conductas sexuales de riesgo (Brooks, Sipsma, Ickovic y Kershaw, 2010; Clum et al., 2012; Santos-Iglesia, Sierra y Vallejo-Medina, 2013), y que se promueven en las participantes de la condición intervención debido a la perspectiva de género que adopta el programa DIVINE (Wingood y Diclemente, 2000).

A pesar de la evidencia empírica demostrada por el programa sometido a evaluación, cabe destacar que sería importante, realizar este estudio con una muestra representativa a nivel nacional, y como una línea futura de investigación realizar la adaptación del mismo a población adolescente masculina, y hacer versiones más breves que se puedan aplicar en periodos de tiempo más cortos que permitan disminuir el coste personal y económico.

Referencias

- Ballester, R., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82. doi: 10.6018/analesps.29.1.124601
- Bandura A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente, R.J. y Peterson, J. (Eds), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 25-59). New York, NY: Plenum Publishing.
- Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Teva, I. (2011). Type of sexual contact and pre-coital sexual experience in Spanish adolescents. *Universitas Psychologica*, 10, 411-421.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Gude, F. y Buela-Casal, G. (2011). Relationship power in the couple and sexual double standard as predictors of the risk of sexually transmitted infections and HIV: multicultural and gender differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178. doi: 10.2174/157016210790442669
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2000). Adaptación castellana de la escala sobre percepciones de normas del grupo de iguales. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 57-70.
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 235-249.
- Braxton, N.D., Bermúdez, M.P., Er, D.L., Ramiro, M.T. y DiClemente, R.J. (2009, Nov). *Eliminating Disparities in España: Applying the ADAPT-ITT Model for the Adaptation of an Evidence-Based US HIV Intervention for adolescents*. Presentado en la 137th APHA Annual Meeting, American Public Health Association (APHA), Philadelphia Pennsylvania.
- Brook, D., Brook, J., Rubenstein, E., Zhang, C. y Finch, S. (2010). A longitudinal study of sexual risk behavior among the adolescent children of HIV-positive and HIV-negative drug-abusing fathers. *Journal of Adolescent Health*, 46, 224-231. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.07.001
- Brook, K., Sipsma, H., Ickovics, J. y Kershaw, T. (2010). Economic dependence and unprotected sex: The role of sexual assertiveness among young urban mothers. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87, 416-425. doi: 10.1007/s11524-010-9449-1

- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21, 232-238.
- Calatrava, M., López-Del Burgo, C. y de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica de Barcelona*, 138, 534-540. doi: 10.1016/j.medcli.2011.07.020
- Castro, A., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Variables relacionadas con la infección por VIH en adolescentes inmigrantes latinoamericanos: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-237.
- Castro, A., Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Madrid, J. (2010). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 83-94.
- Conjoh, A. y Zhou, Z. (2011). Relationship between adolescents and young adults' knowledge about HIV/AIDS and risk behaviors: How can knowledge be complemented?. *Pakistan Journal of Social Sciences*, 8, 52-54.
- Clum, G.A., Chung, S., Ellen, J.M., Perez, L.V., Murphy, D.A., Harper, G.W. y Hamvas, L. (2012). Victimization and sexual risk behaviour in young HIV positive women: exploration of mediators. *AIDS Behaviour*, 16, 999-1010. doi: 10.1007/s10461-011-9931-0
- DiClemente R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., ...Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *The Journal of American Medical Association*, 292, 171-179. doi: 10.1001/jama.292.2.171
- Espada, J.P., Ballester R., Huedo-Medina, T.B., Secades-Villa, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología*, 29, 83-89. doi: 10.6018/analesps.29.1.132301
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, J.A. y Carballo, J.L. (2012). A review of HIV/AIDS prevention programs in Spain. *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, 2.
- Espada, J.P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. y Huedo-Medina, T.B. (2012). Effectiveness of a School HIV/AIDS Prevention Program for Spanish Adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 24, 500-513. doi: 10.1521/aeap.2012.24.6.500

- European Centre for Disease Control and Prevention (2011). *Sexually transmitted infections in Europe 2011. Surveillance Report*. Disponible en: <http://www.ecdc.europa.eu>
- García-Vega, E., Menéndez, R.E., Fernández, G.P. y Cuesta-Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5, 79-87.
- Givaudan, M., Leenen, I., Van de Vijver, F.J., Poortinga, Y.H. y Pick, S. (2008). Longitudinal study of a school based HIV/AIDS early prevention program for Mexican adolescents. *Psychology, Health y Medicine*, 13, 98-110. doi:10.1080/13548500701295256
- Hardin, J.W. y Hilbe, J.M. (2003). *Generalized Estimating Equations*. New York, NY: Chapman y Hall/CRC.
- Liang, K.Y. y Zeger, S.L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*, 73, 13-22. doi: 10.1093/biomet/73.1.13
- Milhausen, R.R., Sales, J.M., Wingood, G.M., Diclemente, R.J., Salazar, L.F. y Crosby, R.A. (2007). Validation of a partner communication scale for use in HIV prevention intervention. *Journal of HIV/AIDS Prevention in Children and Youth*, 8, 11-33. doi:10.1300/J499v08n01_02
- Ministerio de sanidad y consumo (2007). Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, España 2008-2012. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMMS200812.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. (2013a). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2011*. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2011.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Plan Nacional sobre el Sida, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III. (2013b). *Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: ACTUALIZACIÓN 30 de junio de 2013. Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro*

- Nacional de Casos de Sida.* Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2013c). Informe de Evaluación del Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, España 2008-2012. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf>
- Montero, I. y León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Morrison-Beedy, D., Jones, S., Xia, Y., Tu, X., Crean, H. y Carey, M. (2012). Reducing sexual risk behavior in adolescent girls: results from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 52, 314-321. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.07.005
- Newby, K.V., Brown, K.E., French, D.P. y Wallace, L.M. (2013). Which outcome expectancies are important in determining young adults intentions to use condoms with casual sexual partners?: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 133. doi:10.1186/1471-2458-13-133
- Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Power dynamics in adolescent couple relationships and risk of sexually transmitted infections and HIV. *Current HIV Research*. 11, 536-542. doi: 10.2174/1570162X12666140129104001
- Ramiro, M.T., Jiménez Sillero, L. y Bermúdez, M.P. (2013). Differences in psychosocial risk variables for HIV as a function of sexual experience. *Spanish Journal of Psychology*, 16, 1-7. doi: 10.1017/sjp.2013.26.
- Ramiro, M.T., Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Social support, self-esteem and depression: Relationship with risk for sexually transmitted infections/HIV transmission. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 181-188. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70022-X
- Rosemberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ. Princeton University Press.
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. y de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de

- las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31, 54–61. doi: 10.1590/S1020-49892012000100008
- Santos-Iglesias, P., Sierra, J. C. y Vallejo-Medina, P. (2013). Predictors of sexual assertiveness: The role of sexual desire, arousal, attitudes, and partner abuse. *Archives of Sexual Behaviour*, 42, 1043-1052. doi: 10.1007/s10508-012-9998-3
- Seth, P., Raiji, P.T., DiClemente, R.J., y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with male sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health y Medicine*, 14, 291-300. doi: 10.1080/13548500902730119
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2007). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-20. doi: 10.1590/S1135-57272009000200013
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-484. doi: 10.1017/S1138741600001852
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T. y Ramiro-Sánchez, T. (2013). Sexual behavior and adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.
- United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2011). *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from early adolescence to young adulthood*. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/media/files/Opportunity_in_Crisis_LoRes_EN_05182011.pdf
- Voisin, D.R., Hotton, A.L., Tan, K. y DiClemente, R. (2013). A longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, 35, 1440-1446. doi:10.1016/j.childyouth.2013.05.019
- Wingood, G.M y DiClemente, R. (1998). Partner influences and gender-related factors associated with non condom use among young adult African American women. *American Journal of Community Psychology*, 26, 29-51. doi:10.1023/A:1021830023545
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors and effective interventions

for Women. *Health Education y Behavior*, 27,539-565.
doi:0.1177/109019810002700502

Wingood, G.M. y Diclemente, R.J. (2008). The ADAPT-ITT model: a novel method of adapting evidence-based HIV Interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1(Supl 1), 40-466. doi: 10.1097/QAI.0b013e3181605df1

Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Villamizar, K., Er, D.L., DeVarona, M., Taveras, J., ...Jean, R. (2011). Efficacy of a Health Educator–Delivered HIV Prevention Intervention for Latina Women: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 101, 2245-2252. doi: 10.2105/AJPH.2011.300340

Zimet, G., Dahlem, N. V., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-34.
doi:10.1207/s15327752jpa5201_2

DISCUSIÓN

Discusión

En España hay una escasez de estudios, de rigurosa metodología, que prueben la eficacia de intervenciones en prevención de ITS/VIH dirigidas a población adolescente (Espada, Morales et al., 2012). Sin embargo, el presente estudio ha demostrado la eficacia de un programa de intervención en prevención de ITS/VIH para mujeres adolescentes españolas, con evidencias empíricas tanto a nivel de modificación de conducta, reduciendo el comportamiento sexual de riesgo, como en la modificación de variables psicosociales relacionadas con dicho comportamiento.

