



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

Programa de Doctorado en Investigación en Psicología

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Conducta sexual de riesgo en diferentes
colectivos: variables implicadas y
propuesta de un modelo explicativo

TESIS DOCTORAL

Presentada por: Vicente Javier Morell Mengual

Dirigida por: Dra. María Dolores Gil Llario y Dr. Rafael Ballester Arnal

Valencia, octubre 2018

Esta tesis doctoral se ha realizado gracias a una ayuda para contratos predoctorales para la formación de doctores concedida por el Ministerio de Economía y Competitividad al proyecto "Sexualidad y calidad de vida en adultos con discapacidad intelectual: secuelas del abuso sexual" (BES-2015-072013).

Me reservo estas breves líneas para expresar mi más sincero agradecimiento y reconocimiento a todas aquellas personas que, de un modo u otro, han posibilitado la redacción de esta tesis doctoral.

De entre todas ellas, quiero agradecer a la Dra. M^a Dolores Gil y al Dr. Rafael Ballester su dedicación, implicación y generosidad en la labor de dirección. A ellos, y especialmente a la Dra. M^a Dolores Gil, quisiera agradecerles la oportunidad brindada, reconociendo en mí una serie de competencias que ni yo mismo era capaz de percibir. Gracias por haberme guiado hasta encontrar mi hueco dentro de la psicología. Espero seguir aprendiendo y creciendo profesionalmente a vuestro lado.

Como no podría ser de otra manera me gustaría agradecer la generosidad y el compañerismo que me han mostrado todas las personas que forman o han formado parte del equipo de investigación SALUSEX, especialmente a Lorena, Bea, Cris y Jesús. Habéis sido parte indispensable de este trabajo acompañándome en los momentos más difíciles.

También me gustaría expresar mi agradecimiento a Paula por aparecer en el momento idóneo. Tu valentía, grandeza y perseverancia son fuente de inspiración. Como ya te dije espero que la vida nos siga uniendo de forma casi mágica como ha hecho los últimos diez años.

A todos mis amigos y amigas, por preocuparse y proponer viajes maravillosos que han hecho de los momentos más complicados una vía de escape donde recargar energías. Y a ti Ángela, finalmente he terminado la tesis. Espero que nos sigas llenando de luz el camino allí donde estés.

En estas líneas no podía faltar mi familia, sobre todo mi madre y mi padre, quienes nunca han dudado de mí. Ellos me han permitido formarme durante todo el tiempo que ha sido necesario sin escatimar en recursos y, lo más importante, en elogios y muestras de cariño. Prometo seguir trabajando duro para perseguir mis sueños. Y a ti Noa que llegaste justo cuando todo este proceso comenzó. Gracias por enseñarnos lo que significa el amor incondicional con solo una sonrisa. Para ti siempre seré tío Javi. Ahora toca dedicarte todo el tiempo del mundo.

Finalmente, no me gustaría terminar estos agradecimientos sin mencionar a todos los participantes que respondieron la batería de evaluación. Espero que los resultados ayuden a mejorar las estrategias preventivas y la salud sexual, sobre todo en aquellos colectivos más invisibilizados.

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
I. PRESENTACIÓN	7
II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	11
Capítulo 1. Situación epidemiológica de la infección por VIH.....	13
1. El VIH/sida en el mundo.....	14
2. Características distintivas del VIH/sida en España.....	17
3. Evolución epidemiológica del VIH/sida en España	19
Capítulo 2. Grupos de población vulnerables a la infección por VIH.....	27
1. Hombres heterosexuales	29
2. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.....	34
3. Mujeres heterosexuales.....	45
4. Mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres	52
5. Hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual	61
Capítulo 3. Modelos explicativos de promoción de la salud	73
1. Modelos de promoción de la salud aplicados al VIH	76
2. Modelo de creencias de salud.....	76
3. Teoría de la conducta planeada	81
4. Teoría cognitivo-social	85
5. Modelo de información-motivación-habilidades conductuales	89
6. Modelo transteórico de cambio.....	94
Capítulo 4. Variables explicativas de la conducta sexual de riesgo	105
1. Variables de carácter cognitivo	107
1.1. Sesgos en información y creencias erróneas.....	107
1.2. Percepción de riesgo y de gravedad.....	111

1.3. Autoeficacia.....	114
2. Variables de carácter afectivo-emocional.....	117
2.1. Autoestima.....	117
2.2. Sintomatología depresiva.....	119
2.3. Homofobia y bifobia.....	122
2.4. Homofobia y bifobia interiorizada.....	123
3. Variables conductuales.....	126
3.1. Consumo de alcohol y otras drogas.....	126
3.2. Asertividad sexual.....	130
3.3. Compulsividad sexual.....	132
3.4. Búsqueda de sensaciones sexuales.....	135
4. Estresores vitales relacionados con la sexualidad.....	138
4.1. Victimización homofóbica.....	138
4.2. Abuso sexual.....	140
III. ESTUDIO EMPÍRICO.....	147
Capítulo 5. Objetivos e hipótesis.....	149
Capítulo 6. Metodología.....	155
1. Participantes.....	156
2. Instrumentos de evaluación.....	160
2.1. Información sociodemográfica.....	161
2.2. Instrumentos sobre variables cognitivas.....	161
2.3. Instrumentos sobre variables afectivo-emocionales.....	165
2.4. Instrumentos sobre variables conductuales.....	168
2.5. Instrumentos sobre estresores relacionados con la sexualidad.....	170
3. Procedimiento.....	171

4. Análisis estadísticos.....	174
Capítulo 7. Resultados.....	177
1. Análisis diferencial en hombres heterosexuales.....	178
1.1. Comportamiento sexual.....	178
1.2. Variables cognitivas de riesgo para la transmisión del VIH.....	180
1.3. Variables afectivo-emocionales de riesgo para la transmisión del VIH.....	183
1.4. Variables conductuales de riesgo para la transmisión del VIH.....	188
1.5. Modelo predictivo para el uso del preservativo en hombres heterosexuales.....	193
2. Análisis diferencial en hombres que tienen sexo con hombres.....	196
2.1. Comportamiento sexual.....	196
2.2. Variables cognitivas de riesgo para la transmisión del VIH.....	198
2.3. Variables afectivo-emocionales de riesgo para la transmisión del VIH.....	201
2.4. Variables conductuales de riesgo para la transmisión del VIH.....	205
2.5. Estresores vitales de riesgo para la transmisión del VIH.....	209
2.6. Modelo predictivo para el uso del preservativo en hombres que tienen sexo con hombres.....	211
3. Análisis diferencial en mujeres heterosexuales.....	214
3.1. Comportamiento sexual.....	214
3.2. Variables cognitivas de riesgo para la transmisión del VIH.....	216
3.3. Variables afectivo-emocionales de riesgo para la transmisión del VIH.....	219
3.4. Variables conductuales de riesgo para la transmisión del VIH.....	224
3.5. Modelo predictivo para el uso del preservativo en mujeres heterosexuales.....	228
4. Análisis diferencial en mujeres que tienen sexo con mujeres.....	232
4.1. Comportamiento sexual.....	232
4.2. Variables cognitivas de riesgo para la transmisión del VIH.....	234
4.3. Variables afectivo-emocionales de riesgo para la transmisión del VIH.....	237

4.4. Variables conductuales de riesgo para la transmisión del VIH.....	240
4.5. Estresores vitales de riesgo para la transmisión del VIH	245
4.6. Modelo predictivo para el uso de la barrera de látex en mujeres que tienen sexo con mujeres	246
5. Análisis diferencial en personas con diversidad funcional intelectual	249
5.1. Comportamiento sexual	249
5.2. Variables cognitivas de riesgo para la transmisión del VIH	251
5.3. Estresores vitales de riesgo para la transmisión del VIH	254
5.4. Modelo predictivo para el uso del preservativo en personas con diversidad funcional intelectual	255
IV. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	261
Capítulo 8. Discusión	263
1. Hombres heterosexuales	265
2. Hombres que tienen sexo con hombres.....	271
3. Mujeres heterosexuales.....	278
4. Mujeres que tienen sexo con mujeres	284
5. Hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual	291
Capítulo 9. Conclusiones	297
1. Conclusiones	298
2. Limitaciones y perspectivas futuras	302
V.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	305
VI.ANEXOS	353

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los principales modelos explicativos de promoción de la salud sexual.....	103
Tabla 2. Principales características sociodemográficas de los subgrupos evaluados.....	159
Tabla 3. Distribución de los instrumentos de evaluación en cada subgrupo.....	160
Tabla 4. Conocimientos VIH en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	181
Tabla 5. Actitudes sobre VIH en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	181
Tabla 6. Autoeficacia en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	182
Tabla 7. Nivel de autoestima en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	184
Tabla 8. Sintomatología depresiva en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	185
Tabla 9. Homofobia manifiesta en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	186
Tabla 10. Homofobia sutil en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	188
Tabla 11. Consumo de drogas en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	188
Tabla 12. Asertividad sexual en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	189
Tabla 13. Compulsividad sexual en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	191
Tabla 14. Búsqueda de sensaciones sexuales en hombres heterosexuales con UIP o UCP.....	192
Tabla 15. Análisis de regresión múltiple en hombres heterosexuales.....	194
Tabla 16. Conocimientos VIH en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	199
Tabla 17. Actitudes en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	199
Tabla 18. Autoeficacia en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	200
Tabla 19. Nivel de autoestima en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	202
Tabla 20. Sintomatología depresiva en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	203
Tabla 21. Homofobia interiorizada en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	204
Tabla 22. Consumo de drogas en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	205
Tabla 23. Asertividad sexual en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	206
Tabla 24. Compulsividad sexual en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	207

Tabla 25. Búsqueda de sensaciones sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	209
Tabla 26. Victimización homofóbica en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP.....	210
Tabla 27. Análisis de regresión múltiple en hombres que tienen sexo con hombres.....	212
Tabla 28. Conocimientos VIH en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	217
Tabla 29. Actitudes sobre VIH en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	217
Tabla 30. Autoeficacia para el uso del preservativo en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	218
Tabla 31. Autoestima en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	219
Tabla 32. Sintomatología depresiva en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	220
Tabla 33. Homofobia manifiesta en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	222
Tabla 34. Homofobia sutil en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	223
Tabla 35. Consumo de drogas en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	224
Tabla 36. Asertividad sexual en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	225
Tabla 37. Compulsividad sexual en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	226
Tabla 38. Búsqueda de Sensaciones Sexuales en mujeres heterosexuales con UIP o UCP.....	228
Tabla 39. Análisis de regresión logística en mujeres heterosexuales.....	229
Tabla 40. Conocimientos VIH en hombres que tienen sexo con mujeres con UIP o UCP.....	234
Tabla 41. Conocimientos y actitudes en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	235
Tabla 42. Autoeficacia en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	236
Tabla 43. Autoestima en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	237
Tabla 44. Sintomatología depresiva en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	238
Tabla 45. Homofobia interiorizada en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	240
Tabla 46. Consumo de drogas en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	241
Tabla 47. Asertividad Sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	242
Tabla 48. Compulsividad sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	243

Tabla 49. Búsqueda de sensaciones sexuales en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	245
Tabla 50. Victimización homofóbica en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL.....	246
Tabla 51. Análisis de regresión logística en mujeres que tienen sexo con mujeres.....	247
Tabla 52. Conocimientos VIH en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP.....	252
Tabla 53. Conocimientos y actitudes en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP.....	252
Tabla 54. Autoeficacia en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP.....	253
Tabla 55. Conocimientos sobre abuso sexual en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP.....	254
Tabla 56. Análisis de regresión múltiple en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual.....	256

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Número de nuevas infecciones en 2016 y cambios con respecto al 2010.....	14
Figura 2. Prevalencia mundial del VIH en adultos entre 15 y 49 años.....	16
Figura 3. Casos de sida registrados en España. Periodo 1985-2016.....	20
Figura 4. Incidencia del VIH en España.....	21
Figura 5. Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. Periodo 2011-2016.....	22
Figura 6. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión.....	38
Figura 7. Prácticas sexuales según el riesgo de transmisión del VIH.....	49
Figura 8. Factores de vulnerabilidad para la infección por VIH en MSM.....	57
Figura 9. Mitos y falsas creencias hacia la sexualidad de las personas con DFI.....	62
Figura 10. Modelo de creencia de salud aplicado a la prevención del VIH.....	78
Figura 11. Teoría de la conducta planeada aplicada a la prevención del VIH.....	83
Figura 12. Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales aplicado al VIH.....	90
Figura 13. Implementación del Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales.....	92
Figura 14. Árbol de decisión para determinar la etapa de cambio en el uso del preservativo.....	100
Figura 15. Distribución de los participantes por género, orientación sexual y capacidad cognitiva..	156
Figura 16. Distribución de los participantes por rangos de edad.....	158
Figura 17. Prácticas sexuales en hombres heterosexuales.....	178
Figura 18. Métodos preventivos utilizados por hombres heterosexuales.....	179
Figura 19. Perfil diferencial entre hombres heterosexuales con UCP o UIP.....	195
Figura 20. Prácticas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres.....	196
Figura 21. Métodos preventivos utilizados por hombres que tienen sexo con hombres.....	197
Figura 22. Perfil diferencial entre hombres que tienen sexo con hombres con UCP y UIP.....	213
Figura 23. Prácticas sexuales en mujeres heterosexuales.....	214
Figura 24. Métodos preventivos utilizados por mujeres heterosexuales.....	215

Figura 25. Perfil diferencial entre mujeres heterosexuales con UCP o UIP.....	231
Figura 26. Prácticas sexuales en mujeres que tienen sexo con mujeres.....	232
Figura 27. Métodos preventivos utilizados por mujeres que tienen sexo con mujeres.....	233
Figura 28. Perfil diferencial entre mujeres que tienen sexo con mujeres con UBL y NUBL.....	248
Figura 29. Prácticas sexuales en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual.....	249
Figura 30. Métodos preventivos utilizados por hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual.....	250
Figura 31. Perfil diferencial entre hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual con NUP y UP.....	257

RESUMEN

La infección por VIH representa un gran problema de salud pública y constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial con casi 36.7 millones de personas afectadas. Aunque en los primeros años de la epidemia la responsabilidad se atribuyó a determinados colectivos posteriormente se estableció que, aunque algunos subgrupos poseen mayores factores de vulnerabilidad, la conducta sexual de cada individuo constituye la variable que mayor explica la probabilidad infección. En este sentido resulta importante analizar las características diferenciales de ciertos colectivos que, si bien no son completamente homogéneos, comparten ciertas características en relación a su conducta sexual y sus factores de vulnerabilidad, con el objetivo de elaborar e implementar estrategias preventivas específicas. El trabajo que aquí se presenta constituye el primer estudio realizado en España que establece un perfil y analiza los predictores de la conducta sexual de riesgo desde una perspectiva que considera el género, la orientación sexual y el grado de capacidad cognitiva.

