

¿Qué opinan profesionales y jóvenes sobre las intervenciones para la prevención de la transmisión sexual del VIH y del consumo de drogas? (*)

Jorge Marcos Marcos¹, Ainhoa Rodríguez García de Cortázar², Mariano Hernán García^{2,3}, José M^a García Calleja⁴ y Andrés Cabrera León³.

¹ Departamento de Antropología y Trabajo Social de la Universidad de Granada. Granada. España.

² Observatorio de la Infancia en Andalucía. Fundación Andaluza de Servicios Sociales. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Granada. España.

³ Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Granada. España.

⁴ Departamento de Medición y Sistemas de Información (EIP/MHI unit) de la Organización Mundial para la Salud (WHO). Ginebra. Suiza.

(*) Este trabajo ha sido financiado por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, con expediente n° 135/02 (BOJA n° 7, Sevilla 13 de enero de 2003, páginas 698-705) y por la Fundació Barcelona SIDA 2002 en su convocatoria de 2003.

Resumen

El objetivo de este artículo es analizar las opiniones de adolescentes, jóvenes y profesionales que trabajan en contacto directo con estas poblaciones sobre las intervenciones para la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del consumo de drogas.

Para ello se ha empleado una metodología descriptiva cualitativa. Se han analizado 21 entrevistas semiestructuradas a profesionales y jóvenes informantes claves, además de 14 grupos focales con adolescentes y jóvenes. Los resultados fueron triangulados aplicando un análisis cruzado entre investigadores.

El análisis se organiza en torno a 3 temáticas fundamentales: los modelos y metodologías de intervención; las instituciones responsables y los lugares desde los que se interviene; y las estrategias de comunicación, los mensajes y el público al que se dirigen. En cada una de ellas, se articulan una serie de discursos de profesionales y jóvenes participantes en la investigación, en los que se exponen y razonan necesidades y cambios deseables en el ámbito preventivo, así como se vislumbran significados atribuidos a aspectos relacionados con el VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual y el consumo de drogas, que pueden ayudar a una mejor comprensión de determinadas situaciones del ámbito preventivo actual.

— Correspondencia a:

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar. Observatorio de la Infancia en Andalucía
C/ Paseo de los Coches s/n Tfn: 958029760 Fax: 958 029 775
Correo electrónico: ainhoa.rodriguez @juntadeandalucia.es



Palabras Clave

Adolescente, Educadores en Salud, Conducta Sexual, Educación Sexual, VIH, Condones, Trastornos Relacionados con Sustancias, Investigación Cualitativa.

Summary

The objective of this article is to analyze the opinions of adolescents, young and professionals that work in direct contact with these populations about preventive interventions on sexual transmission of HIV and on recreational drugs use or abuse.

A descriptive qualitative research was made. It has been analyzed 21 interviews semi-structured to professionals and young key informants and 14 focal groups with adolescent and young people. The results were triangulated using a crossed analysis among researchers.

The analysis has been structured around three central themes: the models and intervention methodologies; the responsible institutions and the places to intervention; and the communication strategies, the messages and the target population of the intervention. In these, professionals and young people expose their ideas about the necessities and desirable changes in drug prevention or HIV prevention activities. Also, they explain the meanings that attribute to the STD/HIV/AIDS and the consumption of drugs. All of this can help to improve the understanding of certain situations in the field of preventive programmes.

Key Words

Adolescent, Health Educators, Sexual Behavior, Sex Education, HIV, Condoms, Substance-Related Disorders, Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

Según el informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA) sobre el estado de la epidemia en el mundo durante el 2004, los jóvenes entre 15 y 24 años no sólo son la mayor esperanza para darle la vuelta a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), sino que también son los más amenazados, representando en el mundo la mitad de los nuevos casos de infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)¹.

La adolescencia y juventud es una etapa crucial en los procesos de búsqueda de una identidad. Además, a estas edades se suelen dar los procesos de inicio al consumo de sustancias psicoactivas^{2,3}. El uso de drogas en las sociedades actuales constituye un fenómeno complejo que debe ser comprendido bajo el ángulo de las interacciones entre el individuo, la sustancia y el contexto socio-cultural y legal en que se produce el consumo⁴.

Igualmente, para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH a estas eda-



des, hay que ser consciente de que exponerse al "riesgo" que supone mantener relaciones sexuales sin preservativo u otras barreras depende de múltiples factores⁵, y además, la percepción del riesgo es relativa. Lo que se considera riesgo desde determinados sectores sociales, no es visto en el mismo grado o como tal riesgo desde otros.

Diferentes investigaciones muestran que un comportamiento de riesgo suele estar asociado con otras conductas arriesgadas o menos aceptadas socialmente^{6,7,8}. En este sentido, Rolf et al. hallan correlaciones significativas entre los niveles de consumo de drogas y las barreras actitudinales y conductuales a los programas de prevención del VIH/SIDA⁹. Si bien el debate sobre la relación entre el consumo de drogas no inyectadas y las conductas sexuales de riesgo no está cerrado^{10,11}, organismos internacionales como la Organización Mundial para la Salud (OMS) y el ONUSIDA han trabajado conjuntamente para mejorar las intervenciones preventivas sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH¹².

Desde el modelo de creencias en salud de Becker, Rosenstock y Janz hasta el modelo PRECEDE de Green, pasando por la teoría del aprendizaje de Bandura o el modelo transteorético del cambio de Prochaska y Diclemente, numerosos son los marcos teóricos que sustentan las intervenciones para la prevención de la transmisión sexual del VIH o para facilitar cambios conductuales hacia hábitos más saludables, tal y como revisan diferentes trabajos^{13,14}.

El objetivo de este artículo es analizar las opiniones de jóvenes y profesionales que trabajan con estos grupos de edad sobre las intervenciones para la prevención de los

comportamientos sexuales de riesgo y del consumo o abuso de sustancias psicoactivas. Con ello se pretende contribuir a la reflexión y proporcionar algunas recomendaciones prácticas para trabajar localmente en la prevención de estas conductas con adolescentes y jóvenes, como forma de mejorar el rendimiento y la asimilación de los contenidos a desarrollar en dichas intervenciones.

MÉTODOS

Los resultados expuestos en este artículo forman parte de un estudio descriptivo y transversal de tipo cualitativo más amplio¹¹. El trabajo de campo ha sido llevado a cabo entre los meses de octubre de 2003 y mayo de 2004, durante los cuales se realizaron 14 grupos focales con jóvenes de 16 a 29 años de edad (tabla 1) y 21 entrevistas semiestructuradas; 14 de las cuales fueron realizadas a profesionales del ámbito educativo, sanitario o asociativo que trabajan diariamente con adolescentes y jóvenes (tabla 2a) y 7 entrevistas a jóvenes seleccionados en función de un perfil previamente establecido (tabla 2b).