Para cumplir con los objetivos planteados en esta tesis doctoral, en primer lugar se han determinado los factores psicosociales y conductuales de riesgo para la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españoles. Los resultados obtenidos aportan relevantes evidencias en relación a las características específicas, con respecto a la conducta sexual y las variables psicosociales estudiadas, de varones y mujeres, para dirigir el diseño de estrategias preventivas en materia de salud sexual destinadas a poblaciones concretas (Wang et al., 2013).

Características específicas del comportamiento sexual de los adolescentes en función del género

En relación al comportamiento sexual, al igual que estudios anteriores llevados a cabo con población adolescente española (Bermúdez, Castro, Madrid y Buena-Casal, 2010; García-Vega et al., 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013), se ha mostrado que un tercio de los participantes, mantiene relaciones sexuales coitales. Los resultados presentados ponen de manifiesto que al igual que indican otros autores (García-Vega et al., 2010) la conducta entre varones y mujeres se asemeja en gran parte de las variables estudiadas, y ambos emiten conductas relacionadas con el riesgo de transmisión de ITS/VIH. En relación al grupo de adolescentes que informan haber mantenido conducta sexual sin penetración, los varones tienen su primera relación de índole sexual, pero sin penetración, antes que las mujeres, y en mayor medida su último contacto fue con una pareja ocasional, al igual que manifiestan otros estudios (Teva et al., 2009). Sin embargo, varones y mujeres no difieren en el número de parejas o el número de relaciones bajo el efecto de las drogas. Tampoco difieren en el tipo de conducta emitida, y en este sentido, cabe destacar que el 10% de mujeres y el 10% de varones afirman haber tenido relaciones sexuales orales, a pesar de no considerarlas parte del repertorio de relaciones con penetración. Además, el 60% de los varones y el 72% de las mujeres

indican no hacer uso del preservativo en este tipo de contactos. Con respecto al grupo que informa sobre relaciones sexuales con penetración, coincidiendo con los resultados de otros autores no hay diferencias entre varones y mujeres en la edad de debut sexual (Teva et al., 2013), tanto en el sexo vaginal, anal u oral. Por el contrario, los varones tienen más parejas sexuales (García-Vega et al., 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013) y las mujeres hacen menor uso del preservativo en sus relaciones sexuales vaginales y orales (Black et al., 2011; Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martins et al., 2009; Teva et al., 2013), durante los dos últimos meses.

Variables psicosociales relacionadas con el tipo de experiencia sexual en función del género

Con respecto a las variables a las variables psicosociales y su relación con el tipo de experiencia sexual, tanto varones como mujeres, presentan mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo que los adolescentes ya iniciados, como ya han indicado otros estudios (Atwood et al., 2012). La percepción de eficacia para poder rechazar tanto a una pareja sexual, como las relaciones no saludables, ayuda a retrasar el inicio sexual, y promueve que en el momento de iniciar su actividad sexual, ésta sea una conducta protectora. Asimismo, al igual que han puesto de manifiesto otros autores (Atwood et al., 2012), los adolescentes que son activos sexualmente tienen en mayor medida una pareja estable, en comparación con aquellos que aún no se ha iniciado. Por ello, se evidencia que el hecho de estar inmerso en una relación de pareja, precipita el debut sexual. Además, tanto las mujeres como los varones no activos sexualmente muestra puntuaciones más elevadas en apoyo percibido de la familia, lo que concuerda con las conclusiones de un estudio reciente donde se puso de manifiesto que cuanto mejores son las relaciones entre padres y adolescentes, menor implicación en conductas sexuales de riesgo por parte de los adolescentes (Deptula, Henry y Schoeny, 2010). En esta línea, la comunicación con los padres sobre sexo se ha relacionado con un retraso en la edad de inicio de las relaciones sexuales (Perrino, González-Soldevilla, Pantin y Szapocznik, 2000). Además, las adolescentes sin experiencia sexual con penetración tienen menores puntuaciones en autoestima y depresión, al igual que indican otros estudios (Cairano, Bonino, Kliwer y Jackson, 2006; Monahan y Lee, 2008). Asimismo, presentan menos apoyo percibido de los amigos y de una persona especial. Las relaciones románticas y de índole sexual son discutidas normalmente con el grupo de iguales (Wisnieski, Sieving y Garwick, 2013) por lo que los adolescentes se comportarán de acuerdo a las

creencias, actitudes y comportamiento sexual que tenga dicho grupo (Henry, Deptula y Schoeny, 2012; Miranda-Díaz y Corcoran, 2012). Así, las adolescentes con experiencia sexual con penetración tienen mayores puntuaciones en apoyo social percibido de los amigos y de una persona especial que es probable que sea su pareja y que ésta refuerce la actividad sexual.

Variables psicosociales relacionadas con el comportamiento sexual de riesgo en adolescentes sexualmente activos, en función del género

En las mujeres, un mayor apoyo percibido de los amigos predice un menor riesgo sexual anal y oral. Teniendo en cuenta que las percepciones que tienen los adolescentes sobre las actividades sexuales de sus iguales influyen en sus decisiones acerca de mantener sexo (Miranda-Díaz y Corcoran, 2012), probablemente el grupo de iguales de estas mujeres adolescentes no fomenten la práctica de sexo oral y anal y de ahí que exista un menor riesgo debido a una menor práctica. Igualmente, una mayor puntuación en autoestima predice un menor riesgo anal debido a una baja frecuencia de esa práctica, posiblemente justificada porque en la imagen positiva de sí misma a nivel sexual no se contemple realizar sexo anal. Con respecto a los varones, la puntuación en depresión se relacionaba positivamente con el riesgo sexual anal, vaginal y oral. Mencionar que la depresión podría afectar al proceso de toma de decisiones en el contexto sexual de forma que facilite la implicación en conductas sexuales de riesgo (Seth et al., 2009). Además, una mayor puntuación en apoyo percibido de la familia en varones se asocia al menor riesgo vaginal y anal, en consonancia con las conclusiones establecidas en otros estudios (Adam et al., 2011; Gao y Chen, 2011; Seth et al., 2009). Atendiendo a la autoestima, una mayor puntuación en varones predice un mayor riesgo vaginal. La autoestima se forma a partir de la opinión que los demás tienen sobre el individuo (Moksnes y Espnes, 2012), por lo que es posible el entorno social de estos varones adolescentes perciba de forma positiva que el varón se implique en conductas sexuales de riesgo influenciado por los roles de género tradicionales (por ejemplo, relaciones sexuales sin utilizar el preservativo, tener varias parejas sexuales, etc.).

En los varones una mayor autoeficacia en el uso del preservativo disminuye la exposición al riesgo, tanto a nivel vaginal, anal y oral, mientras que en las mujeres no tiene ningún efecto. Las mujeres presentan más preocupación por el hecho de estar infectadas de una ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y

oral. Sin embargo, los varones se preocupan más, únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral.

Las mujeres presentan mayor frecuencia de comunicación sobre aspectos relacionados con el sexo, uso de preservativos, ITS, sida y embarazos que los varones en conformidad con lo que manifiestan otros autores (Widman, Choukas-Bradley, Helms, Golin y Prinstein., 2014). La negociación del uso del preservativo, se ha asociado tanto en varones como en mujeres con un menor comportamiento sexual de riesgo al igual que indican otras investigaciones (Broaddus y Dickson-Gomez, 2013; Crosby et al., 2013; Exavery et al., 2012; Voisin, Tan y DiClemente, 2013). Sin embargo, a diferencia de los resultados obtenidos por otros estudios (Champion y Collins, 2013; dos Anjos, Silva, Val, Rincon y Nichiata, 2012; Sales et al., 2014) las mujeres de esta investigación presentan más autoeficacia para rechazar a una pareja sexual y el sexo sin preservativo que los varones, lo que explica que los varones presenten más parejas sexuales que las mujeres (García-Vega et al., 2010; Teva et al., 2009; Teva et al., 2013). Además, mayor autoeficacia para rechazar mantener sexo, disminuye el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales vaginales en varones y mujeres, y en las relaciones anales en varones. Es posible que la autoeficacia para el rechazo no se asocie con el riesgo anal en mujeres, debido a que no hay riesgo de embarazo y por lo tanto, no sientan el mismo nivel de preocupación que en el sexo vaginal.