La muestra del estudio está compuesta por 2.041 personas, clasificadas en cinco subgrupos: 386 hombres heterosexuales entre 18 y 61 años (M = 24.61; DT = 6.74); 670 mujeres heterosexuales entre 18 y 59 años (M = 24.92; DT = 6.70); 405 hombres que tienen sexo con hombres entre 18 y 60 años (M = 28.94; DT = 9.35); 327 mujeres que tienen sexo con mujeres entre 18 y 56 años (M = 27.82; DT = 8.10); y 253 hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual entre 20 y 64 años (M = 38.52; DT = 10.48). El 54.3% de la muestra son mujeres y el 45.7% son hombres. En cuanto a la orientación sexual, el 53.9% se identifica como heterosexual, el 33.5% como homosexual y el 12.6% como bisexual. Con respecto a la distribución en función del grado de capacidad cognitiva, el 87.5% presenta una capacidad cognitiva normativa y el 12.5% tiene un diagnóstico de discapacidad intelectual.

De la información recogida se concluye que las prácticas más realizadas en hombres heterosexuales son la felación y el coito vaginal. En general, usan el preservativo de forma casi sistemática cuando practican el coito vaginal con parejas esporádicas. Los hombres que adoptan conductas de riesgo prefieren los beneficios a corto plazo. Además, tienen tendencia a experimentar una fuerte desinhibición y un escaso control de impulsos sexuales; buscar gran cantidad de sensaciones sexuales; manifestar actitudes homófobas manifiestas y sutiles; y consumir mayores cantidades de alcohol u otras drogas. Contrariamente, los hombres que utilizan sistemáticamente el preservativo se perciben más autoeficaces y poseen mejores herramientas de comunicación asertiva.

La felación, el coito anal y la penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales constituyen las prácticas más realizadas por hombres que tienen sexo con hombres quienes, en general, presentan

un uso consistente del preservativo en el coito anal. Una mayor susceptibilidad percibida hacia el VIH, un alto nivel de autoestima y una mayor atracción por las sensaciones físicas constituyen variables que actúan como factores de riesgo para el uso del preservativo. En relación a las variables que actúan como factores de protección, se observa que poseer habilidades de comunicación asertiva y percibirse capaz de hacer frente a posibles barreras que dificulten su uso predicen el uso del preservativo.

En cuanto a las mujeres heterosexuales, las prácticas más realizadas han sido el coito vaginal y la felación. Puesto que la percepción de riesgo de infección por VIH es mayor en el coito vaginal, el uso del preservativo en esta práctica es casi sistemático en contraposición con las tasas de uso referidas en el coito anal. Habitualmente, las mujeres que utilizan consistentemente el preservativo poseen mayores habilidades de comunicación asertiva y se sienten más autoeficaces de implementarlas. Por el contrario, las mujeres que adoptan conductas de riesgo prefieren los efectos del refuerzo que obtienen mediante los estímulos que consideran placenteros por lo que tienen tendencia a involucrarse en actividades capaces de provocar experiencias sexuales intensas.

Por lo que se refiere a las mujeres que tienen sexo con mujeres, las prácticas más realizadas han sido el cunnilingus y la penetración vaginal táctil o mediante juguetes sexuales. En general, estas mujeres prescinden del uso de la barrera de látex en el cunnilingus. En relación al perfil diferencial, las mujeres que adoptan conductas de riesgo tienen tendencia a consumir cannabis y experimentan un pobre control de los impulsos sexuales. En contraposición, las mujeres que utilizan la barrera de látex poseen mayor nivel de conocimientos, mayor severidad percibida, se sienten más autoeficaces, tienen mayor nivel de autoestima y poseen mayores herramientas de comunicación asertiva, otorgando mayor importancia y gravedad al VIH.

La felación y el coito vaginal constituyen las prácticas más realizadas en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual. En general, presentan un bajo uso del preservativo tanto en el coito vaginal como en el anal. En cuanto a los factores de riesgo, el desconocimiento de los límites corporales ante situaciones que pueden derivar en abuso sexual constituye la única variable que predice el uso inconsistente del preservativo. En contraposición, los conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH y el nivel de autoeficacia actúan como factores de protección. En general, estas personas poseen suficientes conocimientos sobre las vías de transmisión, perciben el preservativo como un elemento preventivo eficaz y sienten mayor nivel de autoeficacia, siendo conscientes de que la prevención del VIH es un aspecto importante.

Los resultados obtenidos evidencian que la prevención del VIH sigue siendo un tema prioritario, ya que la incidencia y prevalencia se mantienen constantes a pesar de los esfuerzos por erradicar la epidemia. En algunos colectivos se están observando repuntes significativos y en

otros desconocemos, por completo, la dimensión del fenómeno. Si bien es cierto que hay subgrupos con mayor vulnerabilidad, la promoción de la salud sexual es un derecho que debe garantizarse a todas las personas. Por tanto, se pone de manifiesto la necesidad de diseñar e implementar estrategias preventivas adaptadas al género, a la orientación sexual y al grado de capacidad cognitiva. Consideramos que la estrategia más adecuada ha de partir de una educación que se aleje de la visión heteronormativa y excluyente, y que apueste por otorgar a cada colectivo aquellos conocimientos y herramientas que permitan disfrutar de una expresión libre de la sexualidad.

RESUMEN

A infecção pelo HIV representa um problema de saúde pública e constitui uma das principais causas de mortalidade e incapacidade em todo o mundo, com quase 36,7 milhões de pessoas afetadas. Embora nos primeiros anos da epidemia a responsabilidade tenha sido atribuída a determinados grupos, foi posteriormente estabelecido que, apesar de algumas populações possuírem maiores fatores de vulnerabilidade, o comportamento sexual de cada indivíduo constitui a variável que mais explica a probabilidade de infecção. Nesse sentido, é importante analisar as características de determinados grupos que, embora não sejam completamente homogêneos, compartilham certas características em relação ao seu comportamento sexual, com o objetivo de desenvolver e implementar estratégias preventivas específicas. Este trabalho constitui o primeiro estudo realizado na Espanha que realiza um perfil e analisa os fatores preditores de comportamento sexual de risco considerando gênero, orientação sexual e o grau de habilidade cognitiva.

Recorreu-se a um total de 2.041 participantes classificados em cinco subgrupos: 386 homens heterossexuais entre 18 e 61 anos ($M = 24.61$; $DP = 6.74$); 670 mulheres heterossexuais entre 18 e 59 anos ($M = 24.97$; $DP = 6.70$); 405 homens que fazem sexo com homens entre 18 e 60 anos ($M = 28.94$; $DP = 9.35$); 327 mulheres que fazem sexo com mulheres entre 18 e 56 anos ($M = 27.82$; $DP = 8.10$); e 253 homens e mulheres com diversidade funcional intelectual entre 20 e 64 anos ($M = 38.52$; $DP = 10.48$). Desse total de participantes 54.3% eram mulheres e 45.7% eram homens. Em relação à orientação sexual, 53.9% eram heterossexuais, 33.5% eram homossexuais e 12.6% eram bissexuais. Relativamente ao grau de habilidade cognitiva, 87.5% possuem capacidade cognitiva normativa e 12.5% possuem diagnóstico de deficiência intelectual.

A partir das informações coletadas, concluímos que as práticas mais realizadas em homens heterossexuais são felação e coito vaginal. Em geral, eles usam o preservativo quase sistematicamente quando praticam o coito vaginal com parceiros esporádicos. Os homens que realizam comportamentos de risco experimentam uma forte desinibição e um fraco controle dos impulsos sexuais; procuram muitas sensações sexuais; têm atitudes homofóbicas; e ingerem quantidades mais elevadas de álcool ou outras drogas. Por outro lado, os homens que usam preservativos percebem-se como mais auto-eficazes e possuem melhores ferramentas de comunicação assertiva.

A felação, o sexo anal e a penetração anal com brinquedos sexuais são as práticas mais realizadas por homens que fazem sexo com homens que, em geral, usam o preservativo de forma consistente. Uma maior suscetibilidade percebida, um alto nível de autoestima e uma maior atração por sensações físicas constituem variáveis que atuam como fatores de risco. Em relação

às variáveis que atuam como fatores de proteção, possuir habilidades comunicativas assertivas e perceber-se capazes de enfrentar possíveis barreiras predizem o uso de preservativos.

Em mulheres heterossexuais, as práticas mais realizadas são o sexo vaginal e a feleção. Como a percepção de risco é maior no sexo vaginal, o uso de preservativos nessa prática é quase sistemático, em contraste com as taxas de uso referidas no sexo anal. Habitualmente, as mulheres que usam preservativos têm maior capacidade de comunicação assertiva e se sentem mais auto-eficazes. Pelo contrário, as mulheres que têm comportamentos de risco procuram atividades capazes de provocar intensas experiências sexuais.

Em mulheres que fazem sexo com mulheres, as práticas mais realizadas são o sexo oral e a penetração vaginal com brinquedos sexuais. Em geral, as mulheres não usam a barreira do látex no sexo oral. Em relação ao perfil diferencial, as pessoas que apresentam comportamentos de risco fumam cannabis e são incapazes de controlar os impulsos sexuais. Em contrapartida, as mulheres que utilizam a barreira possuem maior conhecimento, maior gravidade percebida, se sentem mais auto-eficazes, possuem maior nível de autoestima e possuem maiores ferramentas de comunicação assertiva, dando maior importância ao HIV.

A feleção e o coito vaginal são as práticas mais realizadas em homens e mulheres com deficiência intelectual. Em geral, eles relatam um baixo uso de preservativos no sexo vaginal e no sexo anal. Em relação aos fatores de risco, o desconhecimento dos limites corporais é a única variável que prediz o uso inconsistente do preservativo. Em contraste, o conhecimento e a auto-eficácia atuam como fatores de proteção. Em geral, essas pessoas têm conhecimento suficiente sobre as formas de transmissão, percebem o preservativo como um elemento preventivo eficaz e sentem um nível mais alto de autoeficácia, sabendo que a prevenção do HIV é um aspecto importante.

Os resultados mostram que a prevenção do HIV é uma questão prioritária, porque a incidência e a prevalência permanecem constantes, apesar dos esforços para erradicar a epidemia. Em alguns grupos, uma prevalência ascendente é observada e em outros ignoramos completamente a dimensão do fenômeno. Embora existam grupos com maior vulnerabilidade, a promoção da saúde sexual é um direito que deve ser garantido a todas as pessoas. Portanto, destaca-se a necessidade de projetar e implementar estratégias preventivas adaptadas ao gênero, à orientação sexual e ao grau de habilidade cognitiva. Consideramos que a estratégia mais adequada deve iniciar-se desde uma educação que se afaste da visão heteronormativa e excludente, e que proporcione a cada grupo as ferramentas que permitam desfrutar de uma livre expressão da sexualidade.

I. PRESENTACIÓN

El VIH y el sida constituyen dos de los principales problemas de salud pública por sus repercusiones personales, sociales, laborales, culturales y sanitarias. Desde los primeros años de la epidemia hasta la actualidad la comunidad científica ha intentado sistematizar las variables que influyen en la adopción de los comportamientos de riesgo con el objetivo de diseñar e implementar estrategias preventivas eficaces.

Aunque en los países desarrollados, incluido España, se ha conseguido una drástica disminución del número de nuevas infecciones, en la actualidad se está producido un estancamiento en torno a los 3.000 casos anuales. Esta situación se debe a los grandes avances médicos alcanzados y a la introducción de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que ha convertido el VIH en un problema de salud crónico cuya esperanza de vida se asimila, cada vez más, a la de la población general. Esta cronificación de la enfermedad ha propiciado una disminución de la percepción de riesgo al hablarse del VIH como una infección crónica, pero no mortal. Este contexto ha favorecido una disminución de los comportamientos preventivos.

Actualmente algunos hombres que tienen sexo con hombres creen que el VIH forma parte de sus problemas de salud normativos y que, por tanto, la infección no está asociada al uso del preservativo sino a otros factores no controlables. Por su parte, algunos hombres heterosexuales creen poco probable infectarse al considerar las relaciones sexuales entre hombres y mujeres seguras y libres de riesgo, asociando el VIH a los hombres homosexuales y a la práctica del coito anal. Las mujeres que tienen sexo con mujeres presentan una falsa sensación de invulnerabilidad propiciada por la ausencia de información específica y la ausencia de una vigilancia epidemiológica que registre los posibles casos. Finalmente, las personas con diversidad funcional intelectual han sido relegadas, reprimiendo y censurando su sexualidad sin proporcionar una educación afectivo-sexual adaptada a sus necesidades.

Las tendencias preventivas actuales abogan por analizar con detalle las características de cada colectivo, es por ello que la presente tesis doctoral centra su atención en la necesidad de establecer estrategias preventivas diferenciales adaptadas a las necesidades específicas de cada subgrupo poblacional, acercándose al entendimiento de las variables que inciden en la conducta sexual de riesgo.

La **primera parte**, el marco teórico, comprende cuatro capítulos a través de los cuales se revisa exhaustivamente la vigilancia epidemiológica actual y las principales variables implicadas en la prevención del VIH. El *primer capítulo* realiza una breve descripción de la situación epidemiológica del VIH a nivel mundial, y más concretamente de las características distintivas del

VIH/sida y de su evolución epidemiológica en nuestro contexto. El *segundo capítulo* ahonda en los grupos de población más vulnerables a la infección por VIH, de modo que analiza la conducta sexual, el uso de métodos preventivos y los factores de vulnerabilidad específicos en hombres y mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres que tienen sexo con mujeres y hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual. Finalmente se realiza una pequeña descripción de los principales programas preventivos actuales cuya efectividad ha sido empíricamente validada. Por su parte, el *tercer capítulo* presenta una síntesis de los principales modelos teóricos utilizados en el ámbito de la prevención del VIH/sida, analizando detalladamente sus puntos fuertes y sus limitaciones. Finalmente, el *cuarto capítulo* presenta las variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales más relevantes en el abordaje de la prevención del VIH, indicando los datos que avalan su efecto protector o facilitador de la conducta sexual de riesgo en cada uno de los cinco subgrupos poblacionales presentados en el segundo capítulo.