Para explorar la opinión de los jóvenes se eligieron el grupo focal y la entrevista semiestructurada; para conocer la visión de los profesionales se realizaron entrevistas semiestructuradas. Se manejaron dos tipos de técnicas con el fin de contrastar por la vía instrumental los datos obtenidos, reforzando la verificabilidad por medio de la triangulación. Asimismo se entrevistó a jóvenes y a profesionales con el fin de buscar la redundancia en los discursos de ambos perfiles, con lo cual se pretende abundar en la contrastabilidad de los datos con el fin de ser triangulados.

Los criterios generales de inclusión en los grupos focales han sido tener entre 16 y 29



años, ser consumidor de sustancias psicoactivas y mantener o haber mantenido relaciones sexuales, distribuyéndose los segmentos de población a estudiar según los perfiles establecidos (tabla 1).

Los criterios generales de segmentación fueron el sexo/género, las diferencias étnicas, de edad y de hábitos de consumo de drogas, distribuyéndose los segmentos de población a estudiar según los perfiles establecidos. El interés que suscita captar las posibles diferencias discursivas en función de si es un grupo de varones, o de mujeres, o uno mixto ha hecho que se opte por esta variable. Asimismo, se decidió segmentar por pertenencia poblacional o étnica debido a las diferencias socioculturales de la comunidad gitana -o de zonas con alta concentración de esta población-, especialmente en lo relativo a las relaciones sexuales y al significado que, según otros estudios^{15, 16}, parece atribuirse al VIH, y en parte, a las pautas de consumo de sustancias¹⁷. Por otro lado, la ilegalización de determinadas sustancias y el rechazo social de quienes las consumen, puede hacer que estos usuarios prefieran no hablar en presencia de no consumidores de dichas drogas. Es por ello que se decidió segmentar esta variable en dos grupos: aquellas personas que consumen alcohol y/o cannabis -ya que el consumo de esta sustancia está cada vez más normalizado socialmente-, y aquellas que consumen, además de alguna de las anteriores, otras drogas como cocaína, éxtasis o MDMA, speed, ketamina, opio, heroína no inyectada, LSD, hongos alucinógenos o psicofármacos no prescritos. Por último, se ha procurado acceder a adolescentes y jóvenes de distintas clases sociales, controlando la procedencia urbana (zona centro / barrios en riesgo de exclusión social) y el nivel de instrucción.

Se realizó un grupo focal piloto para aplicar las modificaciones pertinentes al diseño inicial, mejorar el guión y cerrar los criterios de segmentación. En dicho grupo las diferencias de edad funcionaron como diferencias de poder-conocimiento. En concreto, alguna de las personas más jóvenes declaró sentirse cohibida a la hora de hablar en presencia de mayores, por lo que se revalidó la elección de la edad como un criterio de segmentación clave^a. Además, la heterosexualidad mayoritaria en este grupo piloto condicionó las intervenciones discursivas de mujeres con otra orientación sexual, lo que determinó la inclusión en el diseño de un grupo compuesto exclusivamente por jóvenes lesbianas.

La captación se realizó fundamentalmente solicitando a mediadores a que invitasen a participar en la investigación a otras personas que conocieran y cumplieran con el perfil establecido, de esta manera, se han ido relacionando contactos entre redes de informantes clave vinculadas con el mundo adolescente y juvenil (muestreo por referencia en cadena o "bola de nieve"¹⁸). También se ha contado con la colaboración de profesionales de centros educativos, de escuelas taller y de asociaciones juveniles para adolescentes en riesgo de exclusión social.

Las moderaciones de los grupos focales fueron dirigidas por dos personas sociólogas y una antropóloga del equipo de investigación, además de una socióloga y dos animadoras socioculturales debidamente entrenadas por dicho equipo, con el fin de homogeneizar cri-

^a Por otro lado, se pretendía explorar la influencia de las campañas de prevención del contagio sexual del VIH y las posibles diferencias entre aquellas generaciones que han vivido con estas intervenciones desde la infancia y aquellas que ya tenían relaciones sexuales cuando supieron de la existencia del SIDA.



Tabla 1. Perfil de los grupos focales realizados

código grupo	sexo etnia	edad	drogas consumidas	formación académica	situación laboral
G01	Mujeres y hombres no gitanos	18-29	A	Variada, mayoría universitarios/as	Mayoría no trabaja algunos/as trabajo temporal
G02	Hombres y mujeres no gitanos	25-29	B	Variada, mayoría no universitaria	Trabajo no cualificado
G03	Mujeres y hombres no gitanos	18-24	B	Variada; universidad y estudios artísticos	Trabajo no cualificado
G04	Mujeres no gitanas	18-24	A	Universitarias y estudiantes de FP.	Mayoría no trabaja algunas trabajo temporal
G05	Mujeres no gitanas	16-17	A	Estudiantes de ESO, bachiller y Planes de Garantía social	Mayoría no trabaja
G06	Hombres no gitanos	16-17	A	ESO y bachiller	Mayoría no trabaja
G07	Mujeres gitanas	18-24	A	Escuela taller	Trabajo no cualificado
G08	Hombres mayoría no gitanos	18-24	B	Escuela taller	Albañilería
G09	Hombres no gitanos	18-24	A	Escuela taller	Electricidad, carpintería, fontanería.
G10	Mujeres no gitanas	18-24	B	Bachiller y universitarias	Mayoría no trabaja
G11	Hombres gitanos	18-24	B	Primaria y algún analfabeto	Construcción y campo
G12	Hombres gitanos	16-17	A	Mayoría en ESO	Mayoría no trabaja
G13	Mujeres gitanas	16-17	A	Escuela taller	Electricidad, carpintería, fontanería
G14	Mujeres lesbianas	18-24	A	Universitarias	Trabajo no cualificado

A. Tabaco, alcohol y/o cannabis fundamentalmente.

B. Otras drogas además de alcohol y/o cannabis: éxtasis, cocaína, speed, ketamina, hongos alucinógenos, heroína fumada.



terios para la moderación, y con instrucciones precisas sobre el modo de aplicación de la técnica. Fueron profesionales de etnia gitana para los grupos de población gitana, mujeres para los grupos mixtos y varones para los grupos de varones.

El guión de los grupos se iniciaba con una pregunta de carácter general aludiendo a la relación entre la salud y las drogas. A continuación incluía una serie de cuestiones sobre las relaciones sexuales bajo los efectos de cada una de las sustancias recreativas, el uso o no uso de preservativos u otras prácticas seguras en estas situaciones, las relaciones de poder y los miedos a la hora de negociar las prácticas sexuales, las medidas empleadas para evitar riesgos sexuales, los factores o motivaciones que -en su opinión- pueden intervenir en el uso o no de preservativos y otras barreras, los roles sociales de género y, por último, el análisis de las intervenciones para la prevención de la transmisión sexual del VIH y del uso de drogas.