En relación a las barreras asociadas al uso del preservativo, los varones presentan más barreras en relación a la experiencia sexual (Alkhasawneh, McFarland, Mandel y Seshan, 2014; Chandra-Mouli, McCarraher, Phillips, Williamson y Hainsworth, 2014; O'brien, 2013; Træen y Gravningen, 2011) y en relación la preocupación sobre las consecuencias que pueda provocar en su pareja la solicitud de su uso (Staras, Livingston, Maldonado-Molina y Komro, 2014) que las mujeres. Además, los resultados indican que las barreras que interfieren en el uso del preservativo asociadas tanto al acceso, la motivación, la experiencia, como a la pareja influyen de forma más significativa sobre el comportamiento de riesgo de los varones que de las mujeres. En esta línea, un dato significativo, es que las barreras en relación al acceso del preservativo, como por ejemplo, el precio o no estar disponible cuando tiene lugar el encuentro sexual (Alkhasawneh et al., 2014; Træen y Gravningen, 2011), aumentan el riesgo en las relaciones vaginales, anales y orales de los varones, y en ningún caso en las mujeres.

En relación a las dinámicas de poder que se generan entre las parejas, en las mujeres, el hecho de tener parejas que las superen en edad cinco o más años hace que éstas presenten menos control sobre la toma de decisiones en la relación. Sin embargo, eso no ocurre en el caso de los varones, quienes presentan mayor control sobre la toma de decisiones, cuando sus parejas los superan en cinco años o más. Por ello, los resultados obtenidos están en consonancia con diversos trabajos que han mostrado que entre mujeres cuyas parejas las superan en edad, existe una mayor probabilidad de infección por VIH (Ford y Lepkowski, 2004) y una menor probabilidad de tratar temas relacionados con el VIH y la negociación del uso de preservativo con sus parejas masculinas (Blanc y Wolf, 2001; Gerressu et al., 2009; Jewkes et al., 2010; Wood Hutchinson, Kahwa, Hewitt y Waldron 2011). En el grupo de mujeres existe una relación negativa entre el índice de riesgo vaginal y el control sobre la toma de decisiones, y no existen diferencias en la exposición al riesgo en función del control sobre la relación, al igual que indican otros estudios (Campbell et al., 2009; Pulerwitz et al., 2000). Posiblemente, el hecho de que las mujeres perciban un mayor control sobre la toma de decisiones dentro de la pareja, que las permitan tomar decisiones sobre la emisión de conductas sexuales seguras, se deba a que se encuentran dentro de una relación en la que el control sobre ésta es equitativo, y ambos miembros de la pareja puedan tomar decisiones que afecten a su salud sexual. Por ello, resulta evidente que sea el control sobre la toma de decisiones, el que finalmente influya sobre la conducta llevada a cabo. Por el contrario, en el grupo de varones, aquellos que tienen un mayor control sobre la relación tienen menos probabilidad de haberse expuesto al riesgo. Sin embargo, el control sobre la toma de decisiones no influye sobre la emisión de conductas de riesgo. Teniendo en cuenta que las desigualdades de género en el reparto de poder posicionan a los varones en una situación de ventaja frente a las mujeres (Connell, 1987; Dunkle et al., 2004; Pratto, Sidanius y Levin, 2006; Pulerwitz et al., 2000), en aquellas relaciones donde el poder no se reparta de forma equitativa, el varón será quien tenga una posición más activa y la mujer más sumisa, por lo que el varón tendrá un mayor control sobre la toma de decisiones. Sin embargo, es posible que no se encuentre relación con la exposición al riesgo, debido a que los varones se adhieran a la ideología masculina propia de los roles tradicionales de género que se relaciona con actitudes negativas hacia el uso del preservativo y con mayor número de parejas sexuales (Kreager y Staff, 2009; Zangao y Sim-Sim, 2011), lo que conlleva que la decisión sobre la conducta sexual no sea de protección.

Implicaciones para el diseño de estrategias preventivas específicas de género en adolescente.

Los resultados obtenidos en los cuatro primeros estudios llevados a cabo en esta tesis doctoral, tienen importantes implicaciones para la elaboración de estrategias preventivas específicas de género en adolescentes españoles. Por ello, a continuación se exponen las directrices para guiar la elaboración de programas preventivos destinados a estas poblaciones concretas.

En relación al sexo oral, se ha convertido es un comportamiento que los adolescentes emiten antes de iniciarse en las relaciones coitales, como parte del proceso de aprendizaje sexual, como estrategia para preservar la virginidad o por ser considerado como un comportamiento seguro (Fortnberry, 2013; Vannier y O`Sullivan, 2012), y por lo tanto no utilizan protección. Por ello, se considera que este es un aspecto importante a considerar en las intervenciones de prevención dirigidas a población adolescente no iniciada sexualmente, e informar sobre los riesgos del sexo oral desprotegido. Además, dado que la autoestima es probable que fluctúe durante la adolescencia (Moksnes y Espnes, 2012), es importante que en los programas de educación sexual se fomente la autoestima especialmente entre las mujeres (Ethier et al., 2006; Price y Hyde, 2009), ya que se ha demostrado que reduce el comportamiento sexual de riesgo.

En intervenciones dirigidas especialmente a mujeres, fomentar la autoeficacia en el uso del preservativo no es suficiente, y hay que atender a otro tipo de factores, desde una perspectiva de género para fomentar una comunicación asertiva y eliminar posibles diferencias de poder en la pareja, que permitan a las mujeres la negociación del uso del preservativo (Adimora et al., 2013; Brodbeck, Vilén, Bachmann, Znoj y Alsaker 2010; Ramiro, et al., 2013; Wingood et al., 2013). Por ello, mientras que para la reducción de conductas sexuales de riesgo en varones es importante fomentar el conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH, y la autoeficacia en el uso del preservativo, en mujeres deben tenerse en cuenta estas variables, pero no aisladamente. Para conseguir el cambio de conducta en mujeres, se deben diseñar estrategias de intervención que integren una perspectiva de género, basada en la igualdad entre mujeres y varones, para que puedan negociar (Muñoz-Silva, Sánchez-García, Nunes y Martins, 2007) y emitir la conducta deseada con sus parejas. Según Ferrer, Bosch, Navarro, Ramos y García (2008) hay una conexión entre los conceptos de amor romántico y sexualidad, considerando que “estar enamorado” es la base fundamental

para formar una pareja y permanecer en ella. El proceso de socialización afecta a las relaciones de pareja, y los adolescentes adquieren identidades diferenciadas de género que conllevan estilos cognitivos, actitudinales y conductuales sobre cómo debe ser una relación de pareja y cómo deben comportarse en ella (Duque, 2006; Sampedro, 2005), que ponen en situación de desventaja a la mujer para solicitar o negociar conductas sexuales saludables (Champion y Collins, 2013; Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007).

En este sentido, las mujeres presentan más autoeficacia para rechazar el sexo desprotegido, mayor comunicación con sus parejas y menos miedo para la negociación del uso del preservativo, sin embargo se ha demostrado que no presentan menor comportamiento de riesgo que los varones. Por ello, es importante tener en cuenta, que ciertas características de la pareja hacen que la mujer vea disminuida su capacidad asertiva (Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007). Así, Raiford, Seth et al., (2013) han determinado que aquellos varones con menor autoeficacia para el uso del preservativo y que presentan normas asociadas al constructo de masculinidad, tienen respuestas más agresivas o coercitivas ante la solicitud por parte de sus parejas para el uso del preservativo. Estas respuestas agresivas por parte del varón, incrementan la ansiedad en su pareja femenina anulando o disminuyendo sus habilidades asertivas (Gidycz et al., 2008; Koss et al., 2007; Raiford, Seth et al., 2013; Sales et al., 2014; Seth et al., 2013). Por ello, la intervención no puede enfocarse únicamente en fomentar las habilidades asertivas en las mujeres, sino que a su vez deben dirigirse a los varones, eliminando las barreras que limiten el uso del preservativo por su parte y erradicando normas asociadas al constructo machista.

En relación a las principales barreras para el uso del preservativo, se ha puesto de manifiesto que al igual que indican otros autores (Wu, El-Bassel, Witte, Gilbert y Chang, 2003), se debe intervenir en fomentar la comunicación sexual abierta erradicando la creencia de que la solicitud del preservativo es motivo de infidelidad. Igualmente, en relación al acceso es importante mostrar a las mujeres que ellas deben ser una parte activa en el uso del preservativo, comenzando por participar en la obtención del preservativo y tenerlo disponible para cuando sea necesario su uso.

Por último, teniendo en cuenta que las relaciones de pareja durante la adolescencia son relativamente comunes, más del 65% de los adolescentes experimentan una relación estable durante sus años de adolescencia (Smith, Welsh y Fite, 2010), podemos concluir que el reparto de poder dentro de las parejas adolescentes es un aspecto importante a tener en cuenta de cara a la prevención para la transmisión de

ITS/VIH en adolescentes. Para ello, deberán utilizarse estrategias de carácter afectivo-sexual, que enseñen a los adolescentes las suficientes estrategias para diferenciar entre aquellas relaciones basadas en la igualdad y el respeto y las que no, entendiendo que sólo en las primeras podrán llevar a cabo las conductas deseadas.