La **segunda parte**, el estudio empírico, describe los aspectos vinculados a la metodología empleada en el desarrollo de la presente investigación. Una de las características diferenciales que definen este estudio es que su estructura se ha replicado en los cinco grupos poblacionales analizados, de modo que la exposición de los objetivos e hipótesis (*capítulo cinco*), la descripción de la muestra, los instrumentos de evaluación, el procedimiento y los análisis estadísticos (*capítulo seis*) se ha realizado considerando esta particularidad. Para facilitar su exposición, los resultados (*capítulo siete*) se presentan clasificados en cinco epígrafes y seis subepígrafes que siguen la estructura establecida en los objetivos generales y específicos planteados en este trabajo de investigación. Así, un primer subepígrafe corresponde a los resultados derivados del análisis de las principales prácticas sexuales y de la frecuencia de uso del preservativo y/o la barrera de látex en las relaciones mantenidas con parejas esporádicas. Los siguientes tres subepígrafes analizan el perfil diferencial en personas que usan o no un determinado método preventiva en la práctica sexual de mayor riesgo. Para terminar, el último subepígrafe explora las variables que aumentan y disminuyen la adopción de conductas sexuales de riesgo.

La **tercera parte**, discusión y conclusiones, discute los resultados obtenidos a partir de los hallazgos recogidos en la literatura científica previa (*capítulo ocho*). Finalmente se exponen las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos y las principales limitaciones y líneas futuras de investigación (*capítulo nueve*).

II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Situación epidemiológica de la infección por VIH

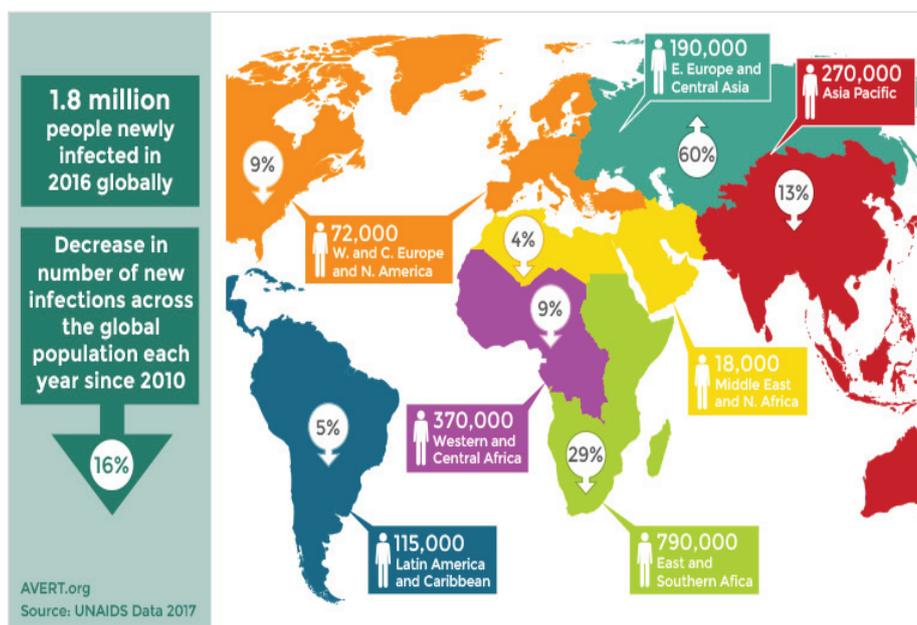
1. EL VIH/SIDA EN EL MUNDO

En la actualidad el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) constituyen un gran problema de salud pública. A pesar de la introducción del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que ha reducido enormemente la mortalidad en los países desarrollados y ha cronificado la evolución de esta infección, la epidemia sigue avanzado sobre todo en los países menos desarrollados.

Efectivamente, la infección por el VIH/sida sigue constituyendo una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) estiman que en la actualidad hay 36.7 millones de personas infectadas por el VIH o con sida, de los cuales 2.1 millones son niños menores de 15 años (UNAIDS, 2017). Además, se estima que 76.1 millones de personas han contraído el VIH desde el comienzo de la epidemia, de los cuales una quinta parte son niños. A nivel mundial, 1.8 millones de personas (entre 1.6 millones y 2.1 millones) contrajeron la infección por el VIH en 2016 (ver figura 1). Esta cifra supone un 28% menos que los 2.3 millones de casos registrados en 2012 (entre 1.9 y 2.7 millones) y un 50% menos que los 2.7 millones registrados en 2008.

Figura 1.

Número de nuevas infecciones en 2016 y cambios con respecto al 2010



Fuente: tomado de AVERT (2017)

La pandemia del VIH/sida presenta gran una variedad de patrones epidemiológicos condicionados en parte por, el momento de aparición y difusión en cada área geográfica; los diferentes mecanismos de transmisión implicados; y la capacidad de respuesta de cada país (Castilla, 2000a). La mayor parte de las personas infectadas viven en países en vías de desarrollo del continente africano, principalmente Sudáfrica (6.1 millones), Nigeria (3.4 millones) y Mozambique (1.6 millones). Concretamente, en África Oriental y Meridional viven 19.4 millones de personas infectadas, aproximadamente el 52.9% de las personas seropositivas de todo el mundo. A esta región le sigue la zona de África Occidental y Central con 6.1 millones y, en tercer lugar, se encuentra Asia y el Pacífico con una cantidad estimada de 5.1 millones de personas. A continuación, se proporcionan algunos datos específicos sobre incidencia y prevalencia para cada región.

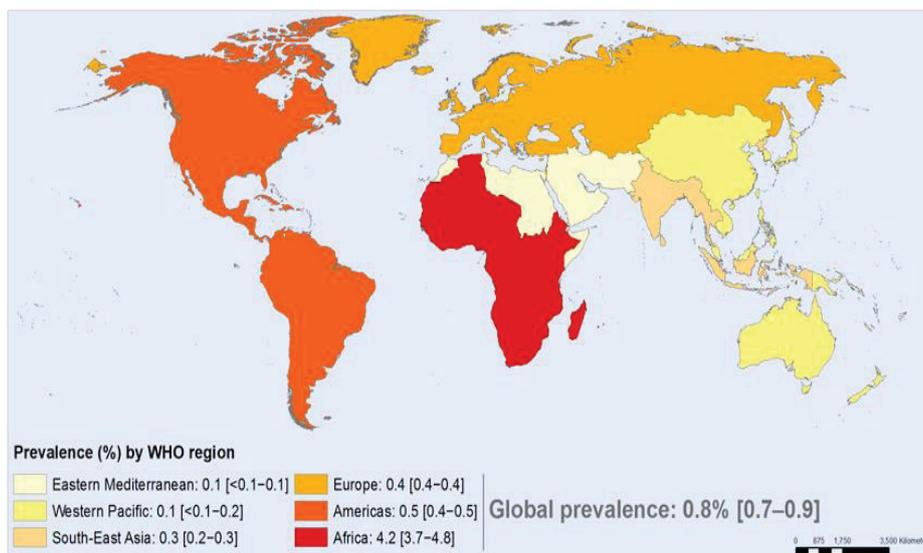
África. África subsahariana constituye la región más afectada ya que allí viven el 70% de las personas infectadas (ver figura 2). En los primeros años de la epidemia, la infección se expandió rápidamente por transmisión heterosexual en los países occidentales y, en pocos años, la prevalencia en países como Kenia y Etiopía superó el 10%. Posteriormente, y en poco tiempo, la epidemia se ha ido extendiendo hacia los países del cono sur (Kenia, Sudáfrica, Nigeria, Malawi, etc.). En la actualidad la transmisión es fundamentalmente heterosexual. Las mujeres y las niñas constituyen una población muy vulnerable, siendo una de las pocas regiones del mundo donde existe una feminización de la epidemia (UNAIDS, 2014). En África viven 400.000 niños infectados por el VIH y se estima que otros 4 millones ya han muerto. Afortunadamente, la mayor parte de los países han conseguido disminuir la incidencia excepto, Etiopía, Madagascar y Liberia donde los nuevos diagnósticos han experimentado un repunte. Sudáfrica, el país con mayor prevalencia, ha registrado el mayor descenso con 110.000 notificaciones menos que en el año 2010 (UNAIDS, 2017). El número de fallecimientos relacionados con el sida también ha ido reduciéndose progresivamente, siendo Sudáfrica el país con mayor descenso, aproximadamente 100.000 defunciones menos. Esta disminución de la mortalidad se debe al rápido aumento del número de personas con acceso al tratamiento antirretroviral, el 67% de las mujeres adultas y el 51% de los hombres adultos.

América del Sur y Caribe. En América Latina y los países del Caribe los mecanismos de transmisión predominantes y la dimensión de la epidemia varían significativamente de unos países a otros. En algunas zonas los primeros casos de VIH se produjeron a principios de los ochenta, aunque en los países del cono sur (Argentina, Chile y Uruguay) los primeros casos se registraron más tarde. La transmisión entre personas heterosexuales y entre hombres que tienen sexo con hombres constituyen las vías más importantes. Por su parte, las mujeres transexuales constituyen el colectivo más vulnerable con una prevalencia del VIH 49 veces mayor que la población general (UNAIDS, 2014).

Algunos países del Caribe presentan prevalencias muy elevadas, sólo superadas por las de regiones de África Oriental y Meridional. En Bahamas están infectados más del 3.2% de los adultos y en Haití cerca del 2% (UNAIDS, 2017). El número de nuevas infecciones ha permanecido constante entre 2010 y 2016, sin aumentar ni disminuir de forma significativa. Sin embargo, el desglose epidemiológico por países muestra un panorama mixto. Mientras que en Cuba y Chile los nuevos casos se incrementaron en un 50% y 26%, respectivamente, en Haití la incidencia se ha reducido de 11.000 casos en el año 2010 a 7.900 casos en el año 2016, más de un 28%. El número de muertes ha disminuido considerablemente debido al aumento del acceso a la terapia antirretroviral, ya que entre 2005 y 2016 el acceso a esta terapia aumentó del 5% al 52%. Aproximadamente el 58% de personas que viven con VIH toman la TARGA.

Figura 2.

Prevalencia mundial del VIH en adultos entre 15 y 49 años



Fuente: tomado de la World Health Organization (2017)

Asia. La llegada de la epidemia en las distintas regiones del continente asiático fue relativamente tardía. En los primeros años de la década de los noventa se produjo una rápida propagación del VIH en algunos países del sur y sudeste, tanto entre contactos heterosexuales como en personas usuarias de drogas por vía parenteral. Los niveles de prevalencia del VIH en esta región no son muy altos (ver figura 2). No obstante, dado que Asia aglutina cuatro de los cinco países más poblados (China, India, Indonesia y Pakistán) la cifra de personas infectadas es muy elevada,

aproximadamente 6 millones. Según las estadísticas, la alta prevalencia entre las trabajadoras sexuales es uno de los principales factores de propagación del VIH (UNAIDS, 2014). Otra característica distintiva de la epidemia es la transmisión entre hombres que tienen sexo con hombres. En Malasia, Mongolia y Myanmar la prevalencia en este colectivo es superior al 10%. En el sur y sudeste de Asia viven 5.1 millones (entre 3.9 millones y 7.2 millones) de personas con infección por el VIH. En 2016 se produjeron 270.000 nuevas infecciones, cifra que representa el 15% del total mundial (UNAIDS, 2017). Aunque a nivel global la incidencia se está reduciendo el desglose epidemiológico por países muestra un panorama mixto. En Tailandia y Nepal los nuevos casos se redujeron un 50% entre 2010 y 2016. Sin embargo, durante ese mismo periodo la incidencia en Indonesia se incrementó un 57%. El número de defunciones relacionados con el sida están disminuyendo progresivamente. India y Myanmar fueron los países que registraron el mayor descenso. El 47% de las personas que viven con VIH en Asia y el Pacífico tienen acceso al tratamiento anti-retroviral.

Europa y Norteamérica. En Europa, Estados Unidos y Canadá la infección por VIH empezó precozmente. No obstante, las medidas preventivas introducidas permitieron frenar su expansión. Las vías de transmisión predominantes han sido las relaciones homosexuales entre hombres y el consumo de drogas por vía parenteral. En los últimos años se ha producido un aumento de la transmisión heterosexual en detrimento de la vía parenteral (UNAIDS, 2014). En Estados Unidos, aunque los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres sólo representan el 4% de la población masculina, constituyen el 78% de las nuevas infecciones. En Europa occidental y central, el número de diagnósticos en este colectivo aumentó en un 30% entre 2010 y 2016. La mayoría de los países han conseguido reducir las conductas de riesgo asociadas al VIH. Durante el año 2016 se produjeron 73.000 nuevas infecciones (ver figura 1). En general, la incidencia está disminuyendo en todos los países excepto en República Checa, Serbia y Eslovaquia donde los nuevos diagnósticos aumentaron. A lo largo del año 2016 se produjeron 18.000 fallecimientos a causa de enfermedades relacionadas con el sida (UNAIDS, 2017). Cabe destacar que entre 2010 y 2016 el número de muertes experimentó un descenso del 32%. La disponibilidad del tratamiento antirretroviral se ha generalizado en esta zona del mundo siendo su coste mucho más asequible y universal que en otras regiones.