Con el fin de contextualizar cada grupo y conocer más detalladamente los perfiles de los participantes, al final de cada sesión se entregó a las personas participantes un cuestionario anónimo. Mediante éste se recogieron datos sociodemográficos, hábitos de uso de drogas recreativas, referentes de consumo en el entorno, tipos de relaciones sexuales, nivel de uso de preservativos u otras barreras y referentes de conductas sexuales de riesgo.

Para la realización de las entrevistas a profesionales se ha trabajado con guiones adaptados a las diferentes especialidades y ámbitos de trabajo a los que pertenecen, como forma de acercamiento a la actividad que cada cual desarrolla y al tipo de jóvenes con los que intervienen.

Todos los grupos focales y las entrevistas fueron grabados y transcritos de forma literal por personal ajeno a la investigación.

Se ha llevado a cabo un análisis de contenido descriptivo de la información codificada. Dicha codificación de los discursos obtenidos ha sido llevada a cabo por varios miembros del equipo investigador de manera independiente como forma de triangular el proceso de análisis, facilitando la contrastabilidad y obteniendo los datos realmente redundantes. Las categorías o subcategorías que han surgido durante el proceso se han ido incorporando al análisis. Para la codificación y tratamiento de la información según el modelo de análisis (tabla 3), se ha utilizado el programa Atlas.ti 4.2¹⁹.

La participación de las personas entrevistadas ha sido voluntaria, suministrándoles toda la información requerida acerca de la investigación, así como información sobre prevención de ITS/VIH/SIDA y drogas en caso de que lo hayan solicitado.

La información facilitada está sujeta a las especificaciones de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y sus modificaciones posteriores. La Escuela Andaluza de Salud Pública y la Fundación Andaluza de Servicios Sociales aseguran la confidencialidad y privacidad de los datos solicitados.

RESULTADOS

La exposición de resultados se presenta en torno a tres epítomes en los que se insertan referencias a discursos relevantes, sustentados en la redundancia del contenido de los textos analizados, en la investigación (tablas 4a, 4b, 4c).



Sobre modelos y metodologías de intervención

Los profesionales que trabajan con jóvenes al hablar de las principales actividades preventivas desarrolladas, se refieren principalmente a las charlas expositivas y/o a la distribución de materiales, ya sean preservativos o guías-folletos informativos. Fórmulas informativas-formativas consideradas por todos ellos como necesarias, por cuanto de sus opiniones se desprende la existencia de un gran número de adolescentes y jóvenes con los que tratan, que consideran seguras prácticas sexuales que entrañan riesgo de contraer ITS/VIH/SIDA (Texto 1). Ello se pone también de manifiesto en los grupos focales y entrevistas llevadas a cabo con jóvenes, en los que junto a la existencia de individuos informados, coexisten otras personas que muestran desconocimientos y/o dudas sobre

las consecuencias de determinadas prácticas sexuales, siendo especialmente relevante en el caso de las prácticas buco-genitales (Texto 2). En cualquier caso, los profesionales consultados recalcan la idea de que la información de por sí no es suficiente. Consideran que es necesaria, de forma paralela, una formación en habilidades sociales, que les permita a adolescentes y jóvenes, no sólo aprender a negociar la utilización del preservativo o a hacer de su uso un hábito, sino también, a formar en estrategias prácticas para no perder el control ante la excitación (Texto 3).

Las consideraciones al preservativo cobran especial relevancia, en primer lugar, cuando los jóvenes declaran que el objetivo del consumo de alcohol, especialmente, es precisamente perder la conciencia de lo que se hace, lo que unido a la percepción de pérdida de sensibili-

Tabla 2 a. Perfiles de los profesionales entrevistados

Entrevistas	Perfil profesional
E01	Experto/a en jóvenes y sexólogo/a en un centro de ITS
E02	Teléfono de información sexual para jóvenes de Andalucía
E03	Informador/a juvenil y sociólogo/a
E04	Animador/a sociocultural con jóvenes gitanos
E05	Coordinador/a de un centro juvenil de orientación para la salud
E06	Representante de asociación sexológica y psicólogo/a
E07	Educador/a de barrio popular
E08	Agente de salud en barrio popular y ex-voluntario/a de un comité antisida
E09	Psicólogo/a y docente en talleres sobre "sexo seguro"
E10	Docente en talleres para adolescentes y jóvenes en el programa "mejor sin alcohol"
E11	Educador/a de calle
E12	Voluntario/a con jóvenes gitanos/as
E13	Mediador/a intercultural
E14	Representante comisionado drogas andaluz



Tabla 2 b. Perfiles de los jóvenes entrevistados

Entrevistas	Perfil de los profesionales clave
e01	Joven VIH(+) por transmisión sexual.
e02	Joven camarero/a de noche, consumidor/a habitual de alcohol, cannabis, y ocasionalmente, de otras drogas.
e03	Joven no consumidor/a de ninguna droga.
e04	Joven consumidor/a habitual de speed, MDMA y ocasionalmente de otras drogas.
e05	Joven usuario/a de alcohol y drogas de síntesis.
e06	Joven homosexual policonsumidor/a.
e07	Joven homosexual consumidor/a moderado/a de alcohol y otras drogas.

dad sexual producto del uso de preservativos, lleva a algunos de los jóvenes participantes en la investigación a justificar su no utilización en esas circunstancias (Texto 4). Por otro lado, aunque una opinión común a los distintos grupos focales y entrevistas a jóvenes analizadas expresa que las drogas “hacen que dé todo más igual en un momento dado”, para algunos de los jóvenes consultados el consumo de drogas no incrementa el riesgo de no usar preservativos. Se han recogido opiniones que relacionan el consumo de sustancias psicoactivas con prácticas seguras de cara a las ITS/VIH/SIDA, ya sea porque dicho consumo reduce el deseo sexual, ya sea porque dificulta la relación o porque bajo dichas condiciones, se evita tener una relación sexual (Texto 5). Más que las drogas consumidas, se identifica el “calentón”, acompañado por una falta de preservativos, como lo que les ha hecho asumir más riesgos de contraer ITS/VIH/SIDA en una relación sexual. De ahí la importancia, según los profesionales consultados, de trabajar en intervenciones conducentes a desarrollar estrategias de mejora del control en situaciones de excitación sexual. A esto habría que unir, la

idoneidad de proporcionar a adolescentes y jóvenes una formación más completa a través de la búsqueda de una mayor implicación y experimentación de estos en los contenidos a desarrollar; tal y como se desprende no sólo del discurso de algunos profesionales (Texto 6), sino también, de la gran valoración que los jóvenes consultados hacen de las intervenciones más directas y personalizadas (Texto 7).