Evidencia de la efectividad de un programa de intervención para la prevención de la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes (DIVINE)

Las directrices para la elaboración de estrategias preventivas específicas de género en adolescentes españoles, derivadas de los cuatro primeros estudios realizados, han permitido adaptar un programa de intervención para la prevención de la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes (DIVINE). Los resultados aportados por el quinto estudio ponen de manifiesto que las participantes del programa de prevención DIVINE, a los 6 meses de seguimiento, utilizan el preservativo un 39.4% más, que las participantes de la condición control. Además, el 94.7% de las participantes que recibieron el programa hacen un uso consistente del preservativo en todas sus relaciones sexuales vaginales durante los dos últimos meses frente a un 28.5% del grupo control. Por ello, se evidencia la eficacia del programa en la reducción de las conductas de riesgo, que se han relacionado con la transmisión de ITS/VIH en adolescentes españolas (García-Vega et al., 2012; MSSSI, 2013c; Teva et al., 2013).

Las participantes de la condición intervención a los 6 meses de evaluación, presentan cambios positivos en las variables psicosociales que han sido identificadas por diversos estudios (Bermúdez et al., 2012; Calatrava, López-Del Burgo y de Irala, 2012; Castro, Bermúdez y Buena-Casal, 2009; Espada et al., 2013; Ramiro et al., 2013; Teva et al., 2013) como factores de riesgo para la transmisión de ITS/VIH en mujeres adolescentes. Este aspecto es importante, ya que alrededor del 50% de las participantes que recibieron el programa no habían practicado conductas sexuales coitales, y por lo tanto el cambio producido sobre éstas aumenta la probabilidad de que emitan conductas saludables en su debut sexual. En este sentido, otros autores han indicado que las intervenciones para la prevención de las ITS/VIH, son más eficaces en adolescentes no activos sexualmente, e inciden en la necesidad de intervenir sobre esta población (Givaudan, Leenen, Van de Vijver, Poortinga y Pick, 2008; Espada, Orgilés et al., 2012).

En relación a estas variables psicosociales, las participantes del grupo al que se aplicó la intervención DIVINE, a los 6 meses de evaluación presentan mayor

comunicación con sus padres sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH, y mayor apoyo social percibido de una persona especial, aspectos relevantes para la disminución de conductas sexuales de riesgo y el retraso en la iniciación sexual (Bandura, 1994; Bermúdez et al., 2012; Ruiz-Canela et al., 2012).

Igualmente, se encontraron mayores niveles de conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH en la participantes de la condición intervención, aspecto fundamental aunque no suficiente para conseguir el cambio de conducta (Calatrava et al., 2012), mayores actitudes positivas hacia el uso del preservativo, más autoeficacia en su uso, y menos barreras para su utilización, que aumentan la probabilidad de su uso consistente (Bermúdez et al., 2012; Newby, Brown, French y Wallace, 2013; Voisin et al., 2013).

Por último, el programa incrementa la frecuencia y autoeficacia en la comunicación con una pareja sexual sobre aspectos relacionados con las ITS/VIH y el uso de preservativo y la autoeficacia para rechazar mantener sexo, elementos que actúan como factor de protección ante conductas sexuales de riesgo (Brooks, Sipsma, Ickovic y Kershaw, 2010; Clum et al., 2012), y que se promueven en las participantes de la condición intervención debido a la perspectiva de género que adopta el programa DIVINE (Wingood y Diclemente, 2000).

A pesar de la evidencia empírica demostrada por el programa sometido a evaluación, cabe destacar que sería importante, realizar este estudio con una muestra representativa a nivel nacional, y como una línea futura de investigación realizar la adaptación del mismo a población adolescente masculina, y hacer versiones más breves que se puedan aplicar en periodos de tiempo más cortos que permitan disminuir el coste personal y económico.

CONCLUSIONES

Conclusiones

- La conducta sexual de varones y mujeres adolescentes se asemeja en gran parte de las variables estudiadas, aunque las mujeres hacen menor uso del preservativo, y ambos emiten conductas relacionadas con el riesgo de transmisión de ITS/VIH.
- La percepción de eficacia para poder rechazar tanto a una pareja sexual, como las relaciones no saludables, ayuda a retrasar el inicio sexual, tanto en varones como en mujeres.
- Tanto las mujeres como los varones no activos sexualmente muestran mayor apoyo percibido de la familia y menor autoestima, depresión, y apoyo percibido de los amigos y de una persona especial.
- Los adolescentes que son activos sexualmente, tanto varones como mujeres, tienen en mayor medida una pareja estable, en comparación con aquellos que aún no se ha iniciado.
- Las mujeres que presentan mayor apoyo percibido de los amigos tienen menor riesgo sexual anal y oral, y las que presentan más autoestima un menor riesgo sexual anal.
- Los varones con mayor puntuación en depresión presentan más riesgo sexual anal, vaginal y oral, y mayor autoestima predice un mayor riesgo vaginal. En varones una mayor puntuación en apoyo percibido de la familia se asocia al menor riesgo vaginal y anal.
- En los varones una mayor autoeficacia en el uso del preservativo disminuye la exposición al riesgo, tanto a nivel vaginal, anal y oral, mientras que en las mujeres no tiene ningún efecto.
- Las mujeres presentan más preocupación por el hecho de estar infectadas de una ITS o el VIH, cuanto mayor es su exposición al riesgo vaginal, anal y oral. Sin embargo, los varones se preocupan más, únicamente cuando se exponen al riesgo vaginal, pero no cuando se exponen al riesgo anal u oral.
- La negociación del uso del preservativo, se ha asociado tanto en varones como en mujeres con un menor comportamiento sexual de riesgo.
- La autoeficacia para rechazar mantener sexo, disminuye el comportamiento de riesgo en las relaciones sexuales vaginales en varones y mujeres, y en las relaciones anales en varones.

- Las barreras que interfieren en el uso del preservativo asociadas tanto al acceso, la motivación, la experiencia y a la pareja, influyen de forma más significativa sobre el comportamiento de riesgo de los varones que de las mujeres.
- Las mujeres que tienen parejas que las superan en edad cinco o más años, presentan menos control sobre la toma de decisiones en la relación. Además, el control sobre la toma de decisiones disminuye el comportamiento sexual de riesgo en mujeres.
- Los varones que tienen parejas que los superan en edad cinco o más años, presentan más control sobre la toma de decisiones en la relación. En el grupo de varones, aquellos que tienen un mayor control sobre la relación tienen menos probabilidad de haberse expuesto al riesgo.
- Las intervenciones de prevención dirigidas a población adolescente no iniciada sexualmente, deben informar sobre los riesgos del sexo oral desprotegido.
- Las intervenciones dirigidas especialmente a mujeres, deben no sólo fomentar la autoeficacia en el uso del preservativo, sino que tienen que atender a otro tipo de factores, desde una perspectiva de género para fomentar una comunicación asertiva y eliminar posibles diferencias de poder en la pareja, que permitan a las mujeres la negociación del uso del preservativo. Además, se debe fomentar la autoestima y mostrar a las mujeres que ellas tienen ser una parte activa en el uso del preservativo, comenzando por participar en la obtención del preservativo y tenerlo disponible para cuando sea necesario su uso.
- En intervenciones dirigidas especialmente a varones deben fomentar el conocimiento sobre aspectos relacionados con las ITS y el VIH y la autoeficacia en el uso del preservativo, eliminar las barreras que limiten el uso del preservativo y erradicar normas asociadas al constructo machista.
- Las intervenciones deben de contar con estrategias de carácter afectivo-sexual, que enseñen a los adolescentes las suficientes estrategias para diferenciar entre aquellas relaciones basadas en la igualdad y el respeto y las que no, entendiendo que sólo en las primeras podrán llevar a cabo las conductas deseadas.
- El programa de intervención en prevención de ITS/VIH para mujeres adolescentes españolas (DIVINE), ha mostrado su eficacia con evidencias empíricas tanto a nivel de modificación de conducta, reduciendo el comportamiento sexual de riesgo, como en la modificación de variables psicosociales relacionadas con dicho comportamiento.

CONCLUSIONS

Conclusions

- The sexual behavior of adolescent males and females is similar in most of the variables studied, although women make less use of condoms, and they both exhibit behaviors related to the risk for STIs/HIV transmission.
- Efficacy perception to be able to refuse either a sexual partner or unhealthy sexual relations, helps to delay the sexual debut both in males and females.
- Both females and males who are not sexually active show higher scores on perceived social support from family and lower scores on self-esteem, depression, and perceived support from friends and from a special person.
- Sexually active adolescents, both males and females, have to a greater extent a stable partner when comparing them with those with no sexual experience.
- Females who show higher perceived support from friends have lower anal and oral sexual risk, and those who show higher self-esteem have a lower anal sexual risk.
- Males with higher score in depression show greater anal, vaginal and oral sexual risk, and higher self-esteem predicts a higher vaginal risk. Among males, a higher score in perceived social support from family is associated with lower vaginal and anal risk.
- Among males, a higher self-efficacy of condom use decreases the risk exposure both in relation to vaginal and anal sex as well as oral sex, whereas it has no effect in females.
- Females are more concerned for being infected when they have a higher exposure to vaginal, anal and oral sexual risk. However, males are more concerned only when they are exposed to vaginal risk, but not when they are exposed to anal or oral sexual risk.
- Condom use negotiation has been associated, in both males and females, with a lower sexual risk behavior.
- Self-efficacy to refuse sex decreases the risk behavior in vaginal intercourse in both males and females, and in anal intercourse in males.
- The barriers that interfere with condom use, associated with the access, motivation, experience, as well as with the partner, have a more significative influence on the risk behavior of males than females.