2. CARACTERÍSTICAS DISTINTIVAS DEL VIH/SIDA EN ESPAÑA

Según los informes realizado por Cañas, García y Andérica (2003) y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), la epidemia del VIH/sida en España es madura y está

concentrada en determinados grupos poblacionales. Las principales características diferenciales del VIH/sida en nuestro país respecto a otros países europeos son las siguientes:

1. Las personas que se inyectan drogas (PID) conforman el subgrupo poblacional más afectado. Desde 1981 hasta 2003, este colectivo representó más 50% de los nuevos casos de sida. Progresivamente, la menor incorporación de jóvenes al consumo de heroína; la sustitución de la vía de consumo inyectada por la fumada o inhalada; y la implementación de estrategias de reducción de daño (programas de intercambio de jeringuillas y de mantenimiento con metadona) propició una disminución de las prácticas de riesgo que, a su vez, redujo la incidencia en este colectivo. Según los últimos datos disponibles del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017), las PID representan el 3.6% de los nuevos diagnósticos de VIH y el 12.7% de los nuevos casos de sida.
2. La elevada prevalencia de sida en personas que se inyectan drogas propició un aumento secundario de la incidencia en parejas de aquellas PID infectadas (transmisión heterosexual) y en hijos de madres usuarias de drogas inyectadas (transmisión madre-hijo o perinatal). Durante la década de los noventa, España se posicionó como el país europeo con mayor incidencia de sida perinatal, registrándose 629 casos. Por otra parte, los estudios epidemiológicos estiman que más del 70% de las infecciones diagnosticadas en mujeres españolas tienen relación directa o indirecta con el consumo de drogas por vía parenteral.
3. La población penitenciaria ha presentado una de las prevalencias más elevadas de los países occidentales. La colaboración entre la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida ha sido crucial para el desarrollo y la implementación de estrategias preventivas (campañas informativas, prueba voluntaria del VIH, programas de educación entre iguales, provisión de material de inyección estéril, tratamientos sustitutivos con metadona, provisión de condones y lubricantes, etc.). Durante los últimos años las tasas de infección en presos han disminuido significativamente, desde el 20% en 1997 al 6% en el año 2012. No obstante, estas cifras todavía siguen siendo muy superiores a las de la población general.
4. El colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ha tenido un menor peso en la epidemia en comparación con el resto de países de Europa, a pesar de la elevada incidencia en determinadas Comunidades Autónomas (Navarra, Islas Canarias, Cataluña, Madrid, Islas Baleares, etc.) y en grandes núcleos urbanos de ciudades como Madrid o Barcelona. La seroprevalencia de VIH en HSH disminuyó a lo largo de la primera mitad de los años noventa y posteriormente se paralizó en torno al 10-16%. Actualmente suponen el

53.1% de los diagnósticos y conforman el único colectivo en el que la tasa de nuevos diagnósticos ha seguido incrementándose progresivamente entre 2009 y 2014.

5. España presentó el grado de coinfección VIH/tuberculosis más elevado de los países occidentales. En las primeras décadas de la epidemia se originó una tasa media anual de coenfermedad cercana a los 100 casos por cada millón. En el periodo 2010-2016, la neumonía por *Pneumocystis carinii* y la tuberculosis son las enfermedades indicativas de sida más frecuentes, afectando al 27.4% y 21.9%, respectivamente (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017).
6. En la actualidad se está produciendo un aumento de la prevalencia global como consecuencia del incremento de la supervivencia de las personas que viven con VIH. En España la tasa global de nuevos diagnósticos es similar a la del resto de países de Europa occidental. No obstante, si bien la mejora respecto a décadas pasadas es incuestionable, esta tasa sigue siendo superior a la media de los países de la Unión Europea.

3. EVOLUCIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH/SIDA EN ESPAÑA

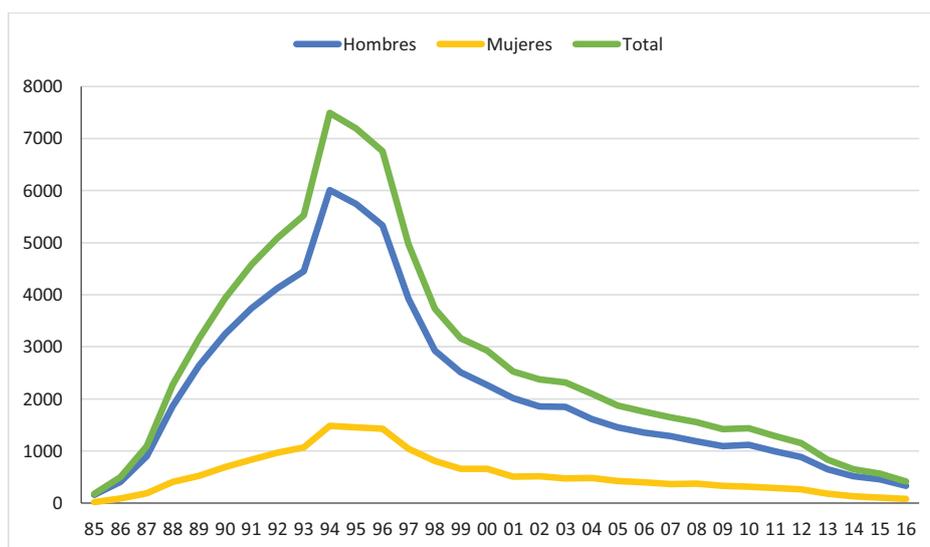
Castilla (2000b) considera tres etapas en la evolución de la epidemia del VIH/sida en España. La primera abarcó desde el inicio de la epidemia en 1981 hasta 1989. Este periodo se caracterizó por una rápida propagación del VIH, fundamentalmente en usuarios de drogas inyectadas y en hombres que tenían sexo con hombres (ver figura 3). En 1986, ya se había detectado al menos un caso de sida en cada provincia. A lo largo de este periodo se notificaron 11.229 casos de sida. La segunda etapa aconteció entre 1990 y 1995 y durante este período se evidenció la magnitud de la epidemia, alcanzándose la máxima incidencia de sida, 7.494 casos y 5.857 defunciones (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Durante este lustro se registraron 33.822 casos de sida. Cabe destacar que, en el año 1993, el sida se posicionó como la primera causa de muerte en personas de entre 25 a 44 años.

Por último, a partir de 1996 se produce un descenso significativo de la incidencia como consecuencia del efecto positivo de los programas de reducción de daños y de educación sexual. Además, este periodo se ha caracterizado por la disminución del número de diagnósticos de sida; en 1999 los casos disminuyeron más del 50% respecto al 1995; y por el descenso de la mortalidad, en 1999 se registraron 1.844 defunciones frente a las 5.857 del año 1995 (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Estos cambios se producen con la introducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad y con las mejoras en asistencia sanitaria proporcionada a los pacientes.

La generalización de tratamientos efectivos junto a la estabilización del número de personas que vivían con VIH, determinó la obsolescencia de los registros de sida para monitorizar la evolución de la infección por el VIH (Díez et al., 2012). Por esa razón, en diciembre del 2000 se creó el Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones de VIH (SINIVIH) que recoge información en las comunidades autónomas de Asturias, Islas Baleares, Islas Canarias, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Navarra, el País Vasco y la ciudad autónoma de Ceuta desde el año 2003; de Galicia desde el año 2004; de Madrid desde el 2007; de Aragón, Castilla La Mancha y la ciudad autónoma de Melilla desde el 2008; de Cantabria, Castilla León y Región de Murcia desde el año 2009; de la Comunidad Valenciana desde 2012 y de Andalucía desde 2013. La cobertura actual del SINIVIH es del 100% del total de la población.

Figura 3.

Casos de sida registrados en España. Periodo 1985-2016



Fuente: elaborado a partir del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017)

Desde la creación del Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones de VIH en España se han notificado 44.066 casos, con una prevalencia media de 95 casos por cada 100.000 habitantes. Los datos proporcionados durante el año 2017 por las comunidades autónomas, permiten establecer tres categorías según la tasa de incidencia (ver figura 4):

- **Alta incidencia**, con más de 10 infecciones por 100.000 habitantes se encuentran: Islas Canarias (15.24) e Islas Baleares (14.32).

- **Incidencia media**, entre 10 y 5 infectados por 100.000 habitantes se encuentran: Comunidad Valenciana (9.43), Aragón (8.90), Cataluña (7.78), Andalucía (7.24), País Vasco (7.17), Cantabria (7.07), Madrid (6.29), Asturias (6.28), Navarra (5.50), Región de Murcia (5.45) y La Rioja (5.02).
- **Baja incidencia**, con menos de 5 infecciones por 100.000 habitantes se encuentran: Galicia (4.33), Castilla y León (3.49), Melilla (3.48), Castilla-La Mancha (3.27), Extremadura (2.09) y Ceuta (1.18).

Figura 4.

Incidencia del VIH en España



Fuente: elaborado a partir del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017)

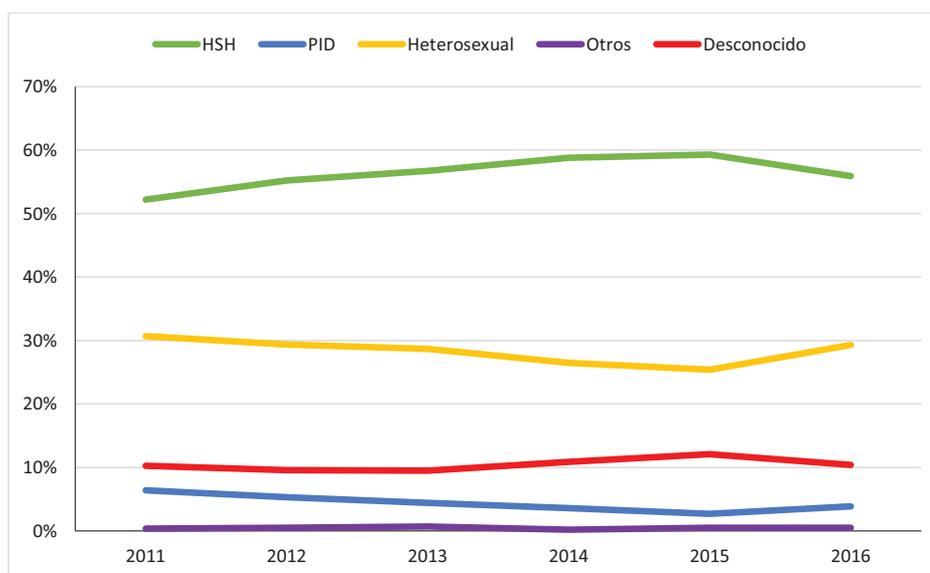
Según los datos del Centro Nacional de Epidemiología, durante el año 2016 se notificaron 3.353 nuevos casos de VIH, lo que supone una tasa global de 7.22 infecciones por 100.000 habitantes sin ajustar por retraso en la notificación (cuando se haya completado la notificación de todos los diagnósticos, se estima que la tasa será de 8.60 por 100.000 habitantes). En función del sexo, los hombres suponen el 83.9% de los diagnósticos y las mujeres el 16.1%; estos porcentajes corresponden a tasas de 12.3 infecciones en hombres y 2.2 en mujeres por 100.000 habitantes. La mediana de edad fue de 36 años en hombres y 39 años en mujeres, mientras que las tasas más altas

se produjeron en los grupos de 30 a 34 años y 35 a 39 años (17.9 y 15.7 infecciones por 100.000 habitantes, respectivamente). La categoría de transmisión más frecuente es la de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, 53.1%, seguida de la transmisión heterosexual, que suma un 26.5%, y la de usuarios de drogas por vía parenteral, que supone un 3.6%. El porcentaje de infecciones cuyo origen es desconocido o no consta se mantiene estable en torno al 10%.

Durante el periodo 2009-2016, se aprecian diferentes tendencias en los nuevos diagnósticos según las categorías de transmisión (Figura 5). El porcentaje de nuevos diagnósticos en HSH ascendió del 47.5% en 2009 al 55.9% en 2016, mientras que en heterosexuales y en personas que se inyectan drogas, disminuyó tanto en hombres como mujeres.

Figura 5.

Nuevos diagnósticos de VIH por categoría de transmisión. Periodo 2011-2016



Fuente: elaborado a partir del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017)

El aumento de la población inmigrante en España ha producido un incremento del número de personas infectadas por VIH/sida originarias de otros países. La proporción de personas seropositivas cuyo país de origen no es España aumentó de forma progresiva en la primera mitad de la década del 2000. No obstante, esta cifra se ha ido estabilizado durante la segunda mitad. En la actualidad, se ha iniciado un descenso significativo, situándose en torno al 36%. En el año 2017, el 36.6% de los nuevos diagnósticos se realizaron en personas cuyo país de origen no era España,

siendo el latinoamericano el colectivo con mayor incidencia (16.6%), seguido del africano subsahariano (6.5%). Al igual que los españoles, la categoría de transmisión predominante entre los casos procedentes de Latinoamérica y Europa Occidental es la de hombres que tienen sexo con hombres (61% y 62%, respectivamente). En cambio, el 77.4% de los subsaharianos adquirió la infección a través de transmisión heterosexual.

En España hay entre 130.000 a 160.000 personas conviviendo con VIH de las que aproximadamente el 30% desconocen su situación (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017; UNAIDS, 2014). El diagnóstico precoz de la infección resulta fundamental tanto para la evolución clínica de los pacientes (si no se recibe tratamiento antirretroviral aumenta la probabilidad de desarrollar sida y de fallecer) como para limitar su expansión. El indicador utilizado en el momento de la detección del VIH como determinante de diagnóstico tardío (DT) es el nivel de CD4. El Centro Nacional de Epidemiología considera diagnóstico tardío la presencia de cifras de CD4 inferiores a 350 células/ μ l y se habla de enfermedad avanzada (o fase sida) cuando la cifra de CD4 es inferior a 200 células/ μ . En el año 2017, el 19.2% de los nuevos diagnósticos tenía una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ l en el momento de detectarse la infección y el 26.8% presentaba una cifra de CD4 menor de 200 células/ μ l, lo que significa que el 46% de los nuevos casos eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento del diagnóstico. Según el modo de transmisión, el diagnóstico tardío es mayor en el grupo de hombres heterosexuales (61.1%), seguido por las mujeres heterosexuales (55.7%) y las personas que se inyectan drogas (45.8%), lo que puede estar indicando una menor percepción de riesgo en estos colectivos. Además, se aprecia un aumento del DT con la edad, pasando del 1.7% en el grupo de 15 a 19 años hasta el 51.1% en los mayores de 49 años (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017).

A pesar de la actual obsolescencia de los registros de sida para la cuantificación de la epidemia (Díez et al., 2012), el Ministerio de Sanidad español sigue realizando un registro de nuevos casos. Desde el inicio de la vigilancia epidemiológica en 1981 hasta la actualidad, se han notificado 86.663 casos de sida. Tras alcanzar su pico máximo a mediados de la década de los 90, los nuevos diagnósticos han experimentado un progresivo descenso, aproximadamente un 93% desde 1996 (año previo a la generalización del TARGA) hasta 2016. Según los datos proporcionados por los registros autonómicos de sida, durante el año 2016 se notificaron 412 nuevos casos (se estima que tras corregir los datos por retraso en la notificación esta cifra ascenderá hasta 607 casos). En función del sexo, los hombres suponen el 80.8% de los nuevos casos y las mujeres el 19.2%. La mediana de edad del diagnóstico fue de 44 años, siendo similar en hombres y mujeres.