La necesidad de erradicar los contenidos prohibitivos en las campañas de prevención del consumo de drogas ha sido una de las ideas más presentes en los grupos focales y entrevistas llevadas a cabo con jóvenes, junto con el posicionamiento mayoritario a favor de una perspectiva de reducción de daños, por proporcionar la percepción de que lo que se pretende es que en caso de consumo de drogas, se conozcan una serie de medidas para que los efectos de dicho consumo sean lo menos nocivos posibles (Texto 8). Buena parte de los profesionales consultados trabajan, por considerarlo igualmente acertado, desde políticas de prevención del consumo abusivo y/o reducción de daños (Texto 9).



Tabla 3. Dimensiones y subdimensiones de análisis

Dimensiones	Subdimensiones		
VIH Y OTRAS ITS	Información sobre VIH		
	Percepción del VIH		
	Relación sexualidad – VIH	Prácticas que incrementan el riesgo	
		Prácticas consideradas seguras	
		Métodos de prevención	
	Prevención VIH	Intervenciones	
Obstáculos a la prevención			
	Diferencias de género en relación transmisión sexual de ITS/VIH	Información sobre prevención	
DROGAS RECREATIVAS	Salud y drogas		
	Prevención drogas	Intervenciones	
		Obstáculos a la prevención	
		Información sobre prevención	
	Género y drogas		
RELACIONES SEXUALES	Problemas percibidos		
	Tipo de parejas sexuales		
	Educación sexual		
	Comunicación / negociación		
	Sexo oral / anal		
	Relaciones sexuales y género		
RIESGO SEXO DROGAS	Relación drogas / sexo inseguro		
	Relación drogas / sexo seguro		
	Otros factores de riesgo	Disponibilidad de preservativo	
		Confianza en la pareja	
		Enamoramiento	
		Deseo “irrefrenable”	
Género riesgo sexo drogas			
Normas sociales sexo drogas			
JUVENTUD ADOLESCENCIA	Estereotipos, creencias		



Sobre las instituciones responsables y los lugares desde los que se interviene

En lo que a prevención de las ITS/VIH/SIDA se refiere, los profesionales consultados

plantean la necesidad de que haya mayor coordinación entre los distintos organismos responsables, así como más respaldo institucional para la realización de determinadas intervenciones (Texto 10). Asimismo, opinan

Tabla 4 a. “Dichos” (textos) clave en el análisis cualitativo. Sobre modelos y metodologías de intervención

Texto	Referencia	Dichos
Nº 1	E01	“muchos ni lo saben (...) se quedan super asombrados cuando el mismo (plástico) éste de cocina, digo ‘-esto está muy a mano, en todas las casas lo hay’, y se quedan como diciendo, ‘-¿de qué vas?’”
Nº 2	G01	“Yo pensaba que con el sexo oral no tenías posibilidad de contagio ante el SIDA, porque los flujos al estar en contacto con el aire ¿no? (...)”
Nº 3	E05	“tenemos que seguir diciendo que tienen que usar el preservativo, evidentemente, pero además, tenemos que hacer algo más (...) cuando les viene el calenturón, como te dicen, es que se les va la olla (...) pues está claro donde hay que intervenir ¿no? (...) tendremos que trabajar para que sepan controlar eso”
Nº 4	G08	“ya sin condón no te corres, pues imagínate con condón que todavía sientes menos”
Nº 5	G02	“alcohol y drogas hacen que quieras ligar, pero en exceso te lo impiden”
Nº 6	E06	“la información sola no cambia. Entonces ¿qué es lo que cambia los hábitos? Pues un hábito lo cambia primero, un tipo de intervención: manipulación, coger el preservativo, desenrollarlo, colocarlo, estirarlo, inflarlo, reírte, jugar al baloncesto con él, a los globitos; eso cambia los hábitos”
Nº 7	G03	“(…) echabas papelitos con preguntas, y luego las leían y las respondían. Eso esta muy bien, cuando es una cosa que te da corte preguntar”
Nº 8	G10	“no me vengas con el rollo de que estamos ciegos, porque no lo estamos (...) dime por lo menos que no me meta tanto, que no abuse”
Nº 9	E14	“Y todos esos programas tienen primero como objetivo (...) o que tú empieces a consumir cuanto más tarde mejor, porque más maduro eres (...) y si consumes, y ese consumo es esporádico, evitar que ese consumo esporádico o que puede ser habitual, se transforme en una drogodependencia”



que en los últimos años se ha reducido el número de campañas (Texto 11), percepción compartida por la mayoría de los jóvenes participantes en la investigación, quienes además, han hecho referencias al bajo nivel de asimilación de los mensajes preventivos transmitidos desde las instituciones, algo relacionado para gran parte de los jóvenes consultados con la percepción de estar recibiendo información poco verídica y objetiva o mensajes prohibitivos, aunque también se han aducido otras explicaciones, como por ejemplo, que el nivel de sobreinformación al que se está sometido en nuestra sociedad actual hace que se desarrollen mecanismos de discriminación que reducen la recepción de información, algo que también afecta a los mensajes preventivos del consumo de drogas e ITS (Texto 12).

La determinación del lugar adecuado para la realización de las intervenciones es una preocupación común a los profesionales que trabajan en zonas vulnerables o en riesgo de exclusión social. En general, los centros educativos son vistos como espacios relevantes para llevar a cabo intervenciones preventivas tanto de las ITS/VIH/SIDA como del abuso de drogas. Sin embargo, la generalización en la utilización del ámbito educativo, según sus opiniones, no resuelve el acceso y cobertura a toda la población adolescente y juvenil, en concreto aquella que no está escolarizada o que no acude a los centros educativos de forma regular y/o normalizada (Texto 13). Por otro lado, el desarrollo de campañas preventivas a través de los centros de salud tampoco garantiza el acercamiento a todas las poblaciones jóvenes según los profesionales. Consideran que a estas edades se hace muy poco uso de los mismos (Texto 14). Los jóvenes participantes en la investigación, también

hablan de la necesidad de proporcionar más información en puntos clave, considerando como tales, a botellones, pubs o discotecas. Los centros educativos también son vistos como lugares apropiados para llevar a cabo intervenciones preventivas, sin embargo, en ningún momento se ha aludido en el seno de los grupos focales y entrevistas efectuadas a jóvenes, a los centros de salud como fuentes idóneas de prevención.

También hay que aludir a la familia como institución clave en la tarea preventiva, tal y como se ha apuntado desde la mayor parte de los grupos focales y entrevistas efectuadas a los jóvenes participantes en la investigación. De esta manera, aunque se han encontrado algunas opiniones que muestran cierta apertura y confianza para hablar de educación sexual en el seno familiar, gran parte de los enunciados denotan ausencia de comunicación respecto a estos temas, idea corroborada también por los profesionales entrevistados (Texto 15). No en vano, desde el punto de vista de la prevención, las opiniones de los profesionales vislumbran la necesidad de potenciar la educación sexual a padres y madres mucho más de lo que se está haciendo en la actualidad, como forma de proporcionarles mecanismos que les ayuden a tratar con sus hijos/as estos temas de una forma más normalizada. De esta manera, como apuntan los profesionales consultados y como se aprecia también en los discursos juveniles recogidos, el grupo de iguales es considerado la fuente de información más influyente entre los adolescentes y jóvenes participantes en la investigación (Texto 16), lo que, según los profesionales, es sinónimo todavía de divulgación de ideas que incrementan el riesgo de transmisión de ITS/VIH/SIDA, así como de mitos acerca de la simbiosis de determinadas sustancias psicoactivas con el sexo.