- Females whose partners are five or more than five years older than them, have less control over decision making in the relationship. Furthermore, there is a negative relationship between the index of vaginal risk and control over decision making in females.
- Males whose partners are five or more than five years older than them, have higher control over decision making in the relationship. Among the group of males, those who have a higher control over the relationship are less likely to have been exposed to risk.
- Providing information about the risks of unsafe oral sex is an important aspect to be considered in prevention interventions aimed at adolescent population with no sexual experience.
- In interventions aimed especially at females, promoting self-efficacy of condom use is not enough and it is necessary to take into account other type of factors from a gender perspective, in order to promote an assertive communication and eliminate possible power differences in couples and, thus, enable females to negotiate condom use. Moreover, females should be shown that they have to be an active part in condom use, starting with participation in the obtaining of condoms and have them available for whenever they need them.
- In interventions aimed especially at males, it is important to promote knowledge of aspects related to STIs and HIV and self-efficacy of condom use, to eliminate barriers that limit condom use and to eradicate rules associated with male chauvinism.
- Interventions should incorporate strategies of an affective sexual nature which teach adolescents enough strategies to differentiate between those relationships which are based on equality and respect and those which are not, understanding that only in the first ones they will be able to carry out desired behaviors.
- The intervention program for the prevention of STIs/HIV in Spanish adolescent females (DIVINE) has shown its efficacy with empirical evidences as much in terms of behavior modification, by reducing sexual risk behavior, as modifying psychosocial variables related to such behavior.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas

- Adam, E.K., Chyu, L., Hoyt, L.T., Doane, L.D., Boisjoly, J., Duncan, G.J., ...McDade, T.W. (2011). Adverse adolescent relationship histories and young adult health: Cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence and loss. *Journal of Adolescent Health, 49*, 278-286. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.12.012
- Adimora, A.A., Ramirez, C., Auerbach, J.D., Aral, S.O., Hodder, S., Wingood, G., ...Bukusi, E.A. (2013). Preventing HIV Infection in Women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 63*(Supl 2), 168-173. doi:10.1097/QAI.0b013e318298a166
- Alkhasawneh, E., McFarland, W., Mandel, J. y Seshan, V. (2014). Insight into Jordanian Thinking About HIV: Knowledge of Jordanian Men and Women About HIV Prevention. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 25*, e1-e9. doi:10.1016/j.jana.2013.06.001
- Allison, S., Bauermeister, J.A., Bull, S., Lightfoot, M., Mustanski, B., Shegog, R. y Levine, D. (2012). The intersection of youth, technology, and new media with sexual health: Moving the research agenda forward. *Journal of Adolescent Health, 51*, 207-212. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.06.012
- Amaro, H. y Raj, A. (2000). On the margin: Power and women's HIV risk reduction strategies. *Sex Roles, 42*, 723-749. doi: 10.1023/A:1007059708789
- Atwood, K.A., Zimmerman, R., Cupp, P.K., Fongkae, W., Miller, B.A., Byrnes, H.F., ...Chookhare, W. (2012). Correlates of Precoital Behaviors, Intentions, and Sexual Initiation Among Thai Adolescents. *Journal of Early Adolescence, 32*, 364-386. doi: 10.1177/0272431610393248
- Baeten, J.M., Donnell, D., Ndase, P., Mugo, N.R., M.B., Campbell, J.D., Wangisi, J., ...Celum, C. (2012). Antiretroviral prophylaxis for HIV prevention in heterosexual men and women. *The New England Journal Medicine, 367*, 399-410. doi: 10.1056/NEJMoA1108524
- Bandura A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In: DiClemente, R.J. y Peterson, J. (Eds), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 25-59). New York, NY: Plenum Publishing.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Gude, F. y Buéla-Casal, G. (2011). Relationship power in the couple and sexual double standard as predictors of the risk of sexually

- transmitted infections and HIV: Multicultural and gender differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178. doi: 10.2174/157016210790442669
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103
- Bermúdez, M.P., Teva, I., Ramiro, M.T., Uribe-Rodríguez, A.F., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2012). Knowledge, misconceptions, self-efficacy and attitudes regarding HIV: Cross-cultural assessment and analysis in adolescents. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 235-249.
- Black, D.S., Sun, P., Rohrbach, L.A. y Sussman, S. (2011). Decision-making style and gender moderation of the self-efficacy-condom use link among adolescents and young adults. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 165, 320-325. doi:10.1001/archpediatrics.2011.17
- Blanc, A.K. y Wolf, B. (2001). Gender and decision-making over condom use in two districts in Uganda. *African Journal of Reproductive Health*, 5, 15-28.
- Brieger, W.R., Delano, G.E., Lane, C.G., Oladepo, O. y Oyediran, K.A. (2001). West African Youth Initiative: Outcome of a reproductive health education program. *Journal of Adolescent Health*, 29, 436-446
- Broadus, M.R. y Dickson-Gomez, J. (2013). Text messaging for sexual communication and safety among African American young adults. *Qualitative Health Research*, 23, 1344-1353. doi: 10.1177/1049732313505712
- Brodbeck, J., Vilén, U.L., Bachmann, M., Znoj, H. y Alsaker, F.D. (2010). Sexual risk behavior in emerging adults: Gender-specific effects of hedonism, psychosocial distress and sociocognitive variables in a 5-year longitudinal study. *AIDS Education and Prevention*, 22, 148-159. doi: 10.1521/aeap.2010.22.2.148
- Brook, K., Sipsma, H., Ickovics, J. y Kershaw, T. (2010). Economic dependence and unprotected sex: The role of sexual assertiveness among young urban mothers. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 87, 416-425. doi: 10.1007/s11524-010-9449-1
- Calatrava, M., López-Del Burgo, C. y de Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica de Barcelona*, 138, 534-540. doi: 10.1016/j.medcli.2011.07.020
- Campbell, A.N., Tross, S., Dworkin, S.L., Hu, M.C., Manuel, J., Pavlicova, M. y Nunes, E.V. (2009). Relationship power and sexual risk among women in

- community-based substance abuse treatment. *Journal of Urban Health*, 86, 951-964. doi: 10.1007/s11524-009-9405-0
- Castro, A., Bermúdez, M.P. y Buéla-Casal, G. (2009). Variables relacionadas con la infección por VIH en adolescentes inmigrantes latinoamericanos: Una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-237.
- Champion, J.D. y Collins, J.L. (2013). Conceptualization of sexual partner relationship steadiness among ethnic minority adolescent women: Implications for evidence-based behavioral sexual risk reduction interventions. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24, 242-255. doi: 10.1016/j.jana.2012.06.004
- Chandra-Mouli, V., McCarragher, D.R., Phillips, S.J., Williamson, N.E. y Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11, 1. doi: doi:10.1186/1742-4755-11-1
- Chinsembu, K.C. (2009). Sexually transmitted infections in adolescents. *The Open Infectious Diseases Journal*, 3, 107-117. doi:10.2174/1874279300903020107
- Ciairano, S., Bonino, S., Kliwer, W., Miceli, R. y Jackson, S. (2006). Dating, sexual activity and well-being in Italian adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 275-282. doi:10.1207/s15374424jccp3502_11
- Clum, G.A., Chung, S., Ellen, J.M., Perez, L.V., Murphy, D.A., Harper, G.W. y Hamvas, L. (2012). Victimization and sexual risk behaviour in young HIV positive women: exploration of mediators. *AIDS Behaviour*, 16, 999-1010. doi: 10.1007/s10461-011-9931-0
- Cohen, M.S., Ying, M.D., Chen, Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M.C., ... Fleming, T.R. (2011). Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *The New England Journal of Medicine*, 365, 493-505. doi: 10.1056/NEJMoa1105243
- Connell, R. W. (1987). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Standford, CA: Standford University Press.
- Coyle, K.K., Glassman, J.R., Franks, H.M., Campe, S.M., Denner, J. y Lepore, G.M. (2013). Interventions to reduce sexual risk behaviors among youth in alternative schools: A randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 53, 68-73. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.12.012
- Crosby, R.A., Diclemente, R.J., Salazar, L.F., Wingood, G.M., McDermott-Sales, J. Young, A.M. y Rose, E. (2013). Predictors of consistent condom use among