El número personas diagnosticadas de sida que contrajeron la enfermedad a través de relaciones heterosexuales desprotegidas suponen el porcentaje más elevado, un 36.2%; dicha

transmisión, en números absolutos, sigue afectando más a hombres (86 casos) que a mujeres (63 casos). Las nuevas notificaciones realizadas en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres suponen el 32%. Por su parte, la proporción de personas que contrajeron la enfermedad por compartir material de inyección para la administración de drogas por vía parenteral descendió al 12.6%. Los casos de VIH pediátrico se sitúan en el 0.5%. Durante la última década se aprecia un progresivo descenso del número de casos detectados en personas heterosexuales y personas usuarias de drogas por vía parenteral. Por su parte las cifras entre los hombres que tienen sexo con hombres se mantienen estables.

RESUMEN...

En resumen, la infección por VIH y el sida representan un gran problema de salud pública que constituye una de las principales causas de mortalidad y discapacidad a nivel mundial con casi 36.7 millones de personas afectadas por esta enfermedad. La mayor parte de estas personas infectadas viven en países en vías de desarrollo del continente africano, principalmente Sudáfrica, Nigeria y Mozambique. No obstante, esta pandemia presenta gran una variedad de patrones epidemiológicos circunscritos al momento de aparición y difusión en cada área geográfica; a los mecanismos de transmisión implicados; y a la respuesta instaurada por cada país.

En España, la evolución epidemiológica ha estado caracterizada por tres etapas. Un primer periodo caracterizado por una rápida propagación del VIH, fundamentalmente en usuarios de drogas inyectadas y en hombres que tenían sexo con hombres (entre 1981 y 1989). Un segundo periodo caracterizado por un gran avance de la prevalencia e incidencia en todos los colectivos (entre 1990 y 1995). Y un tercer periodo caracterizado por un descenso significativo de la incidencia y la prevalencia como consecuencia de la implementación de estrategias preventivas y de la introducción de la TARGA.

En la actualidad el VIH constituye en nuestro país una epidemia madura que afecta principalmente a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, hombres y mujeres heterosexual y usuarios de drogas por vía parenteral. Durante el año 2016 se notificaron más de tres mil nuevos casos de VIH, lo que supone una tasa global de 8.60 infecciones por 100.000 habitantes. En la actualidad, la reducción del número de personas infectadas por VIH originarias de otros países y la reducción de las cifras de diagnóstico tardío constituyen dos de los principales retos pendientes.

Puesto que la epidemia del VIH ha tenido una evolución desigual en los distintos colectivos poblacionales por sus características específicas, es necesario analizar algunos aspectos de forma independiente (situación epidemiológica, características de vulnerabilidad, prácticas sexuales, etc.) de cara al diseño y la implementación de estrategias preventivas.

2. Grupos de población vulnerables a la infección por VIH

Durante los primeros años de la epidemia, tanto la prevalencia, la incidencia y la diseminación del VIH/sida se explicaba a través de los denominados “grupos de riesgo”. Estos grupos estaban conformados por personas con alguna característica común (hombres homosexuales, trabajadoras sexuales, haitianos, usuarios de drogas por vía parenteral y mujeres que eran pareja de hombres que tenían el síndrome) que los convertía en portadores y transmisores del VIH. Indiscutiblemente, esta conceptualización implicaba la exclusión social o la conversión de dichos colectivos como medio para erradicar el riesgo de la infección entre la población general.

Posteriormente, la evidencia científica junto a la presión y movilización social contra el estigma y la discriminación encabezada por estos supuestos grupos de riesgo propició un cambio que consideró la conducta como único indicador válido. Esta nueva conceptualización centrada únicamente en las prácticas sexuales destaca que los comportamientos individuales son el único factor que explica la infección del VIH y que esto no tienen nada que ver, en absoluto, con tener una determinada orientación sexual, identidad de género o pertenecer a un determinado colectivo. Actualmente, las características sociodemográficas de los colectivos no son cuestionadas y únicamente, o al menos eso sería lo esperable, se realiza una orientación centrada en el individuo cuyo objetivo es modificar el comportamiento y el uso sistemático de determinados medios preventivos de barrera.

En este capítulo se realizará una exhaustiva revisión de distintos colectivos poblacionales en base a su conducta sexual y su grado de capacidad cognitiva (hombres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres heterosexuales, mujeres que tienen sexo con mujeres y personas con diversidad funcional intelectual) haciendo hincapié en su comportamiento sexual y en la frecuencia de uso de distintos métodos preventivos; en la prevalencia e incidencia del VIH y otras ITS; en sus factores de vulnerabilidad específicos; y en las principales estrategias preventivas actuales.

1. HOMBRES HETEROSEXUALES

CONCEPTUALIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

El término hombre heterosexual es utilizado para referirse a aquellos hombres que únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres; vinculando las prácticas sexuales con la orientación del deseo. Esta etiqueta presupone que únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres los hombres auto identificados como heterosexuales, dejando fuera a aquellos hombres identificados como bisexuales o aquellos hombres que, aun identificándose como homosexuales, tienen contactos heterosexuales frecuentes o esporádicos. Por tanto, relacionar inequívocamente conducta sexual y la orientación sexual autopercibida tiene el riesgo de invisibilizar a algunas personas y, por tanto, excluirlas de los programas preventivos (Hurtado et al., 2010).

Efectivamente, aunque sea poco frecuente, algunos hombres identificados como homosexuales mantienen relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. Everett (2013) determina que aproximadamente un 44% de hombres identificados como gais mantienen o han mantenido relaciones sexuales también con mujeres. Un estudio de Rosenberger, Schick, Schnarrs, Novak y Reece (2014) que explora las prácticas sexuales, en una muestra compuesta por 5.357 hombres identificados como homosexuales y bisexuales que viven en entornos rurales, concluye que el 55.1% y el 22.1% ha mantenido relaciones sexuales vaginales y anales con una mujer en algún momento de su vida. También existen hombres identificados como bisexuales que, aunque sienten atracción romántica por hombres, únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres. Una investigación que evalúa la disparidad entre la orientación del deseo y la conducta sexual, en una muestra de 259 hombres bisexuales, determina que el 54.8% de los sujetos evaluados únicamente mantienen relaciones con mujeres (Everett, 2013). Por lo que respecta a nuestro entorno más inmediato un estudio realizado por Gregori, Cerdá, Moya, Perini y Ballester (2017) realizado con una muestra de 198 adolescentes concluye que un 12.6% estaría dispuesto a dejarse masturbar por un hombre y un 12.1% estaría dispuesto a recibir sexo oral de un hombre.

El campo de la epidemiología y la prevención debe romper la conceptualización clásica y/o dicotómica de la sexualidad, priorizando la conducta sexual a la etiqueta identitaria con la que cada persona se define. Por tanto, si bien el término correcto a emplear en esta tesis sería «*hombres que tienen sexo con mujeres (HSM)*» aludiendo únicamente a la conducta sexual, principalmente se empleará el término hombre heterosexual al ser la etiqueta actualmente utilizada por el Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017) los sistemas internacionales sobre vigilancia epidemiológica (UNAIDS, 2017) y, en general, por toda la comunidad científica.

Realizando un análisis del comportamiento sexual de los hombres heterosexuales se observa que el 87.9% y el 41.4% de los hombres heterosexuales que han mantenido relaciones durante los 3 últimos meses han practicado coito vaginal y coito anal, respectivamente (Castro, 2016). En consonancia, un estudio que analiza diversos aspectos de la sexualidad, en un grupo de 1.425 hombres adultos estadounidenses entre 20 y 49 años, establece que el 80.6% de los participantes refieren masturbarse, el 43.9% han practicado masturbaciones mutuas, el 69.9% ha recibido sexo oral de su pareja, el 63.6% ha realizado un cunnilingus a su pareja, el 77.1% ha practicado coito vaginal y el 20.6% ha practicado coito anal (Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). En contexto español, una investigación realizada por Ruiz (2014) con hombres jóvenes determina que las prácticas sexuales más realizadas son el coito vaginal (92.9%), las masturbaciones mutuas (89.8%), el sexo oral (86.3%) y el coito anal (37.3%). Por su parte, B. Navarro et al. (2010) realizan un estudio que analiza los hábitos y las preferencias sexuales en hombres jóvenes españoles cuyos resultados indican que, en una escala de 1 a 10, la práctica sexual preferida es el coito vaginal con el hombre colocado detrás de la mujer (8.4 puntos), seguida de la felación (8.3 puntos), el coito vaginal con la mujer encima (8.1 puntos) y el cunnilingus (6.63 puntos).

Actualmente, pocos estudios han examinado el uso de vibradores y otros juguetes sexuales en hombres heterosexuales. Un trabajo realizado en contexto estadounidense determina que el 43.8% de los hombres heterosexuales refieren haber utilizado un vibrador en algún momento de su vida. Concretamente, el 22.3% lo ha usado durante el último mes ($n = 94$), el 32.6% durante el último año y el 45% hace más de un año. Con respecto a las situaciones específicas en las que se utiliza, la mayor parte de la muestra refiere utilizarlo durante los juegos preliminares al coito para estimular a la pareja (96.3%) (Reece et al., 2010).

Respecto a la frecuencia con la que se mantienen relaciones sexuales, un 64.7% de los hombres tienen relaciones sexuales entre 3 y 15 veces al mes, un 10.3% más de 15 veces al mes y un 11.8% no mantiene relaciones. Además, los hombres son quienes siempre (15.7%) o casi siempre (47.2%) toman la iniciativa (B. Navarro et al., 2010). Si se realiza un análisis del número de parejas con el que se han mantenido relaciones, un estudio llevado a cabo por Burris, Smith y Carlson (2009) indica que la media de parejas sexuales a lo largo de la vida es de 4.2. Por su parte, Planes, Prat, Gómez, Gras y Font-Mayolas (2012) establecen que el 80% ha mantenido relaciones con dos o más personas en el último año. Aunque muchos trabajos no diferencian el número de parejas en función del tipo de práctica, Castro (2016) realiza un trabajo con hombres heterosexuales entre 18 y 26 años en el que determina que la media de parejas sexuales es de 4.8 para el coito vaginal y 1.6 para el coito anal. Congruentemente, otro estudio realizado por Blanc y Rojas (2018) concluye que la muestra analizada refiere una media de 4.57 parejas con las que ha practicado coito vaginal,

3.34 parejas con las que se ha realizado sexo oral y 1.56 parejas con las que se ha practicado coito anal.

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

A pesar de los estudios que determinan la imposibilidad de transmisión del VIH hasta niveles prácticamente despreciables en personas con carga viral indetectable que toman medicación (J. Cohen, 2011), todavía existe una gran cantidad de personas que desconocen su estado serológico y que por tanto no toman fármacos antirretrovirales (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Actualmente la estrategia más efectiva para combatir la infección sexual por VIH es la prevención primaria a través del uso métodos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino y/o barrera de látex). A pesar de su importancia, diversos estudios revelan tasas sistemáticas de uso bajas e insuficientes.

Prat, Planes, Gras y Sullman (2016) determinan que, en el último mes, el 45.3% de los hombres españoles que han mantenido relaciones coitales ha utilizado siempre el preservativo, el 15.4% casi siempre, el 8% a veces, el 5% casi nunca y el 26.4% nunca. Por su parte, otro estudio realizado con jóvenes españoles indica que sólo el 61.7% usó el preservativo durante su último encuentro sexual. En cuanto al uso de este método preventivo durante los últimos 12 meses, el 71.9% refiere un uso ocasional no sistemático (Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009). Otro trabajo realizado con estudiantes universitarios españoles revela que, en cuanto a la frecuencia de uso del preservativo, el 66.2% lo utiliza sistemáticamente, el 25.5% lo usa de manera ocasional y el 8.3% no lo utiliza nunca (Planes et al., 2012). La mayor parte de los estudios que analizan la frecuencia de uso del preservativo solo se centran en la práctica del coito vaginal (Calafat et al., 2009; Prat et al., 2016), aunque el sexo oral y sobre todo el sexo anal sin protección también constituyen prácticas de riesgo. Castro (2016) indica que solo el 32.1% de quienes han mantenido relaciones coitales anales refieren un uso sistemático del preservativo. Otra investigación similar llevada a cabo por Blanc y Rojas (2018) determina que un 10.5% usa consistentemente el preservativo cuando realiza una felación, un 73% cuando practica coito vaginal y un 36.75% cuando practica coito anal.

Calafat et al. (2009) realizan un análisis de los motivos que explican el uso no sistemático del preservativo en una muestra de jóvenes españoles. La razón más expuesta es mantener una relación de pareja estable o con una pareja de confianza (68.4%), no tenerlo disponible en ese momento (55.8%). poseer un exceso de entusiasmo (45.6%), haberlo olvidado (35.8%), haber consumido alcohol u otras drogas (34.6%) e incomodidad en preguntarle a la pareja (19.7%). Cabe

destacar la existencia de un 44.2% que decide no utilizarlo de forma consciente, sin aportar ningún motivo específico. Según Flood (2003) las cinco principales razones aludidas por los hombres heterosexuales para no usar preservativos son: (1) creer que existe mayor riesgo de embarazo no deseado que de infección por VIH u otra ITS; y en cuanto al riesgo de embarazo, se confía en que la pareja tome la píldora; (2) creer que utilizar preservativos reduce drásticamente la sensibilidad y que su uso resulta difícil; (3) creer que existen ciertos factores como la excitación, la espontaneidad y la pasión que dificultan su uso; (4) creer que cuando una relación sexual es monógama y de confianza no es necesario utilizar preservativo; (5) estar convencido de que su círculo social y las relaciones heterosexuales constituyen entornos seguros, es decir, libres de VIH.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL VIH Y OTRAS ITS

En la actualidad, los hombres heterosexuales representan el segundo grupo poblacional más afectado por el VIH, tras el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. Así lo indican los datos sobre prevalencia e incidencia recogidos en el último informe sobre vigilancia epidemiológica del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017) y las bajas tasas de uso sistemático del preservativo recogidas en los distintos estudios (Blanc y Rojas, 2018; Planes et al., 2012; Prat et al., 2016). Se calcula que la prevalencia del VIH en hombres heterosexuales españoles oscila entre 0.4% y 0.5% (UNAIDS, 2014).