Tabla 4 b. “Dichos” (textos) clave en el análisis cualitativo.
Sobre las instituciones y lugares desde los que se interviene

Texto	Referencia	Dichos
Nº 10	E03	“(…) no tenemos ningún respaldo institucional (…) conocemos el problema, pero se lo pasas a servicios sociales, servicios sociales dicen que eso no es de su competencia, el CPD atiende casos muy determinados, muy límites (…) a mí me han intentado denunciar porque damos condones en el centro ¿no? y mi Ayuntamiento no ha tirado para adelante diciendo a esa asociación de vecinos ‘-oye, es que esa es nuestra política’ (…)”
Nº 11	E06	“Hemos tenido vínculos también de colaboración con la Comisión Antisida de Granada, que ya no existe (…) les han dejado de subvencionar y se han disuelto (…) es una política pues muy equivocada de las instituciones, porque esas organizaciones hacen una labor importantísima”
Nº 12	e04	“(…) es que no sé, como recibimos tanta información (…) hemos aprendido a desconectar rápido de lo que recibimos”
Nº 13	E11	“(…) los chavales que llegan aquí, son críos de absentismo y fracaso escolar. Entonces claro, estas campañas no les llegan a ellos, porque no van a clase, porque no están integraos en el aula (…) entonces, por eso intentamos traer estas campañas aquí al centro (refiriéndose a una asociación juvenil) para poder llegar a ellos”
Nº 14	E12	“(…) campañas aquí llegan muy pocas; las únicas que llegan son a través del centro de salud, y los jóvenes hacen muy poco uso del centro de salud”
Nº 15	E07	“(…) no hay una educación sexual todavía. Los padres no la han tenido y les resulta muy difícil abordar el tema, lo que hace que el joven siga en las mismas circunstancias (…)”
Nº 16	G05	“(…) la mayoría de la gente se influencia más por los amigos, sobre todo para las cosas de sexo y todo eso. Yo creo que entre amigos podemos ayudar a que no haya tantos problemas”



Sobre las estrategias de comunicación, los mensajes y el público al que se dirigen

El análisis de la información recogida pone de manifiesto la importancia concedida a los medios de comunicación como canales de transmisión de conductas preventivas. Sin embargo, se han podido constatar críticas, especialmente por parte de los profesionales, a ciertas estrategias de comunicación empleadas en ellos, así como al poco partido que se le está sacando al poder del lenguaje publicitario. De esta manera por ejemplo, una profesional considera que el hecho de que se den a conocer las tasas locales de infectados por el VIH, aparentemente no muy elevadas, contribuye a la desdramatización de la enfermedad por parte de adolescentes y jóvenes, lo que puede provocar exceso de confianza y relajación en sus conductas preventivas, a la vez que perpetua la idea de que las ITS/VIH/SIDA son algo propio de colectivos marginales (Texto 17). Otra profesional manifiesta que para captar la atención de estas poblaciones, sería más apropiado que las campañas para la prevención de las ITS/VIH/SIDA y del consumo de drogas hicieran uso de forma explícita de modelos de belleza con los que las y los adolescentes puedan sentirse más identificados.

Una idea sobresale por encima de las demás respecto a las campañas centradas en la prevención del consumo de drogas. La importancia concedida al hecho de proporcionar información "objetiva" sobre las sustancias y sus efectos a largo plazo en los propios espacios de consumo. Es mayoritaria la percepción entre los jóvenes de que la información que se les proporciona sobre las sustancias y las consecuencias de sus consumos no es del todo verídica, lo que por otra parte les lleva

a hablar de desinterés y rechazo hacia este tipo de intervenciones, así como de interés y aprovechamiento cuando perciben que la campaña aporta información veraz y no está posicionada en planteamientos que vayan de forma explícita en contra del consumo (Texto 18).

Un sector de los profesionales entrevistados critica el hecho de que las campañas para la prevención de las ITS/VIH/SIDA centren sus mensajes en las relaciones sexuales ocasionales. Piensan que ello puede contribuir a la desprotección en las relaciones estables (Texto 19). El análisis de la información extraída a jóvenes indica también que dicha cuestión merece ser considerada en un primer plano, puesto que la percepción del riesgo de infección por VIH u otras ITS, cambia radicalmente de tener relaciones sexuales con una pareja ocasional a tenerlas con la pareja considerada estable, asociada con frecuencia esta última, a la percepción de bajo riesgo. En algunos casos, se argumenta la incompatibilidad de la confianza en la pareja con el uso de preservativos (Texto 20). Por otra parte, ningún joven a lo largo de la investigación ha manifestado el haberse hecho las pruebas del VIH al iniciar una relación estable.

El análisis de los grupos focales pone de manifiesto también que el hablar de los comportamientos bajo los efectos de drogas como el alcohol, lleva a muchos de estos jóvenes a manifestar experiencias en torno a relaciones sexuales sin protección. Una buena parte de estos jóvenes, especialmente las mujeres, encabezan su particular "jerarquía del riesgo" con los problemas derivados de un embarazo, dejando en un segundo plano las enfermedades de transmisión sexual y especialmente el SIDA (Texto 21). Partiendo de esta premisa que parece indicar que los adolescentes y



Tabla 4 c. “Dichos” (textos) clave en el análisis cualitativo.

Sobre las estrategias de comunicación, los mensajes y el público al que se dirigen