- young African American Women. *AIDS and Behavior*, 17, 865-871. Doi: 10.1007/s10461-011-9998-7
- Damme, L.D., Corneli, A., Ahmed, K., Agot, K., Lombaard, J., Kapiga, S., ...Taylor, D. (2012). Preexposure prophylaxis for HIV infection among African women *The New England Journal Medicine*, 367, 411-422. doi: 10.1056/NEJMoa1202614
- Deptula, D.P., Henry, D.B. y Schoeny, M.E. (2010). How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behaviour. *Journal of Family Psychology*, 24, 731-739. doi: 10.1037/a0021760.
- DiClemente R.J., Wingood, G.M., Harrington, K.F., Lang, D.L., Davies, S.L., Hook, E.W., ... Robillard, A. (2004). Efficacy of an HIV prevention intervention for African American adolescent girls: a randomized controlled trial. *The Journal of American Medical Association*, 292, 171-179. doi: 10.1001/jama.292.2.171
- Domingo, A.A. (2009). Las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. *Pediatría Integral*, 13, 223-238.
- dos Anjos, R.H.D., Silva, J.A.S., Val, L.F., Rincon, L.A. y Nichiata, L.Y.I.(2012). Document Differences between female and male adolescents regarding individual vulnerability to HIV. *Revista da Escola de Enfermagem*, 46, 829-837. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400007>
- Doyle, A.M., Ross, D.A., Maganja, K., Baisley, K., Masesa, C., Andreasen, A., ...Hayes, R.J. (2010). Long-term biological and behavioural impact of an adolescent sexual health intervention in tanzania: Follow-up survey of the community-based mema kwa vijana trial. *PLoS Medicine*, 7. doi: 10.1371/journal.pmed.1000287
- Dunbar, B., Patel, M., Fahey, J. y Wira, C. (2012). Endocrine control of mucosal immunity in the female reproductive tract: impact of environmental disruptors. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 354, 85-93. doi: 10.1016/j.mce.2012.01.002.
- Duque, E. (2006). *Aprendiendo para el amor o para la violencia. Las relaciones en las discotecas*. Barcelona: Roure.
- Dunkle, K. L., Jewkes, R. K., Brown, H. C., Gray, G. E., McIntyre, J. A. y Harlow, S. D. (2004). Gender-based violence, relationship power, and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *The Lancet*, 363, 1415-1421. doi:10.1016/S0140-6736(04)16098-4

- Espada, J.P., Ballester R., Huedo-Medina, T.B., Secades-Villa, R., Orgilés, M. y Martínez-Lorca, M. (2013). Development of a new instrument to assess AIDS-related attitudes among Spanish youngsters. *Anales de Psicología*, 29, 83-89. doi: 10.6018/analesps.29.1.132301
- Espada, J.P., Morales, A., Orgilés, M., Piqueras, J.A. y Carballo, J.L. (2012). A review of HIV/AIDS prevention programs in Spain. *International Journal of Hispanic Psychology*, 5, 2.
- Espada, J.P., Orgilés, M., Morales, A., Ballester, R. y Huedo-Medina, T.B. (2012). Effectiveness of a School HIV/AIDS Prevention Program for Spanish Adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 24, 500-513. doi: 10.1521/aeap.2012.24.6.500
- Esu-Williams, E., Schenk, K., Motsepe, J., Geibel, S. y Zulu, A. (2004). *Involving young people in the care and support of people living with HIV and AIDS in Zambia. Horizons Final Report*. Washington, DC: Population Council.
- Ethier, K.A., Kershaw, T.S., Lewis, J.B., Milan, S., Niccolai, .M. y Ickovics, J.R. (2006). Self-esteem, emotional distress and sexual behaviour among adolescent females: Inter-relationships and temporal effects. *Journal of Adolescent Health*, 38, 268-274. doi: 10.1016/j.jadohealth.2004.12.010
- European Centre for Disease Control and Prevention (2011). *Sexually transmitted infections in Europe 2011. Surveillance Report*. Disponible en <http://www.ecdc.europa.eu>
- Exavery, A., Kanté, A.M., Jackson, E., Noronha1, J., Sikustahili1, G., Tani, K., ...Phillips, J.F. (2012). Role of condom negotiation on condom use among women of reproductive age in three districts in Tanzania. *BMC Public Health*, 12, 1097. doi: 10.1186/1471-2458-12-1097
- Exner, T.M., Seal, D.W. y Ehrhardt, A.A. (1997). A review of HIV interventions for at-risk women. *AIDS Behavior*, 1, 93-124.
- Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C., Ramos, M.C. y García, E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20, 589-595.
- Fiscian, V.S., Obeng, E.K., Goldstein, K., Shea, J.A. y Turner, B.J. (2009) Adapting a multifaceted U.S. HIV prevention education program for girls in Ghana. *AIDS Education Prevention*, 21, 67-79. doi: 10.1521/aeap.2009.21.1.67
- Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., Sweat, M.D. (2014). School based sex education and HIV prevention in lowand middle-income

- countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 9, e89692. Doi: DOI: 10.1371/journal.pone.0089692
- Ford, K. y Lepkowski, J. M. (2004). Characteristics of sexual partners and STD infection among American adolescents. *International Journal of STD & AIDS*, 15, 260-265. doi: 10.1258/095646204773557802
- Fortenberry, J.D. (2013). Puberty and adolescent sexuality. *Hormones and Behavior*, 64, 280-287. doi:10.1016/j.yhbeh.2013.03.007
- French, P.P., Latka, M., Gollub, E.L., Rogers, C., Hoover, D.R. y Stein, Z.A. (2003). Use-effectiveness of the female versus male condom in preventing sexually transmitted disease in women. *Sexually Transmitted Diseases*, 30, 433-439.
- Frieden TR. (2010). A framework for public health action: the health impact pyramid. *American Journal of Public Health*, 100, 590-595. doi: 10.2105/AJPH.2009.185652
- Gao, Y. y Chen, Y. (2011). Social support associated with a reduced risk of sexually transmitted infection in Canadians. *Journal of Public Health*, 19,49-56. doi: 10.1007/s10389-010-0351-9
- García-Vega, E., Menéndez, R.E., Fernández, G.P. y Cuesta-Izquierdo, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5, 79-87.
- Gerressu, M., Elam, G., Shain, R. N., Bonell, C; Brook, G., Dimmitt, J., ...Imrie, J. (2009). STI risk exposure among black and minority ethnic youth in Northwest London: Findings from formative work for translation of a sexually transmitted infection risk-reduction intervention to the UK setting. *Sexually Transmitted Infections*, 85, 283-289. doi: 10.1136/sti.2008.034645
- Gidycz, C.A., Van Wynsberghe, A. y Edwards, K.M. (2008). Prediction of women's utilization of resistance strategies in a sexual assault situation: A prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 571-588 <http://dx.doi.org/10.1177/0886260507313531>
- Givaudan, M., Leenen, I., Van de Vijver, F.J., Poortinga, Y.H. y Pick, S. (2008). Longitudinal study of a school based HIV/AIDS early prevention program for Mexican adolescents. *Psychology, Health y Medicine*, 13, 98-110. doi:10.1080/13548500701295256
- Goesling, B., Colman, S., Trenholm, C., Terzian, M. y Moore, K. (2014). Programs to reduce teen pregnancy, sexually transmitted infections, and associated sexual

- risk behaviors: A systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 54, 499-507. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.12.004
- Gray-Swain M.R. y Peipert, J.F. (2006). Pelvic inflammatory disease in adolescents. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 18, 503-510. doi: 10.1097/01.gco.0000242952.87125.69
- Hahm, H.C., Lee, J., Rough, K. y Strathdee, S.A. (2012). Gender power control, sexual experiences, safer sex practices, and potential HIV risk behaviors among young Asian-American women. *AIDS and Behavior*, 16, 179-188. doi: 10.1007/s10461-011-9885-2
- Halpern, C.T., Mitchell, E.M., Farhat, T. y Bardsley, P. (2008). Effectiveness of web-based education on Kenyan and Brazilian adolescents' knowledge about HIV/AIDS, abortion law, and emergency contraception: findings from TeenWeb. *Social Science & Medicine*, 67, 628-637. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.05.001
- Harper, G.W., Bangi, A.K., Sanchez, B., Doll, M. y Pedraza, A. (2009). A quasi-experimental evaluation of a community-based HIV prevention intervention for Mexican American female. *AIDS Education and Prevention*, 21, 109-123. doi: 10.1521/aeap.2009.21.5-suppl.109
- Harvey, B., Stuart, J. y Swan, T. (2000). Evaluation of a drama-in-education programme to increase AIDS awareness in South African high schools: a randomized community intervention trial. *International Journal of STD & AIDS*, 11, 105-111. doi: 10.1258/0956462001915453
- Henry, D.B., Deptula, D.P. y Schoeny, M.E. (2012). Sexually transmitted infections and unintended pregnancy: A longitudinal analysis of risk transmission through friends and attitudes. *Social Development*, 21, 195-214. doi: 10.1111/j.1467-9507.2011.00626.x
- Jackson, T., Huang, A., Chen, H., Gao, X., Zhang, Y. y Zhong, X. (2013). Predictors of willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis among female sex workers in Southwest China. *AIDS Care*, 25, 601-605. doi:10.1080/09540121.2012.726341.
- Jewkes, R. K., Dunkle, K., Nduna, M. y Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: A cohort study. *The Lancet*, 376, 41-48. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60548-X