Según los últimos datos disponibles, durante el año 2016 se notificaron 449 casos de VIH en hombres mediante transmisión heterosexual, cifra que supone el 16% de los nuevos diagnósticos realizados en hombres y el 13.4% del total de casos (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Este colectivo registra 1.9 casos de VIH por 100.000 hombres. El porcentaje de hombres heterosexuales diagnosticados ha ido disminuyendo progresivamente en el periodo comprendido entre 2009-20016. No obstante, a partir del año 2015 se ha producido un repunte que continúa en la actualidad. Los informes epidemiológicos indican que, al igual que otros colectivos, existe un importante número de hombres heterosexuales que desconocen su estado serológico. Concretamente, este grupo constituye el primer colectivo con mayor porcentaje de diagnóstico tardío (61.1%) y el segundo grupo en cuanto a número de casos (n = 416). El mayor porcentaje de diagnóstico tardío de hombres frente a mujeres se observa en todos los países desarrollados y se atribuye al hecho de que a las mujeres embarazadas se les realiza de manera rutinaria la prueba del VIH (Plan Nacional sobre el Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2011).

En cuanto a la incidencia del sida, según el último informe sobre vigilancia epidemiológica los casos detectados en hombres heterosexuales representaron el 25.8% del total de casos detectados

en hombres y el 20.9% del total de casos notificados (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Desde el año 1996 en el que se declaró el mayor número de casos de sida (711 diagnósticos) se ha producido una tendencia descendente congruente con el resto de categorías de transmisión registradas.

FACTORES DE VULNERABILIDAD

1. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y MASCULINIDAD: La forma como los hombres son socializados puede tener consecuencias para su salud sexual. Según Ochoa y Pas (2006) esta socialización está caracterizada por prácticas apoyadas en la cultura machista o en los estereotipos tradicionales sobre masculinidad, que aumentan la adopción de comportamientos de riesgo con el objetivo de ser considerados hombres “de verdad” o reafirmar su virilidad. Diferentes estudios documentan el vínculo existente entre las ideologías sobre masculinidad tradicional y riesgo sexual (Leddy, Chakravarty, Dladla, de Bruyn y Darbes, 2016). Concretamente, la vivencia de una sexualidad mediatizada por preceptos machistas se relaciona con un menor uso del preservativo y una mayor creencia en la responsabilidad de la mujer por la anticoncepción (O'Sullivan, Harrison, Morrell, Monroe-Wise y Kubeka, 2006), actitudes más negativas hacia los preservativos (Noar y Morokoff, 2002) y el mantenimiento de relaciones con múltiples parejas sexuales (Fleming, DiClemente y Barrington, 2016). Un estudio llevado a cabo por Bowleg et al. (2011) identifica dos ideologías implícitas de masculinidad: la percepción de que los hombres heterosexuales nunca deben declinar las relaciones sexuales, aunque existan riesgos para su salud; y que las mujeres son las principales responsables del uso del preservativo. Trabajar en la deconstrucción de estos estereotipos reduce la probabilidad de infectarse por VIH, tanto para los hombres como para las mujeres (Ochoa y Pas, 2006).

2. DIAGNÓSTICO TARDÍO DEL VIH. El Plan Nacional sobre el Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2011) define el diagnóstico tardío como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en el primer análisis tras el diagnóstico. Según el último informe sobre vigilancia epidemiológica del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017) los hombres heterosexuales constituyen el grupo con mayor porcentaje de diagnóstico tardío: el 41% de los nuevos diagnósticos presentaban una cifra de CD4 menor de 200 células/ μ l en el momento de detectarse la infección y el 20% tenía una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ l, lo que significa que el 61% de los nuevos diagnósticos de VIH eran susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento del diagnóstico. Al no beneficiarse del tratamiento la probabilidad de desarrollar sida o morir aumenta significativamente con respecto a los pacientes diagnosticados y tratados tempranamente (Plan Nacional

sobre el Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2011). Además, estas personas pueden transmitir la infección sin saberlo puesto que la carga viral es el principal factor de riesgo de transmisión del VIH. En esta línea, un estudio estadounidense determina que el 54% de las nuevas infecciones que se producen son debidas al 25% de personas que desconocen su estado serológico (Marks, Crepaz, y Janssen, 2006).

2. HOMBRES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON HOMBRES

CONCEPTUALIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Los estudios sociales y epidemiológicos revelan que no todos los hombres que tienen fantasías, deseos y prácticas sexuales homoeróticas se consideran a sí mismos homosexuales, gais, bisexuales, pansexuales, etc. En este sentido, los hombres que tienen sexo con hombres constituyen un subgrupo poblacional conformado por aquellos varones que, independientemente de su orientación sexual, mantienen relaciones sexuales con hombres. Este término incluye, por tanto, personas identificadas como homosexuales, personas identificadas como bisexuales y personas identificadas como heterosexuales que tienen contactos homosexuales frecuentes o esporádicos. Una investigación norteamericana que analiza la discrepancia entre la conducta sexual y la orientación sexual autopercebida determina que un 7.5% de hombres que únicamente tienen relaciones sexuales con hombres y un 1.1% de hombres que tienen sexo con hombres y mujeres se identifican como heterosexuales (Pathela et al., 2006). Otro estudio llevado a cabo por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) con un grupo representativo de HSH españoles concluye que, con respecto a la orientación sexual, el 79.9% de los hombres encuestados se considera homosexual, el 12.2% bisexual y el 0.5% heterosexual. Destaca la presencia de un 7.5% que se identifica con otros términos o etiquetas diferentes a las anteriores. Con respecto al sexo de las parejas con las que han mantenido relaciones en los últimos 12 meses, el 86.7% solo ha mantenido relaciones con hombres, el 9.3% con hombres y mujeres, y el 0.8% solo con mujeres.

La expresión *hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres* tiene su origen en los primeros estudios epidemiológicos sobre VIH y en la necesidad de establecer una categoría estadística que englobase todos los hombres que se hubiesen infectado al mantener relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de si se identificaban a sí mismos o no, como bisexuales u homosexuales, puesto que el sexo sin protección es el responsable de la transmisión y no el hecho de identificarse o no con identidad sexual determinada. Los HSH no constituyen un grupo social con una identidad personal o cultural compartida, es decir, no existen personas o

grupos identificados como esta etiqueta; se trata de una clasificación utilizada en contextos epidemiológicos y de salud pública (Pecheny y Manzelli, 2002).

En la actualidad este colectivo constituye un grupo heterogéneo con comportamientos, actitudes, creencias y valores muy diversos, cuya única característica común es la práctica de relaciones sexuales con hombres. Desde un hombre con una vida aparentemente heterosexual que oculta sus preferencias homosexuales, hasta un hombre que adopta una identidad abiertamente homosexual a partir de la reivindicación de vivir con libertad y felicidad su orientación sexual. Los estudios determinan una sexualidad altamente centrada en el coito anal, con la coexistencia de un amplio repertorio de prácticas sexuales asociadas llevadas a cabo con un gran número de parejas con las que se tiene uno o más contactos sexuales sin haber un vínculo marital ni considerarse pareja estable (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

En cuanto al comportamiento sexual, el 93.8% de los hombres que tienen sexo con hombres que han mantenido relaciones durante los últimos 12 meses ha practicado la penetración anal insertiva o receptiva (Folch et al., 2014). En consonancia, un estudio que analiza diversos aspectos de la sexualidad en un grupo de 202 HSH españoles concluye que el 98% de los participantes refieren masturbarse, el 92.1% realizan masturbaciones mutuas, el 96.5% practican sexo oral, el 90.6% coito anal y solo un 7.9% refieren realizar otro tipo de prácticas (Morell, Gil, Ballester y Díaz, 2014). Otros trabajos indican también que el uso de juguetes sexuales constituye una parte importante de su conducta sexual. Concretamente una investigación estadounidense llevado a cabo por Rosenberger, Schick, Herbenick, Novak y Reece (2012) con una muestra de 25.294 hombres gays y bisexuales determina que el 78.5% refiere haber usado al menos una vez algún juguete sexual, incluyendo *dildos* (62.1%), anillos de pene (51.9%), vibradores (49.6%), y bolas anales (19.3%).

En cuanto al número de parejas sexuales, el 76.5% afirma haber mantenido relaciones con una pareja ocasional en los últimos doce meses; existiendo un elevado porcentaje, en torno al 37%, que ha mantenido relaciones con más de diez parejas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Según un estudio de Folch, Casabona, Muñoz, González y Zaragoza (2010) el porcentaje de hombres que mantienen relaciones sexuales con parejas estables ha ido disminuyendo progresivamente durante el periodo comprendido entre 1995 y 2006 (61% en menores de 30 años y 54.9% en mayores 30 años en el año 2006). En cambio, el porcentaje que refiere mantener relaciones esporádicas presenta una tendencia creciente (88.5% en menores de 30 años y 91.9% en mayores de 30 años o más en el año 2006). Jacques, García, Díez, Martín, y Caylà (2015) indican que el motivo que explicaría y justificaría la multiplicidad de parejas sexuales no sería la orientación sexual sino el género, es decir, el hecho social de ser hombre. Concretamente, este colectivo tiene una percepción generalizada de que los hombres son sexualmente

más activos que las mujeres y que las relaciones sexuales son algo fácil y “*desechable*” en el marco de un sistema de consumo de sexo rápido.

Aunque normalmente se asume que las relaciones esporádicas son encuentros pasajeros de corta duración, centrados únicamente en el sexo, Prestage et al. (2001) determinan la existencia de dos tipos de parejas casuales: aquellas con las que se mantiene una única relación sexual o aquellas con las que se mantienen una serie de encuentros sexuales más o menos continuados. Específicamente, un estudio realizado en Australia concluye que el 51% de los hombres que mantienen relaciones con hombres conocía a su última pareja ocasional y el 49% ya había mantenido relaciones sexuales con esa persona anteriormente (Zablotska, Grulich, De Wit, y Prestage, 2011).

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

A pesar que la forma más efectiva para combatir la infección por VIH es la prevención a través del uso del preservativo, algunos estudios todavía establecen tasas sistemáticas de uso insuficientes. Concretamente, un estudio que realiza un análisis de las conductas de riesgo en una muestra de hombres que tienen sexo con hombres españoles revela que el 31.1% de los menores de 30 años y el 40.1% de los mayores de 30 años que practicaron coito anal con parejas estables usaron el preservativo de forma sistemática. En cuanto a las parejas ocasionales, su uso sistemático es del 58.7% en menores de 30 años y del 65.6% en mayores de 30 años (Folch et al., 2010). Otra investigación más reciente indica que el preservativo es utilizado de manera sistemática por el 6.2% de los hombres que realizan sexo oral y por el 54.6% de quienes practican coito anal. En las relaciones con una pareja estable su uso ronda el 24% mientras que el porcentaje asciende al 72.7% cuando se trata de una pareja esporádica (Morell et al., 2014).

La encuesta europea EMIS del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) realizada en una muestra de 13.111, HSH concluye que solo el 25.2% de los hombres que practicaron sexo anal con una pareja estable en los últimos 12 meses usó sistemáticamente (siempre) el preservativo. En cuanto a la última penetración realizada con una pareja estable, el porcentaje de uso sistemático asciende al 37.1%. Por su parte, el 45.3% de los 8.148 hombres que mantuvieron relaciones sexuales anales con parejas ocasionales en los últimos 12 meses no utilizó sistemáticamente el preservativo.

Los estudios que realizan una monitorización sistemática sobre las conductas sexuales de riesgo indican que se mantiene una tendencia creciente de uso no sistemático del preservativo en el coito anal, tanto en parejas estables como en parejas esporádicas. Folch et al. (2010) observan

que, en el año 2006, el 31.1% de los menores de 30 años que practicaron coito anal con una pareja estable y el 40.1% de los mayores de 30 años refirieron un uso sistemático del preservativo. Ambos grupos presentan un descenso significativo respecto al año 1995 donde se registraron tasas de uso sistemáticas del 49.3% y 72.9%, respectivamente. En cuanto a las parejas esporádicas, el uso sistemático de este método preventivo presenta también una tendencia decreciente entre 1995 y 2006, del 72.9% al 58.7% en los menores de 30 años y del 77.2% al 65.6% en los mayores de 30 años.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL VIH Y OTRAS ITS

Los primeros casos de VIH detectados en hombres homosexuales, junto al contexto abiertamente homófobo imperante de la época propició que, durante los primeros años de la epidemia, el virus de inmunodeficiencia adquirida fuese una enfermedad asociada exclusivamente al colectivo homosexual y a su peculiar estilo de vida caracterizado por la promiscuidad y el consumo de *poppers*. Se llegaron a utilizar términos como cáncer o peste gay o cáncer rosa, entre otros muchos, para referirse a esta enfermedad (Sáez y Carrascosa, 2011). No obstante, a finales del año 1982 algunos investigadores empezaron a descubrir casos similares en personas que habían recibido transfusiones de sangre, en hemofílicos tratados con productos derivados del plasma y en usuarios de drogas inyectadas. A partir de ese momento se desterró la idea imperante del colectivo homosexual como grupo de riesgo.

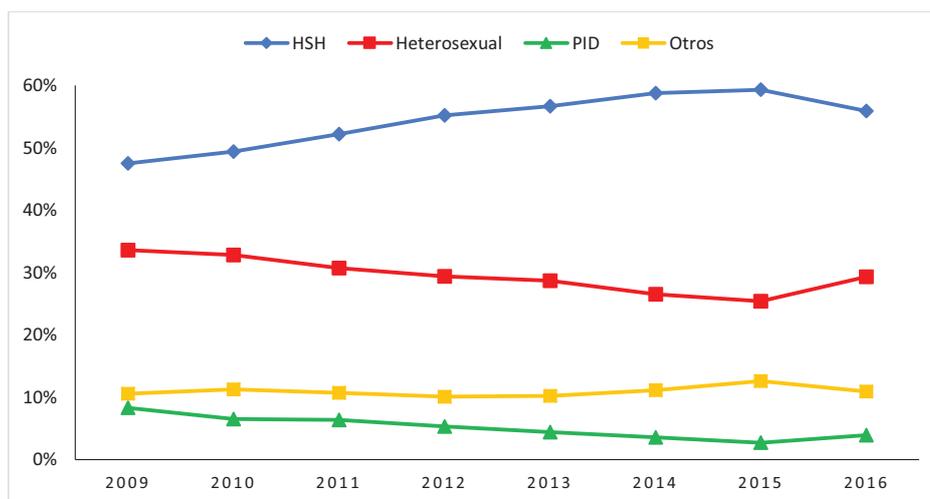
El primer caso de sida documentado a nivel mundial se remonta a junio de 1981, cuando el Centro de Control de Enfermedades de Atlanta publicó un artículo que informaba sobre una extraña neumonía producida por el agente infeccioso *Pneumocystis Carinii* (PCP) en cinco jóvenes homosexuales. Por su parte, el primer caso detectado y notificado en España fue descrito por el Doctor Vilaseca y su grupo de colaboradores en la revista científica *The Lancet* en 1982. Se trataba de un hombre homosexual de 35 años con sarcoma de Kaposi y una infección por toxoplasmosis, que había fallecido en Barcelona en octubre de 1981.