Texto	Referencia	Dichos
Nº 17	E03	“Tú te lo estás ahí currando (...) y luego va el medio de comunicación de turno (...) y dice ‘aunque en esta localidad sólo se han detectado cuatro casos en los últimos no sé cuánto’. Toda la concienciación que se podía tener; de pronto se convierte en un alejamiento; dicen ‘jah, cuatro casos (...) eso serán cuatro yonquis’, porque el tema de grupo de riesgo sigue estando en la cabeza”
Nº 18	e06	“Las campañas (...) poca información y mucha prohibición salvo una que hacían en Asturias por las discotecas, que lo que hacían era darte información de cuáles eran las propiedades de las drogas (...) ha sido la única campaña así acerca de las drogas que no era en contra (...) simplemente información, y ha sido la única campaña que me pareció así, como que tenía algo, algo que aportamos a todos y a todas”
Nº 19	e07	“La gente que hace sexo seguro, lo hace hasta que considera que tiene pareja estable (...)”
Nº 20	G02	“a mí me resulta difícil pensar que tengo confianza con una persona, si estoy previniendo que no me pegue algo”
Nº 21	G10	“yo para la penetración el condón (...) por el embarazo más que nada”
Nº 22	E13	“(...) si lo que interesa es protegerlos, hay que irse a la conducta que más miedo le tengan, pero a corto plazo. Yo creo que para evitar el contagio de VIH, es más fácil decir: utiliza un preservativo para el término embarazo”
Nº 23	E02	“(...) el sexo seguro se nos ha vendido como ‘-¡ay el SIDA! ¡jo, qué pena!, pues ya no se puede hacer nada (...) Y el sexo seguro lo que dice es, ‘-sí puedes hacer lo que te dé la gana, incluso con una persona seropositiva, y el riesgo es cero’, yo lo planteo así, a excepción del coito, pero que si se usa preservativo desde el principio, el riesgo es cero”
Nº 24	E02	“El chico homosexual que atendía esta tarde, me dice: ‘entre los jóvenes no hay información de SIDA’. La administración no publica anuncios para los homosexuales; no pone a un chico homosexual diciendo ‘-oye, yo me protejo’, sino que son siempre situaciones heterosexuales (...) no hay campañas como más dirigidas a ellos (...) y por tanto, están más expuestos”
Nº 25	G14	“no sé si haces la tijera y la chica tiene la regla, si tú te puedes contagiar”
Nº 26	e03	“según la forma de las campañas, puede hacer que se confunda el miedo al SIDA con el miedo a la sexualidad en general (...) yo creo que eso es malo”
Nº 27	E01	“(...) suelen llamar cuando ya están teniendo relaciones sexuales (...) Yo pienso que tenían que empezar con las clases cada vez más tempranas, para que eso se haga un hábito (...) si no está en nuestro uso diario, no lo hacemos”



jóvenes piensan más en el aquí y ahora, y no tanto a largo plazo, una profesional plantea que podría ser más efectiva la promoción del preservativo como instrumento para la prevención del embarazo, al considerar también que es algo que les preocupa más que las ITS/VIH/SIDA, y cuyas consecuencias se manifiestan más a corto plazo (Texto 22).

Aparece entre los profesionales la recomendación de mostrar en las intervenciones el preservativo como algo erótico y, en general, las prácticas sexuales de bajo riesgo como placenteras, con la intención de contrarrestar la percepción de que éstas son sexo "light" (Texto 23).

En relación al público al que se dirigen las campañas mediáticas centradas en la prevención de ITS/VIH/SIDA, varios profesionales critican el hecho de que no tengan una orientación a determinadas poblaciones, como jóvenes homosexuales o ciertos sectores de la población gitana. Opinan que ello puede contribuir a que estos grupos estén más desprotegidos y desinformados (Texto 24) como se desprende de información aportada por jóvenes participantes en la investigación pertenecientes a estos colectivos (Texto 25).

También se llega a manifestar la percepción de que las campañas de prevención están mezclando determinados aspectos con la sexualidad, lo que facilita una visión negativa de la misma. Aunque en algunos casos se habla del miedo como factor de protección, para buena parte de los jóvenes participantes en la investigación, prevención ha de ser distinto a proporcionar miedo al sexo (Texto 26).

Por último, algunos de los profesionales consultados consideran un obstáculo que no se trabaje con preadolescentes en las intervenciones para la prevención de las

ITS/VIH/SIDA (Texto 27), si bien no es una opinión unánime. Dicho posicionamiento no es referido para las intervenciones preventivas del consumo de drogas. Sí se alude a que el trabajo desarrollado con poblaciones preadolescentes en esta materia no suele centrarse en proporcionar información sobre sustancias y consumos, tarea iniciada en Educación Secundaria Obligatoria, sino en orientaciones hacia hábitos de vida saludables. Al respecto, han sido también manifiestas las consideraciones por parte de los jóvenes sobre la idoneidad de dirigir campañas preventivas a poblaciones preadolescentes, aunque a diferencia de los profesionales, sí consideran oportuno exponer a campañas de prevención del consumo de drogas a dichas poblaciones.

DISCUSIÓN

Las campañas mediáticas y la educación expositiva han sido formas de intervención reflejadas en los discursos de los profesionales consultados. Reconocen la influencia de los medios de comunicación sobre los comportamientos juveniles²⁰, si bien se muestran bastante críticos con las estrategias de comunicación normalmente empleadas. En la línea planteada por Barzani²¹ y otros autores²², valoran muy positivamente, al igual que los jóvenes participantes en la investigación, las formas de intervención que implican activa y directamente a estos últimos en el aprendizaje. Conjuntamente, en consonancia con el trabajo de Booth et al.²³, los profesionales opinan que las intervenciones preventivas no pueden limitarse a la mera exposición de información. Consideran necesario conocer profundamente las actitudes, valores y creencias de los adolescentes y jóvenes con los que trabajan para realizar un entrenamiento en



habilidades que favorezcan hábitos sexuales "seguros", como se desprende también de la intervención realizada por Macalauso et al.²⁴.

En relación al consumo de drogas, los resultados de la investigación ponen de manifiesto la aceptación de los programas basados en la reducción de daños²⁵. Este enfoque parece cobrar aún un mayor significado si se tiene en cuenta que el uso de drogas legales, y de ciertas sustancias ilegales como el cannabis, es hoy para buena parte de los jóvenes una conducta considerada "normal"²⁶.

Numerosos estudios ponen de manifiesto que la percepción del riesgo de infección por VIH/SIDA depende del tipo de relación que se mantenga con la pareja sexual y no de las prácticas sexuales concretas^{13,27}. La implicación afectiva con otra persona, definida como pareja estable, suele conllevar la falsa percepción de alejamiento del peligro^{28,29,30}. Esto lleva a los profesionales consultados a criticar el hecho de que las intervenciones se centren exclusivamente en las relaciones ocasionales.

Por otro lado, el concepto de "inmunidad subjetiva", que Mary Douglas define como el hecho de restar importancia a los peligros más infrecuentes o percibidos como poco probables³¹ se percibe asumido en el discurso de una profesional entrevistada que juzga más eficaz la promoción del preservativo en adolescentes y jóvenes para evitar el embarazo, además de prevenir ITS.

Para maximizar el acercamiento a las poblaciones adolescentes y jóvenes, se destaca el presentar las intervenciones en lugares adecuados, siendo los centros educativos en este sentido, un foco muy a tener en cuenta para la realización de intervenciones en el campo preventivo, como apuntan Romero de Castilla et al.³². Ahora bien, ¿qué sucede con aquellos jóvenes que no están presentes en el

ámbito educativo? Normalmente se ha intentado dar respuesta a esta situación mediante la canalización de intervenciones a través de los servicios sanitarios²². Sin embargo, ésta no es una medida del todo efectiva según se desprende de las opiniones de los profesionales consultados y de los propios discursos juveniles, dado que a estas edades no es muy frecuente acudir a los centros de salud. Cunningham et al. encuentran entre sus hallazgos que las chicas se muestran reacias a revelar sus prácticas sexuales ante el personal médico, lo que repercute de forma general en la falta de información y de apoyo hacia ellas³³.