- Koss, M.P., Abbey, A., Campbell, R., Cook, S., Norris, J., Testa, M., ...White, J. (2007). Revising the SES: A collaborative process to improve assessment of sexual aggression and victimization. *Psychology of Women Quarterly*, 31, 357-370. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2007.00385.x>
- Kreager, D.A. y Staff, J. (2009). The Sexual Double Standard and Adolescent Peer Acceptance. *Social Psychology Quarterly*, 72, 143-164. doi: 10.1177/019027250907200205
- Lameiras, M., Carrera, M.V., Rodríguez-Castro, Y., Ricoy, M.C., Failde, J.M. y Núñez, A.M. (2011). Evaluación diagnóstica sobre el conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino: un estudio cualitativo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 37, 127-143.
- Li X, Stanton B, Wang B, Mao R, Zhang H, Qu, M., ...Wang, J. (2008) Cultural adaptation of the Focus on Kids program for college students in China. *AIDS Education and Prevention*, 20, 1-14. doi: 10.1521/aeap.2008.20.1.1
- Ljubojević, S. y Lipozenčić, J. (2010). Sexually transmitted infections and adolescence. *Acta Dermatovenerologica Croatica*, 18, 305-310
- Marques, M. y Ressa, N. (2013). The sexuality education initiative: A programme involving teenagers, schools, parents and sexual health services in Los Angeles, CA, USA. *Reproductive Health Matters*, 21, 124-135. doi: 10.1016/S0968-8080(13)41702-0
- Maticka-Tyndale, E. y Barnett, J.P. (2010). Peer-led interventions to reduce HIV risk of youth: A review. *Evaluation and Program Planning*, 33, 98-112. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2009.07.001
- McCart, M.R., Sheidow, A.J. y Letourneau, E.J. (2014). Risk reduction therapy for adolescents: Targeting substance use and HIV/STI-Risk behaviors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21, 161-175. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.10.001
- McKinnon, L.R., Nyanga, B., Chege, D., Izulla, P., Kimani, M., Huibner, S., ...Kaul, R. (2011). Characterization of a human cervical CD4+ T cell subset coexpressing multiple markers of HIV susceptibility. *The Journal of Immunology*, 187, 6032-6042. doi: 10.4049/jimmunol.1101836.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Plan Nacional sobre el Sida, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Centro Nacional de Epidemiología – Instituto de Salud Carlos III. (2013a). *Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida en España: ACTUALIZACIÓN 30 de junio de*

2013. *Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida*. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo, Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. (2013b). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2011*. Disponible en http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/VigilanciaITS1995_2011.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. (2013c). Informe de Evaluación del Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida, España 2008-2012. Disponible en <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacion30Agosto2013.pdf>
- Miranda-Díaz, M. y Corcoran, K. (2012). “All my friends are doing it”: The impact of the perception of peer sexuality on adolescents’ intention to have sex. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 9, 260-264. doi: 10.1080/15433714.2012.672923.
- Moksnes, U.K. y Espnes, G.A. (2012). Self-esteem and emotional health in adolescents. Gender and age as potential moderators. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53, 483-489. doi: 10.1111/sjop.12021
- Monahan, K.C. y Lee, J.M. (2008). Adolescent sexual activity: Links between relational context and depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 917-927. doi: 10.1007/s10964-007-9256-5
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Martins, A. y Nunes, C. (2009). Gender Differences in HIV-Related Sexual Behavior among College Students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 485-495
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Nunes, C. y Martins, A. (2007). AIDS prevention in late adolescent college students from Spain and Portugal. *Public Health*, 121, 673-81.
- Newby, K.V., Brown, K.E., French, D.P. y Wallace, L.M. (2013). Which outcome expectancies are important in determining young adults intentions to use

- condoms with casual sexual partners?: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 13, 133. doi:10.1186/1471-2458-13-133
- O'brien, R.F. (2013). Condom use by adolescents. *Pediatrics*, 132, 973-981. doi: 10.1542/peds.2013-2821
- Patel, S.N., Wingood, G.M., Kosambiya, J.K., McCarty, F., Windle, M., Yount, K. y Hennink, M. (2014). Individual and Interpersonal Characteristics that Influence Male-Dominated Sexual Decision-Making and Inconsistent Condom Use Among Married HIV Serodiscordant Couples in Gujarat, India: Results from the Positive Jeevan Saathi Study. *AIDS and Behavior*, (en prensa). doi: 10.1007/s10461-014-0792-1
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R.M., McCabe, B.E. y Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for Hispanic. *AIDS and Behavior*, 16, 1316-1326. doi: 10.1007/s10461-011-0052-6
- Perrino, T., González-Soldevilla, A., Pantin, H. y Szapocznik, J. (2000). The role of families in adolescent HIV prevention: A review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 81-96. doi: 10.1023/A:1009571518900
- Pratto, F., Sidanius, J. y Levin, S. (2006). Social dominance theory and the dynamics on intergroup relations: Taking stock and looking forward. *European Review of Social Psychology*, 16, 271-320. doi: 10.1080/10463280601055772
- Price, M.N. y Hyde, J.S. (2009). When two isn't better than one: Predictors of early sexual activity in adolescence using a cumulative risk model. *Journal of Youth Adolescence*, 38, 1059-1071. doi: 10.1007/s10964-008-9351-2
- Pulerwitz, J., Gortmaker, S. L. y DeJong, W. (2000). Measuring sexual relationship power in HIV/STD research. *Sex Roles*, 42, 637-660. doi: 10.1023/A:1007051506972
- Pulerwitz, J., Izazola-Licea, J.A. y Gortmaker, S.L. (2001). Extrarelational Sex Among Mexican Men and Their Partners' Risk of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases. *American Journal of Public Health*, 91, 1650-1652. doi: 10.2105/AJPH.91.10.1650
- Quinn, T.C. y Overbaugh, J. (2005). HIV/AIDS in women: an expanding epidemic. *Science*, 308, 1582-3. doi: 10.1126/science.1112489
- Raiford, J.L., Seth, P. y DiClemente, R.J. (2013). What girls won't do for love: Human immunodeficiency virus/sexually transmitted infections risk among young

- African-American women driven by a relationship imperative. *Journal Adolescent Health*, 52, 566-71. doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.006.
- Raiford, J.L., Seth, P., Braxton, N. y DiClemente, R.J. (2013). Masculinity, condom use self-efficacy and abusive responses to condom negotiation: the case for HIV prevention for heterosexual African-American men. *Sexual Health*, 10, 467-469. <http://dx.doi.org/10.1071/SH13011>
- Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2013). Power dynamics in adolescent couple relationships and risk of sexually transmitted infections and HIV. *Current HIV Research*, 11, 536-542. doi: 10.2174/1570162X12666140129104001
- Redondo Figuero, C. y Viadero Ubierna, M.T. (2008). Enfermedades de transmisión sexual. En C. Redondo Figuero, G. Galdó Muñoz y M. García Fuentes (Eds.), *Atención al adolescente* (pp. 325-331). Santander: PubliCan.
- Roberts, L., Liebenberg, L., Barnabas, S., y Passmore, J.A. (2012). Vaginal microbicides to prevent human immunodeficiency virus infection in women: perspectives on the female genital tract, sexual maturity and mucosal inflammation. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 26, 441-449. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2012.02.002
- Rosenthal, L. y Levy, S. R. (2010). Understanding women's risk for HIV infection using social dominance theory and the four bases of gendered power. *Psychology Women of Quarterly*, 34, 21-35. doi: 10.1111/j.1471-6402.2009.01538.x
- Rubtsova, A., Wingood, G.M., Dunkle, K., Camp, C. y DiClemente, R.J. (2013). Young Adult Women and Correlates of Potential Adoption of Pre-exposure Prophylaxis (PrEP): Results of a National Survey. *Current HIV Research*, 7, 543-548. doi: 10.2174/1570162X12666140129104952
- Rudy, E.T., Newman, P.A., Duan, N., Kelly, E.M., Roberts, K.J. y Seiden, D.S. (2005) HIV vaccine acceptability among women at risk: Perceived barriers and facilitators to future HIV vaccine uptake. *AIDS Education and Prevention*, 17, 253-267.
- Ruiz-Canela, M., López-del Burgo, C., Carlos, S., Calatrava, M., Osorio, A. y de Irala, J. (2012). Familia, amigos y otras fuentes de información asociadas al inicio de las relaciones sexuales en adolescentes de El Salvador. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 31, 54-61. doi: 10.1590/S1020-49892012000100008