Actualmente, los HSH constituyen el grupo más afectado por el VIH. Así lo indican las altas tasas de incidencia recogidas en los informes epidemiológicos (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017) y la elevada adopción de prácticas sexuales de riesgo observadas en distintos estudios (Folch et al., 2010; Morell et al., 2014). En este sentido, se calcula que la prevalencia del VIH para este colectivo es del 12% (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) frente al 0.4% - 0.5% de la población general (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Según el último informe sobre vigilancia epidemiológica, de los 3.353 nuevos diagnósticos de VIH notificados en el año 2016, el 53.1% corresponden al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. De esta cifra, el 69.5% son españoles mientras que el resto corresponde a personas procedentes de otros países, principalmente de Latinoamérica (19%) y de Europa Occidental (4.9%). Las tasas más altas de nuevos diagnósticos por cada 100.000 hombres se producen entre los 25 y los 29 años (31.7%) y los 30 y los 34 años (28.3%). A pesar que, en números absolutos, el número de nuevos diagnósticos presenta un descenso significativo desde el año 2011, durante el periodo comprendido entre 2009 y 2015 esta categoría de transmisión está mostrando una tendencia ascendente respecto al resto de categorías registradas (ver figura 6). En 2009, representaba el 45.7% del total de casos (1.764 casos registrados) mientras que en 2015 representaba el 59.3% (1.769 casos registrados).

Figura 6.

Distribución de nuevos diagnósticos de VIH anuales por modo de transmisión



Fuente: elaborado a partir del Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017)

Por lo que se refiere al diagnóstico tardío, el 39.4% de los nuevos casos presentaron una cifra de CD4 menor de 350 células/ μ l haciéndolos susceptibles de recibir tratamiento antirretroviral en el momento del diagnóstico. A lo largo del periodo comprendido entre 2009 y 2016, se observa un estancamiento en torno al 37-39% del número de casos con diagnóstico tardío. Según el Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología (2017) los hombres que tienen sexo con hombres representan el subgrupo poblacional con menor porcentaje de diagnóstico tardío. No

obstante, debido el peso que tienen en el número total de nuevos diagnósticos, constituyen el grupo más numeroso entre los casos de VIH con diagnóstico tardío.

Según datos proporcionados por el Plan Nacional sobre Sida y el Centro Nacional de Epidemiología de los 607 nuevos casos de sida diagnosticados en 2016, el 32% correspondió al colectivo de HSH. Desde el año 1995 en el que se declaró el mayor número de casos de sida en este colectivo (960 diagnósticos), se ha producido una tendencia descendente congruente con el resto de categorías registradas. Durante el periodo comprendido entre 2002 y 2012, el número de casos notificados se estabilizó alrededor de los 310 diagnósticos anuales. A partir del año 2013 esta cifra descendió significativamente hasta alcanzar un número inferior a los 200 casos en el año 2015.

En la última década también se ha producido un incremento de la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual. La encuesta *online* europea para hombres que tienen sexo con hombres (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) concluye que las ITS más diagnosticadas son: la gonorrea (15.6%), los condilomas o verrugas ano/genitales (13.6%) y la sífilis (10.2%). Por su parte, Moreno-Ribera et al. (2016) realizan un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en el que recopilan datos epidemiológicos, conductuales y clínicos de 546 pacientes atendidos en la consulta de ITS del Hospital Clínico de Barcelona desde enero de 2010 hasta diciembre de 2013. Los resultados indican que la infección gonocócica y la sífilis son estadísticamente más frecuentes entre los hombres que tienen sexo con hombres. Además, todos los casos de linfogranuloma venéreo (LGV) fueron diagnosticados en HSH, más del 90% de ellos en personas VIH positivas.

FACTORES DE VULNERABILIDAD

Algunos de los factores de vulnerabilidad que propician una desigual distribución del VIH entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, con respecto a hombres y mujeres con prácticas heterosexuales son los siguientes (Mayer et al., 2013):

1. MAYOR VULNERABILIDAD BIOLÓGICA: La penetración anal sin preservativo es la práctica de mayor riesgo para la infección por VIH. Se estima que la probabilidad de transmisión durante el coito anal es dieciocho veces mayor a la probabilidad de infección durante la penetración vaginal (Grulich y Zablotska, 2010). Las características biológicas que tiene el recto y la mucosa anal proporcionan una explicación fisiológica de por qué el VIH y otras ITS se transmiten con mayor eficacia en este tipo de penetración. Es frecuente que durante el coito se produzcan microheridas a través de las cuales el VIH presente en el semen o en la sangre pueda entrar en el cuerpo. El riesgo de infección existe tanto para los hombres que realizan la penetración como para los hombres que

son penetrados, aunque es mayor para el segundo grupo. La persona que realiza la penetración también corre riesgo porque las membranas de la uretra constituyen una vía de entrada al torrente sanguíneo del VIH que se puede encontrar en la sangre del ano (Sáez y Carrascosa, 2011). Según un estudio realizado por Jin et al. (2010) la probabilidad estimada de transmisión del VIH durante el coito anal receptivo es del 1.43% si se produce la eyaculación dentro del recto y del 0.65% si se retira el pene de manera previa a la eyaculación. La tasa de transmisión estimada durante el coito anal insertivo es del 0.11% en los hombres circuncidados y del 0.62% en los hombres no circuncidados. Además, el riesgo de infección aumenta si existen lesiones genitales y/o infecciones de transmisión sexual no tratadas, sobre todo ulcerosas, puesto que facilitan la entrada del virus en el organismo. Resulta relevante destacar que el coito anal es una de las prácticas sexuales más comunes en este colectivo realizada por más del 90% de los HSH (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013; Morell et al., 2014).

2. COMPORTAMIENTO SEXUAL ONLINE: En los últimos años, las tecnologías de la información y la comunicación (internet, redes sociales, aplicaciones móviles para ligar, etc.) se han convertido en un medio cada vez más popular para conocer a otros hombres a través de los servicios de citas en línea. Phillips et al. (2014) determinan que entre el 30% y el 60% de los HSH son usuarios habituales de apps de geolocalización y que, de este porcentaje, más de la mitad ha mantenido relaciones sexuales con una pareja que ha encontrado a través de este medio. Según Grau-Muñoz et al. (2015) la búsqueda de parejas sexuales online promueve un tipo de relaciones caracterizadas por la accesibilidad, la rapidez, la inmediatez, el anonimato, la anticipación y la apertura. Diversos estudios sugieren que la búsqueda online de compañeros sexuales se asocia con diversos comportamientos de riesgo como, un mayor número de parejas sexuales (Horvath, Rosser y Remafedi, 2008), el sexo *bareback*, es decir la práctica del coito anal sin preservativo de manera intencionada (Carballo-Diéguez et al., 2006; Nodin, Valera, Ventuneac, Maynard y Carballo-Diéguez, 2011), o el *Gift giving o bug chasers*, proceso por el cual una persona VIH-positiva infecta intencionalmente a una persona VIH-negativa con su conocimiento y consentimiento (Hammond, Holmes y Mercier, 2016; H. Klein, 2014). Un reciente estudio estadounidense determina que los usuarios de aplicaciones de geolocalización son cuatro veces más propensos a mantener sexo anal sin preservativo en su último encuentro sexual, con respecto a las personas que buscan parejas sexuales en contextos offline (Holloway, Pulsipher, Gibbs, Barman-Adhikari y Rice, 2015). Otra investigación realizada por Beymer et al. (2014) con hombres que usan apps de geolocalización para conocer parejas sexuales determina que la incidencia de casos de gonorrea y clamidia es mayor en este grupo en comparación con aquellos hombres que conocen a sus parejas sexuales en persona. Por el contrario, no existen diferencias significativas en la incidencia de la sífilis.

Contrariamente, otros trabajos determinan tasas sistemáticas de uso del preservativo mayores en comparación con quienes conocen a sus parejas sexuales por otras vías (Rice et al., 2012) y una incidencia de casos de VIH similar a aquellos hombres que no usan estas apps (Bien et al., 2015; Lehmler y Ioerger, 2014) por lo que nos encontramos ante un fenómeno acerca del cual es necesario seguir investigando.

3. IDENTIDAD GAY O BISEXUAL: Las relaciones sexuales entre hombres se produce en todas las culturas y sociedades, aunque su alcance y reconocimiento público varía de un lugar a otro (UNAIDS, 2006). Muchos hombres que tienen sexo con hombres no se identifican a sí mismos como homosexuales o bisexuales y prefieren otras denominaciones como por ejemplo, heterosexual, heteroflexible¹ o transgénero. Los HSH identificados como gays o bisexuales son más proclives a comportarse en concordancia con las normas establecidas por su grupo de referencia, tener acceso a una *cultura de sexo seguro* y utilizar métodos preventivos adecuados (Chng y Géliga-Vargas, 2000; Siegel, Schrimshaw, Lekas y Parsons, 2008). Por su parte, los HSH no autoidentificados como gays o bisexuales son 3.6 veces más propensos a involucrarse en relaciones sexuales anales sin protección (Chng y Géliga-Vargas, 2000). Para algunos autores, las interacciones sexuales de estos hombres no identificados como gays o bisexuales se producen en contextos clandestinos y/o anónimos en los que impera un código de silencio, con oportunidades limitadas para negociar el uso de métodos preventivos.

4. GLOBALIZACIÓN DE NUEVAS PRÁCTICAS SEXUALES: como consecuencia de la aparición de las nuevas tecnologías de la comunicación algunas prácticas sexuales, anteriormente consideradas minoritarias (fiestas privadas de sexo en grupo, fist-fucking, eyaculación dentro del ano, *chemsex*, *barebacking*, etc.), se han hecho más visibles y, por lo tanto, más accesibles para muchos hombres (Fernández-Dávila, 2015). Probablemente muchas infecciones ocurren en contextos donde se practica sexo grupal ya que en estos espacios es más probable mantener relaciones con múltiples parejas sexuales, tener prácticas que entrañen mayor riesgo de infección o no utilizar el preservativo de forma sistemática (Grov, Rendina, Ventuneac y Parsons, 2013). Específicamente, el *Chemsex* (acrónimo de los términos ingleses «*chemical*» y «*sex*») es un término que se ha popularizado recientemente para describir aquella actividad sexual que se realiza, principalmente entre HSH, bajo la influencia ciertas sustancias psicoactivas (McCall, Adams, Mason y Willis, 2015). Concretamente, se refiere al uso combinado de drogas como la mefedrona, la metanfetamina cristalizada y el ácido gammahidroxibutírico (GHB) para facilitar las relaciones sexuales con múltiples parejas en sesiones que pueden prolongarse durante varias horas o incluso días (Bourne,

¹ Personas que mantienen relaciones sexuales y emocionales con personas de su mismo sexo, pero no se identifican con ninguna de las identidades del triángulo existente: heterosexual, bisexual u homosexual

Reid, Hickson, Torres-Rueda y Weatherburn, 2015). Por otra parte, el *Stealth Gift Giving* es un término empleado para describir aquella práctica sexual en la que una persona VIH-positiva infecta intencionalmente a una persona VIH-negativa sin su conocimiento ni consentimiento quitándose el preservativo, tras iniciar una relación sexual con penetración, a pesar de haberse acordado su uso entre ambos miembros de la pareja (H. Klein, 2014).

5. USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS NO AUTORIZADOS: La profilaxis pre-exposición (PrEP) es una nueva estrategia preventiva que consiste en la administración de medicamentos antirretrovirales a personas seronegativas con prácticas sexuales de riesgo, con el objetivo de reducir la probabilidad de adquirir la infección (UNAIDS, 2015). Es una combinación de dos medicamentos (tenofovir y emtricitabina) que se comercializa con el nombre de Truvada y ha sido aprobada tanto por la *Food and Drug Administration* (FDA) como por la Agencia Europea del Medicamento. En la actualidad, todos los estudios llevados a cabo con hombres que practican sexo con hombres, personas transgénero, hombres y mujeres heterosexuales y personas que se inyectan drogas determinan que la PrEP reduce hasta un 90% el riesgo de adquirir el VIH en comparación con el placebo cuando se toma correctamente y existe una buena adherencia (Fonner et al., 2016). Aunque por el momento la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) no ha aprobado la PrEP para su prescripción y dispensación desde el sistema de salud pública (Ferrer et al., 2016), existe un número indeterminado de HSH que la toman de forma clandestina. Esta adquisición se realiza a través de medios privados no autorizados, sin conocer con exactitud si el medicamento que están tomando es genuino (y si contiene los principios activos adecuados para la prevención del VIH), sin someterse a seguimientos médicos continuos con pruebas regulares de VIH y sin un control de los posibles efectos secundarios (Moreno et al., 2017).

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS ACTUALES

En los inicios de la epidemia del VIH/sida, la difusión de mensajes sobre sexo seguro, transmitidos en los medios de comunicación o en soporte impreso, constituyó una estrategia preventiva efectiva (Hirshfield et al., 2012). Aunque desde entonces se han implementado numerosos programas orientados a reducir las prácticas sexuales de riesgo, muchas de estas intervenciones se derivan de estrategias implementadas en población general (Mustanski, Garofalo, Monahan, Gratzler y Andrews, 2013). Actualmente, diversos trabajos recomiendan que los programas preventivos para HSH no deben ser simples modificaciones de los programas desarrollados e implementados en población heterosexual, ya que este colectivo está fuertemente influenciado por factores contextuales y culturales específicos (Harper, 2007). Un estudio que realiza una comparación de la eficacia coste-

beneficio de diversos programas preventivos en varias poblaciones determina que, en población heterosexual las intervenciones más útiles son las estructurales (por ejemplo, la distribución de preservativos, las campañas en los medios de comunicación, etc.) mientras que, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres las intervenciones individuales dirigidas a la modificación de comportamientos de riesgo son las más útiles (D.A. Cohen, Wu y Farley, 2004). En este sentido, una revisión sistemática realizada por Hergenrather, Emmanuel, Durant y Rhodes (2016), que analiza diversas estrategias conductuales de prevención del VIH dirigidas a hombres homosexuales y bisexuales jóvenes, concluye que los aspectos más importantes a trabajar son: los comportamientos de riesgo, el uso del preservativo, la realización de las pruebas de detección de anticuerpos, las actitudes hacia la salud sexual y las estrategias de comunicación asertiva.