En consonancia con el trabajo de Siegel et al., un grupo de profesionales consideran importante empezar a intervenir sobre edades preadolescentes, cuando aún no se han llevado a cabo comportamientos sexuales de riesgo³⁴. Otros autores, para la prevención tanto de la transmisión sexual del VIH como del consumo de drogas, añadirán la idoneidad de orientar las intervenciones para dichas poblaciones, más que a la modificación de actitudes, a elevar los niveles de conocimiento^{35,36,37}. No obstante, los resultados de la investigación de Seoane en torno al uso del preservativo en adolescentes le llevan a apuntar que una intervención formativa exige dejar por sentado que a estas edades se conoce el riesgo, por lo que la orientación debe ser trabajar más en las dificultades que manifiestan para asumir comportamientos racionales consecuentes³⁸. Sea como fuere, los discursos de las y los profesionales consultados y el de los propios jóvenes participantes en la investigación han puesto de manifiesto que junto a la necesidad de trabajar en el desarrollo de habilidades que les permitan desplegar mecanismos de autocontrol, también se han señalado desconocimientos existentes aún por parte de



estas poblaciones respecto al riesgo de determinadas prácticas sexuales, especialmente las buco-genitales^{11,39}.

Los resultados aquí expuestos derivan de una investigación más amplia cuyo objetivo principal era describir las opiniones de adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y su posible relación con prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH. El análisis de las campañas y otras acciones para la prevención del abuso de sustancias y de la transmisión sexual del VIH ha sido un trabajo fundamentalmente exploratorio. Por ello sería conveniente, empleando esta metodología comparativa, ahondar en las opiniones sobre intervenciones preventivas concretas, de modo que se pueda contribuir a mejorar tanto el diseño como la evaluación de estas y otras actuaciones con adolescentes y jóvenes.

El proceso de triangulación se ha realizado por tres vías; contrastación de técnicas (grupos focales y entrevistas semiestructuradas), contrastación de análisis por dos o más investigadores y contrastación de discursos de diferentes grupos sociales (jóvenes y profesionales).

El combinar dos técnicas de recogida de información con jóvenes, grupos focales y entrevistas semiestructuradas, ha permitido explorar las cuestiones socioculturales y relacionales y también las cuestiones más íntimas -desde una visión individual- relacionadas con el objeto del estudio. Ambas técnicas han sido planteadas de manera que permitieran ahondar en percepciones sobre las campañas de prevención y el enfoque de las mismas, de su influencia o efectividad y de las alternativas que proponen. Las entrevistas a profesionales permitieron recoger información sobre significados y percepciones respecto a las tareas

que desempeñan y sobre las acciones que -en su opinión- mejorarían la efectividad de las intervenciones preventivas con adolescentes y jóvenes. El manejo de un mayor número de entrevistas en profundidad o historias de vida habría permitido profundizar en los cambios de percepciones, actitudes y comportamientos sobre el consumo de drogas y las prácticas sexuales de riesgo, lo que a su vez podría aportar información valiosa para el diseño de acciones preventivas.

La investigación ha tenido dificultad de incluir a jóvenes de clase alta y a menores escolarizados en centros católicos. Además, la población gitana participante en la investigación se enmarca en un ámbito geográfico vulnerable o en riesgo de exclusión social, por lo que no han participado jóvenes gitanos de nivel socioeconómico y académico medio-alto. Dada la amplitud y variedad de perfiles participantes en la investigación puede que estemos replicando también discursos de estos perfiles. No obstante, otros estudios futuros deberían profundizar en las opiniones de estos segmentos no abordados.

El análisis comparativo de las opiniones de profesionales, adolescentes y jóvenes sobre las intervenciones preventivas en conductas de riesgo se revela como una herramienta útil para desarrollar una mejor comprensión del fenómeno^{3, 10, 13}, y por tanto, habría que tenerlo en cuenta en el diseño de campañas e intervenciones en estos ámbitos de la salud pública.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Observatorio de la Infancia en Andalucía, así como la labor financiera de la Consejería de Salud de la



Tabla 5. Resumen de las conclusiones que emanan de los resultados de la investigación

Sobre modelos y metodologías de intervención

Además de las charlas expositivas y/o la distribución de materiales se hace necesaria la formación en habilidades sociales.

Proporcionar formación más completa a través de la búsqueda de una mayor implicación y experimentación por parte de los jóvenes de los contenidos a desarrollar en intervenciones más directas y personalizadas.

Evitar los contenidos prohibitivos en las campañas de prevención del consumo de drogas, además de implementar dichas intervenciones desde perspectivas en torno a la reducción de daños.

Sobre las instituciones responsables y los lugares desde los que se interviene

Llevar a cabo más campañas e intervenciones preventivas, así como articular una mayor coordinación entre los distintos organismos responsables y más respaldo institucional para la realización de determinadas intervenciones.

Los centros educativos no resuelven el acceso y cobertura a toda la población juvenil, como tampoco lo hacen los centros de salud, poco usados por estas poblaciones en la búsqueda de formación en estos ámbitos preventivos de la salud pública.

Potenciar la educación sexual a padres y madres más de lo que se está haciendo como forma de proporcionarles mecanismos que les ayuden a tratar con sus hijos/as sobre drogas y sexo de una forma más normalizada.

Sobre las estrategias de comunicación, los mensajes y el público al que se dirigen

Dar a conocer desde los medios de comunicación las tasas locales de personas infectadas por el VIH, aparentemente no muy elevadas, contribuye a la desdramatización de la enfermedad por parte de adolescentes y jóvenes.

Sería apropiado que las campañas hicieran uso de forma explícita de modelos de belleza con los que estas poblaciones puedan sentirse más ampliamente identificados.

Las campañas de prevención del consumo de drogas deben aportar información veraz y no estar posicionadas en planteamientos prohibitivos.

No centrar exclusivamente los mensajes de las campañas para la prevención de las ITS/VIH/SIDA en las relaciones sexuales ocasionales.

Podría ser más efectiva la promoción del preservativo como instrumento para la prevención del embarazo.

Mostrar las prácticas sexuales de bajo riesgo como placenteras y en general, evitar mensajes que en pro de la prevención proporcionen miedo al sexo.

Deben de hacerse campañas con orientación específica a determinadas poblaciones, como jóvenes homosexuales o ciertos sectores de la población gitana.

Exponer a las poblaciones preadolescentes a campañas e intervenciones relacionadas con estos ámbitos de la prevención.



Junta de Andalucía y de la Fundació Barcelona SIDA 2002.