- Sales, J.M., DiClemente, R.J., Brody, G.H., Philibert, R.A. y Rose, E. (2014). Interaction Between 5-HTTLPR Polymorphism and Abuse History on Adolescent African-American Females' Condom Use Behavior Following Participation in an HIV Prevention Intervention. *Prevention Science*, 15, 257-267. doi: 10.1007/s11121-013-0378-6
- Sampedro, P. (2005). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso*, 45. Disponible en: <http://www.pensamientocritico.org/pilsan0505.htm>
- Seth, P., DiClemente, R.J., Lovvorn, A.E. (2013). State of the evidence: Intimate partner violence and HIV/STI risk among adolescents. *Current HIV Research*, 11, 528-535. doi: 10.2174/1570162X12666140129103122
- Seth, P., Patel, S.N., Sales, J.M., DiClemente, R.J., Wingood, G.M. y Rose, E. (2009). Psychological distress as a correlate of a biologically confirmed STI, risky sexual practices, self-efficacy and communication with males sex partners in African-American female adolescents. *Psychology, Health & Medicine*, 14, 291-300. doi: 10.1080/13548500902730119
- Shain, R.N., Piper, J.M., Newton, E.R., Perdue, R.T., Ramos, R., Champion, J.D. y Guerra, F.A. (1998). A randomized, controlled trial of a behavioral intervention to prevent sexually transmitted disease among minority women. *The New England Journal of Medicine*, 340, 93-100. doi: 10.1056/NEJM199901143400203
- Sharkey, D.J., Tremellen, K.P., Jasper, M.J., Gemzell-Danielsson, K. y Robertson, S.A. (2012). Seminal fluid induces leukocyte recruitment and cytokine and chemokine mRNA expression in the human cervix after coitus. *The Journal of Immunology*, 188, 2445-2454. doi: 10.4049/jimmunol.1102736
- Sharma, M. (2002). *Youth for each other programme: Rapid impact assessment. Nepal Red Cross Society Junior/Youth Department HIV/AIDS Prevention Programme. Nepal: Centre for Development and Population Activities.*
- Silverman, EA. (2013). Adolescent sexual risk-taking in a psychosocial context: Implications for HIV prevention. *HIV Clinician*, 25, 1-5.
- Slater, C. y Robinson, A.J. (2014). Sexual health in adolescents. *Clinics in Dermatology*, 32, 189-195. doi: 10.1016/j.clindermatol.2013.08.002
- Smith, J., Welsh, D. y Fite, P. (2010). Adolescents' relational schemas and their subjective understanding of romantic relationship interactions. *Journal of Adolescence*, 33, 147-157. doi: 10.1016/j.adolescence.2009.04.002

- Speizer, I.S. Oleko-Tambashe, B. y Tegang, S.P. (2001). An evaluation of the “Entre Nous Jeunes” peer-educator program for adolescents in Cameroon. *Studies in Family Planning*, 32, 339-351.
- Staras, S.A.S., Livingston, M.D., Maldonado-Molina, M.M. y Komro, K.A. (2014). The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 742-748. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.06.020
- Swartzendruber, A., Brown, J.L., Sales, J.M., Murray, C.C. y Diclemente, R.J. (2012). Sexually Transmitted Infections, Sexual Risk Behavior, and Intimate Partner Violence among African American Adolescent Females with a Male Sex Partner Recently Released from Incarceration. *Journal of Adolescent Health*, 51,156-163. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2011.11.014
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-484. doi: 10.1017/S1138741600001852
- Teva, I., Bermúdez, M.P., Ramiro, M.T. y Ramiro-Sánchez, T. (2013). Sexual behavior and adolescents. *Current HIV Research*, 11, 512-519.
- Thigpen, M.C, Kebaabetswe, P.M., Paxton, L.A., Smith, D.K., Rose, C.E., Segolodi, T.M., ...Brooks, J.T. (2012). Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England Journal Medicine*, 367, 423-434. doi: 10.1056/NEJMoa1110711
- Thurman, A.R. y Doncel, G.F. (2011). Innate immunity and inflammatory response to *Trichomonas vaginalis* and bacterial vaginosis: relationship to HIV acquisition. *American Journal of Reproductive Immunology*, 65, 89-98. doi: 10.1111/j.1600-0897.2010.00902.x.
- Træen, B. y Gravningen, K. (2011). The Use of Protection for Sexually Transmitted Infections (STIs) and Unwanted Pregnancy among Norwegian Heterosexual Young Adults 2009. *Sexuality & Culture*, 15, 195-212. DOI 10.1007/s12119-011-9090-5
- UNAIDS (2013).*Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf

- Vannier, S.A. y O'Sullivan, L.F. (2012). Who gives and who gets: why, when and with whom young people engage in oral sex. *Journal Youth Adolescence*, 41, 572-582. doi: 10.1007/s10964-012-9745-z
- Voisin, D.R., Tan, K. y Diclemente, R.J. (2013). A longitudinal examination of the relationship between sexual sensation seeking and STI-related risk factors among African American females. *AIDS Education and Prevention*, 25, 124-134. doi: 10.1521/aeap.2013.25.2.124
- Wang, B., Stanton, B., Chen., X., Li, X., Dinaj-Koci, V., Brathwaite, N., ...Lunn, S. (2013). Predictors of Responsiveness Among Early Adolescents to a School-Based Risk Reduction Intervention Over 3 Years. *AIDS Behavior*, 17, 1096-1104. doi:10.1007/s10461-012-0144-y
- Wang, L.Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K. y Baumler, E. (2000). Economic evaluation of Safer Choices: a school-based human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy prevention program. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 154, 1017-1024.
- Weeks, M.R., Coman, E., Hilario, H., Li, J. y Abbott, M. (2013). Initial and sustained female condom use among low-income urban U.S. women. *Journal Womens Health*, 22, 26-36. doi: 10.1089/jwh.2011.3430.
- Whiteley, L.B., Mello, J., Hunt, O. y Brown, L.K. (2012). A review of sexual health Web sites for adolescents. *Clinical Pediatrics*, 5, 209-213. doi: 10.1177/0009922811423311
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Helms, S.W., Golin, C.E. y Prinstein, M.J. (2014). Document Sexual Communication Between Early Adolescents and Their Dating Partners, Parents, and Best Friends. *Journal of Sex Research*, (en prensa). doi:10.1080/00224499.2013.843148
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (2000). Application of the theory of gender and power to examine HIV-related exposures, risk factors and effective interventions for Women. *Health Education y Behavior*, 27, 539-565. doi:0.1177/109019810002700502
- Wingood, G.M., DiClemente, R.J., Villamizar, K., Er, D.L., DeVarona, M., Taveras, J., ...Jean, R. (2011). Efficacy of a Health Educator-Delivered HIV Prevention Intervention for Latina Women: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Public Health*, 101, 2245-2252. doi: 10.2105/AJPH.2011.300340

- Wingood, G.M., Reddy, P., Lang, D., Saleh-Onoya, D., Braxton, N., Sibusiso, S., y DiClemente, R. J. (2013). Efficacy of SISTA South Africa on Sexual Behavior and Relationship Control Among isiXhosa Women in South Africa: Results of a Randomized-Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(Supl 1), 59-65. doi: 10.1097/QAI.0b013e31829202c4
- Wira, C.R., Fahey, J.V., Ghosh, M., Patel, M.V., Hickey, D.K. y Ochiel, D.O. (2010). Sex hormone regulation of innate immunity in the female reproductive tract: the role of epithelial cells in balancing reproductive potential with protection against sexually transmitted pathogens. *American Journal of Reproductive Immunology*, 63, 544-565. doi: 10.1111/j.1600-0897.2010.00842.x
- Wira, CR, Patel, M.V., Ghosh, M., Mukura, L. y Fahey, J.V. (2011). Innate immunity in the human female reproductive tract: endocrine regulation of endogenous antimicrobial protection against HIV and other sexually transmitted infections. *American Journal of Reproductive Immunology*, 65, 196-211. doi: 10.1111/j.1600-0897.2011.00970.x.
- Wisnieski, D., Sieving, R.E. y Garwick, A.W. (2013). Influence of peers on young adolescent females' romantic decisions. *American Journal of Health Education*, 44, 32-40. doi: 10.1080/19325037.2012.749716
- Wood, E.B., Hutchinson, M.K., Kahwa, E., Hewitt, H. y Waldron, N. (2011). Jamaican adolescent girls with older male sexual partners. *Journal of Nursing Scholarship*, 43, 396-404. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01418.x
- World Health Organization [WHO]. (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva N°345. Agosto de 2011.* Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Wu, E., El-Bassel, N., Witte, S.S., Gilbert, L. y Chang, M. (2003). Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS Behavior*, 7, 291-301.
- Zangao, M.O.B. y Sim-Sim, M.M. (2011). Sexual double standard and affective-sexual behaviors in adolescence. *Journal of Nursing UFPE on line*, 5, 328-335. doi: 10.5205/01012007
- Zaw, P.P.T., Liabsuetrakul, T., McNeil, E. y Htay, T.T. (2013). Gender differences in exposure to SRH information and risky sexual debut among poor Myanmar youths. *BMC Public Health*, 13, 1122. doi:10.1186/1471-2458-13-1122