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe anual de ONUSIDA sobre el estado de la epidemia en el mundo durante el 2004 [citado 21 de sep. 2004].

http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_pdf_sp/Focus_youth_sp.pdf

2. Calafat A, Becoña E, Fernández C, Gil E, Juan M, Palmer A, Sureda P, Torres MA. Salir de marcha y consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas [citado 20 de ene. 2005]. www.mires/pnd/

3. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Salud y Juventud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejo de la Juventud de España; 2002.

4. Grup Igia y colaboradores. Documento marco sobre reducción de daños. Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: "cooperación e interdisciplinariedad". Barcelona: Grup Igia; 2001.

5. Rhodes T. Risk theory in epidemic times: sex, drugs and the social organization of "risk behaviour". *Sociol Health Illn* 1997; 9 (2): 208-227.

6. Romo N. Mujeres y drogas de síntesis: género y riesgo en la cultura del baile. Donostia: Gakoa Liburuak, 2001

7. Stiffman AR, Dore P, Cunningham RM, Earls F. Person and environment in HIV risk behavior change between adolescence and young adulthood. *Health Educ Quart* 1995; 22 (2): 211-226,

8. Taylor J, Fulop N, Green J. Drink, illicit drugs and unsafe sex in women. *Addiction*, 1999; 94 (8): 1209-1218.

9. Rolf J, Balwind J, Chandra A, Thompson L. Substance misuse and HIV/AIDS risks among delinquents: prevention challenge. *Int J Addict* 1990-91; 25 (4A): 533-559.

10. Rodríguez A, Hernán M, Cabrera A, Romo N, García JM, Gutiérrez JL. ¿Tienen adolescentes y jóvenes que consumen drogas no inyectadas mayor probabilidad de transmisión sexual del VIH? *Adicciones* 2006; 18: 61-72.

11. Cabrera A, Calleja JM, Gutiérrez JL, Hernán M, Rodríguez A, Romo N. Consumo de drogas no inyectadas y conductas sexuales de riesgo de infección por VIH en adolescentes y jóvenes. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004. Nº de expediente: 135/02.

12. WHO, UNAIDS. The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and sexual risk behaviour [citado 19 de sep. 2006].

http://who.int/substance_abuse/publications/epidemiology/en/

13. Bimbela JL. Juventud y Sida: Análisis de conocimientos, actitudes y prácticas en Andalucía [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1999.

14. Hernán García M, March Cerdá JC y Bimbela Pedrola JL. Proceso de aprendizaje y educación para la salud. En Gallo Vallejo FJ y cols. Manual del Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: Semfyc; 1977.

15. Laguna Arias D. Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes. *Gazeta de Antropología* 1999; 15 (texto 15-12) [citado 17 de abr. 2006]

http://www.ugr.es/~pwlac/G15_12David_Lagunas_Arias.html

16. Otegui Pascual R. Investigación cualitativa sobre conocimientos, actitudes y compor-



tamientos relacionados con la transmisión del VIH-SIDA en la población gitana. Informe del Estudio FIPSE, 2002.

17. Monturiol Jalón F, de Silva Rivera A. Los usos de drogas y su impacto en la cultura: el caso gitano. Madrid: Asociación Secretariado General Gitano, 2000.

18. Linares N, Cravioto P. Principales enfoques y estrategias metodológicas empleados en la investigación del consumo de drogas: la experiencia en México. *Rev Cubana Med Gen Integr* [serial online] 2003 Mar-Apr; 19(2). [citado 10 de ene. 2007]. http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_2_03/mgi12203.htm

19. Muhr T, Friese S. *User's Manual for ATLAS.ti 5.0*. Berlin: Scientific Software Development; 2004.

20. Brown J, Cantor J. An Agenda for research on youth and the media. *J Adolesc Health* 2000; 27: 2-7.

21. Barzani CA. Algunas reflexiones acerca del complejo VIH-SIDA: del imaginario social al imaginario adolescente [citado 1 de ene. 2004].

<http://www.topia.com.ar/articulos/32barzani.htm>

22. Hernán M, Ramos M, Fernández A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 491-504.

23. Booth RE, Zhang Y, Kwiatkowski GF. The challenge of changing drug and sex risk behaviours of runaway and homeless adolescents. *Child Abuse Negl* 1999; 23 (12): 1295-1306.

24. Macaluso M, Fleenor M, Robey L, Hook E, Brill I. An Intervention to promote the female condom to sexually transmitted disease clinic patients. *Behav Modif* 2005; 29: 318-369.

25. Insúa P. Programa de formación para la prevención de los problemas de salud asociados al consumo de drogas. San Sebastián: Universidad del País Vasco, Ministerio de Sanidad y Consumo y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 1999.

26. Gamella JF. Algunas tesis sobre ciclos de drogas y políticas de reducción de daños. En: *Gestionando las drogas. Conferencia de consenso sobre reducción de daños relacionados con las drogas: "cooperación e interdisciplinariedad"*. Barcelona: Grup Igia; 2001.

27. Lameiras M, Failde JM. Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y modificación de conducta* 1997; 23: 27-63.

28. Ellen JM, Adler N, Gurvey JE, Millstein SG, Tschann J. Adolescent condom use and perceptions of risk for sexually transmitted diseases. A prospective study. *Sex Transm Dis* 2002; 29 (12): 756-762.

29. Cochran SD, Mays VM. Sex, lies and HIV. *N Engl J Med* 1990; 322 (11): 774-775.

30. Bayés Sopena, R. La transmisión heterosexual del VIH: aspectos psicológicos, éticos y conductuales. En: Lameiras M, Castedo A, coordinadores. *Sexualidad y Salud*. Barcelona: Tórculo Edicions; 1997.

31. Picasso F. Percepción, elección y riesgo. *The social science paper publisher* 2002; 5 (1): 21-38.

32. Romero de Castilla RJ, Lora MN, Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria*. 2001; 27: 12-7.

33. Cunningham SD, Tschann JE, Gurvey JE, Fortenberry JD, Ellen JM. Attitudes about sexual disclosure and perceptions of stigma and Shame. *Sex Transm Infect* 2002; 78 (5): 334-338.



34. Siegel DM, Aten MJ, Enaharo M. Long term effects of a middle school-and high school based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001; 155: 1117-1126.

35. Juárez O, Díez E. Prevención del sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gac Sanit* 1999; 13 (2): 150-62.

36. Fernández S, Juárez O, Díez E. Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Rev Esp Salud Pública* 1999; 73: 687-96.

37. Díez E, Barniol J, Nebot M, Juárez O, Martín M, Villalbí JR. Comportamientos relacionados con la salud en estudiantes de secundaria: relaciones sexuales y consumo de tabaco, alcohol y cannabis. *Gac Sanit* 1998; 12 (6): 272-80.

38. Seoane Pascual L. Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76: 509-516.

39. Bimbela JL, Maroto G. Mi chico no quiere usar condón. Estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2004.