En la actualidad, internet constituye una herramienta muy valiosa para llegar a algunos estratos poblacionales (por ejemplo, adolescentes, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres no considerados a sí mismos como homosexuales, hombres que practican sexo en grupo, etc.) que no frecuentan, con asiduidad, aquellos lugares donde tradicionalmente se implementan los programas preventivos para HSH (Hurtado et al., 2010). Así pues, las intervenciones online constituyen herramientas prometedoras en la reducción de los comportamientos de riesgo dado su bajo coste de implementación y su capacidad para llevar a audiencias potencialmente amplias y diversas (Noar, 2011; Young, 2012). Según Hirshfield et al. (2012), las principales ventajas de este método son: facilidad de replicación tras su desarrollo, requerimiento personal mínimo, gran alcance geográfico y capacidad para modificar tanto las normas comunitarias como el comportamiento individual. Además, un reciente meta-análisis que evalúa la efectividad de diversas estrategias preventivas en línea encuentra efectos significativos equivalentes a los efectos positivos que muestran las intervenciones tradicionales donde existe interacción entre personas (Noar, Black y Pierce, 2009).

Recientemente, en nuestro país, Fernández-Dávila, Lupiáñez-Villanueva y Zaragoza Lorca (2012) realizaron un estudio que establece diversos perfiles según la orientación que se tiene hacia los programas preventivos sobre VIH on-line. Los resultados revelan la existencia de tres grupos diferenciados: (1) un primer grupo *orientado hacia la prevención on-line informativa e interactiva* (53%) caracterizado por valorar positivamente tanto la interacción con un agente de salud a través de chats y portales dirigidos a público homosexual como la obtención de información sobre salud sexual a través de internet de forma autónoma; (2) un segundo grupo *orientado hacia la prevención on-line interactiva* (26%) caracterizado por valorar positivamente la interacción virtual con un agente de salud y desconfiar, en mayor o menor medida, de la información encontrada en internet de forma autónoma; y (3) un tercer grupo *no orientado*

hacia la prevención on-line (21%) caracterizado por valorar negativamente tanto la interacción con un agente de salud a través de portales dirigidos al público homosexual como la obtención de información sexual a través de internet de forma autónoma.

Por su parte, Hirshfield et al. (2012) evalúan la eficacia de una estrategia preventiva online de corta duración (una única sesión) mediante el empleo de videos o páginas web, en una muestra compuesta por 1.631 HSH estadounidenses. Las cinco condiciones del estudio incluyeron: (1) video dramático; (2) video documental; (3) combinación de video dramático y documental; (4) página web de prevención; y (5) grupo control que no recibió ningún material preventivo. Tanto el video dramático como el documental, basados en la teoría del aprendizaje social, fueron diseñados para promover el pensamiento crítico, la realización de las pruebas del VIH y el uso de preservativos. Los resultados indican que, tras 60 días de la intervención, tanto los hombres que visualizaron los videos como los que accedieron a la página web redujeron significativamente la probabilidad de mantener relaciones anales sin preservativo, con respecto a grupo control.

Mustanski et al. (2013) evalúan la eficacia y la aceptabilidad de un programa de prevención online denominado *¡Manténgalo! (¡Keep It Up!* en inglés) dirigido a hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres. Concretamente, el programa está basado en el modelo de información, motivación y habilidades conductuales e incluye siete módulos: (1) normas positivas para el uso del preservativo; (2) negociación del preservativo y comunicación asertiva; (3) asunción de riesgos al realizar suposiciones sobre el estado serológico de una pareja; (4) consecuencias derivadas del consumo de drogas y efectos de la excitación sexual en la toma de decisiones; (5) identificación de comportamientos sexuales seguros y estrategias para implementarlos; (6) satisfacción de las necesidades sexuales, emocionales y de salud; y (7) planificación de conductas preventivas y resolución de obstáculos personales. Los resultados obtenidos revelan que quienes participaron en la intervención consideraron que el programa era útil y aceptable. En comparación con el grupo control, los participantes que recibieron la intervención presentaron una reducción del 44% del uso no sistemático del preservativo en el coito anal.

En la actualidad todavía existen bolsas de población poco atendidas y muy expuestas al VIH. En este sentido, los hombres que ejercen el trabajo sexual constituyen un subgrupo invisibilizado, de difícil acceso, y de los que apenas se tiene información sobre su estado de salud y sus características psicosociales (Ballester-Arnal, Salmerón-Sánchez, Gil-Llario y Giménez-García, 2013). Existe una creciente necesidad de implementar estrategias preventivas específicas, por parte de los servicios públicos, dada la influencia que este colectivo ejerce sobre la población general (Ballester-Arnal, Salmerón-Sánchez, Gil-Llario y Castro-Calvo, 2017). Hurtado et al. (2010) realizan

una intervención en saunas y pisos para contactos sexuales entre HSH de Valencia, cuyo objetivo era prevenir la infección por VIH o, en su caso, evitar el retraso en el diagnóstico y mejorar la asistencia sanitaria. La intervención que consistió en la provisión de información y consejo sobre medidas preventivas y el ofrecimiento de las pruebas serológicas de determinación del VIH y de infección por sífilis se realizó con 171 hombres. El programa fue bien valorado y demostró la aceptabilidad de los usuarios, el personal y los gerentes de las saunas y los pisos.

3. MUJERES HETEROSEXUALES

CONCEPTUALIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Al igual que se ha comentado anteriormente, la expresión "mujer heterosexual" engloba a todas las mujeres que se identifican con ese término independientemente de que su conducta sea o no congruente con dicha etiqueta. Concretamente, un estudio de Schick, Rosenberger, Herbenick, Calabrese y Reece (2012) que explora la congruencia entre la orientación y el comportamiento sexual en un grupo de 2.578 mujeres angloparlantes que refieren atracción, deseo, afecto o comportamientos sexuales únicamente con mujeres, determina que un 2.9% se considera heterosexual. Otro trabajo similar establece cifras inferiores con un 0.7% de mujeres autoidentificadas como heterosexuales que únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres (Roberts, Sorensen, Patsdaughter y Grindel, 2000). A su vez, existen mujeres identificadas como heterosexuales que mantienen relaciones sexuales con hombres y mujeres, en distintos grados. Una investigación que evalúa la disparidad entre el comportamiento y la identidad en una muestra de mujeres heterosexuales concluye la existencia de un 5.2% que mantienen relaciones tanto con hombres como con mujeres sin identificarse como bisexuales u otra etiqueta similar (Everett, 2013).

Como se ha comentado anteriormente, si bien el término correcto sería «*mujeres que tienen sexo con hombres*», el término empleado en este trabajo será "mujer heterosexual" al ser la etiqueta mayoritariamente empleada por los sistemas de vigilancia epidemiológica y por la comunidad científica (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017; UNAIDS, 2017).

En cuanto a las prácticas sexuales, el 88.7% y el 31.4% de las mujeres heterosexuales que han mantenido relaciones durante los 3 últimos meses han practicado coito vaginal y coito anal, respectivamente (Castro, 2016). Un estudio que analiza diversos aspectos de la sexualidad en un grupo de 142 mujeres concluye que el 66.9% refiere masturbarse, el 81.2% ha realizado masturbaciones mutuas, el 72.9% ha practicado sexo oral, el 79.6% coito vaginal y el 16.1% coito anal (Ballester, Gil, Giménez y Ruiz, 2009). Muchos trabajos todavía analizan la práctica del sexo oral conjuntamente, sin especificar si es la mujer quien lo realiza o lo recibe. En este sentido, una

investigación realizada con mujeres estadounidenses determina que aproximadamente el 50% ha recibido sexo oral de una pareja masculina durante el último año (Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). Pocos estudios han examinado el uso de vibradores y juguetes sexuales. Un trabajo realizado con mujeres estadounidenses determina que el 61.4% y el 39.5 refiere haber utilizado alguna vez un vibrador mientras se masturbaba en solitario o mantenía relaciones sexuales con su pareja, respectivamente. Estos porcentajes disminuyen al 18.6% y al 9.6% cuando se pregunta por su uso durante el último mes (Herbenick, Reece, Sanders et al., 2010).

Respecto al número de parejas sexuales existen, por una parte, estudios que analizan el número de parejas a lo largo de la vida y, por otra, el número de parejas en un determinado espacio temporal. Un trabajo llevado a cabo por Burriss et al. (2009) en una muestra de mujeres entre 17 y 29 años indica una media de 3.8 parejas sexuales a lo largo de la vida. La mayoría de trabajos que analizan el número de parejas sexuales se caracterizan por no diferenciar en el número de parejas en función de las prácticas sexuales realizadas. En este sentido, una investigación determina la existencia de 3.8 parejas sexuales para el coito vaginal y 1.4 para el coito anal (Castro, 2016). Congruentemente, otro trabajo similar determina una media de 3.80 parejas con las que se ha practicado coito vaginal, 2.65 parejas con las que se ha realizado sexo oral y 1.26 parejas con las que se han practicado coito anal (Blanc y Rojas, 2018).

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

En la actualidad las tasas sistemáticas de uso del preservativo masculino, preservativo femenino y barrera de látex siguen siendo insuficientes. Prat et al. (2016) comprueban que, en el último mes, el 40.5% de las mujeres que han mantenido relaciones coitales lo utiliza siempre, el 11.1% casi siempre, 7.2% a veces, el 4.4% casi nunca y el 36.9% nunca. Otra investigación similar establece que sólo el 48.6% de las mujeres usó el preservativo durante su último encuentro sexual (Calafat et al., 2009). Entre las mujeres que no lo utilizan, solo el 35.5% piensa emplearlo de forma sistemática en los próximos tres meses (Planes et al., 2012). En cuanto al uso de lubricantes, el 61.4% refiere haberlos utilizado alguna vez, este porcentaje disminuye al 24.8% cuando su uso se circunscribe al último mes (Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). La mayoría de los estudios se centran en el análisis de la frecuencia de uso del preservativo en el coito vaginal. No obstante, el sexo oral y sobre todo el sexo anal sin protección también constituyen prácticas de riesgo. Un trabajo de Blanc y Rojas (2018) establecen que solamente un 16% usa siempre el preservativo cuando realiza una felación, un 71.8% cuando practica coito vaginal y un 29% cuando practica coito anal. Ballester et al. (2009) indican que el porcentaje de mujeres que utiliza sistemáticamente este

método preventivo es del 48% durante el coito vaginal, del 13% durante el coito anal y del 3% durante el sexo oral.

Prat et al. (2016) analizan los pros y los contras del uso del preservativo y como estos influyen en su frecuencia de uso en una muestra de mujeres españolas jóvenes. Las principales ventajas percibidas del uso sistemático del preservativo son: protegerse contra el sida (98%), protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (96.25%), evitar embarazos no deseados (95%), demostrar que se está interesado en proteger la salud de la pareja (89%) y sentirse seguro durante y después de la relación sexual (88.5%). Por el contrario, los principales inconvenientes percibidos son: tener que obtener el consentimiento de la pareja para usarlo (76.25%), disminución del placer que siente la mujer (59.75%), disminución del placer que siente un hombre (55%) e interrupción en el momento de mayor excitación (52.75%).

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL VIH Y OTRAS ITS

Desde el inicio de la epidemia, el estereotipo de que el sida era una enfermedad propia de hombres gais, consumidores de drogas inyectadas y trabajadoras del sexo impidió la visibilización de las mujeres frente a esta problemática de salud (Herrera y Campero, 2002; Orcasita, Palma y Munévar, 2014). Las mujeres solo empezaron a tener un papel relevante en la prevención del VIH cuando se relacionó su infección con el riesgo que podía significar para otras personas, especialmente para los recién nacidos, en el caso de las madres gestantes y para los hombres, en el caso de las trabajadoras sexuales (Richardson, 2000).

Las estimaciones actuales indican que de los 36.7 millones de personas que viven con VIH o sida en el mundo, las mujeres representan el 46% (UNAIDS, 2017). No obstante, este porcentaje es mayor en algunas regiones como África Subsahariana (58%) o el Caribe (50%). Por su parte, en Europa Occidental y Central la epidemia de VIH afecta mayoritariamente a los hombres. En España esta realidad es análoga a la europea y, aunque no se presentan las condiciones para considerar una feminización de la epidemia (Gil-Llario, Ballester-Arnal, Giménez-García y Salmerón-Sánchez, 2014; Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017), el peso de la transmisión heterosexual en el conjunto de las infecciones es mayor cada día, sobre todo en las mujeres. Actualmente la relación de prevalencia hombre/mujer es de 4:1. Si se consideran las infecciones por VIH en lugar de los casos acumulados de sida, se estima que, de los 3.353 nuevos diagnósticos realizados durante el año 2016, 539 son mujeres; es decir, 1 de cada 5 casos (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017).

Según los datos proporcionados por el SINIVIH en 2016 se notificaron 440 nuevos diagnósticos de VIH en mujeres mediante transmisión heterosexual. De esta cifra, el 49.9% eran españolas y el resto de otros países, principalmente de África Subsahariana (18.8%) y Latinoamérica (16.5%). Este colectivo registra una tasa de 1.9 casos por 100.000 mujeres. Los datos recogidos durante el periodo 2009-2016 muestran un descenso continuado en la transmisión heterosexual femenina, tanto en mujeres españolas como en mujeres procedentes de otros países. En 2009, representaban el 16.2% del total de casos (603 casos registrados) mientras que en 2016 representaban el 14.5% (329 casos registrados). Los informes epidemiológicos indican que, al igual que en los hombres, existe un importante número de mujeres que desconocen su estado serológico y que no acceden a los tratamientos antirretrovirales apropiados, jugando un papel importante en la transmisión del VIH (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2008). Las mujeres heterosexuales constituyen el tercer colectivo con mayor porcentaje de diagnóstico tardío. En el momento de detectarse la infección, el 22% de los diagnósticos presentan una cifra de CD4 entre 200 y 350 células/ μ l mientras que el 33% presentan una cifra menor de 200 células/ μ l (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017).

Según el último informe sobre vigilancia epidemiológica, de los 607 nuevos casos de sida diagnosticados en el año 2016, el 15.3% corresponde a mujeres heterosexuales. Aunque dicha transmisión sigue afectando, en números absolutos, a los hombres, la transmisión heterosexual constituye el 79.7% del total de casos de sida registrados en mujeres. Desde el año 1996, en el que se declararon el mayor número de casos de sida en este grupo (469 diagnósticos), se ha producido una tendencia descendente congruente con el resto de categorías registradas.

FACTORES DE VULNERABILIDAD

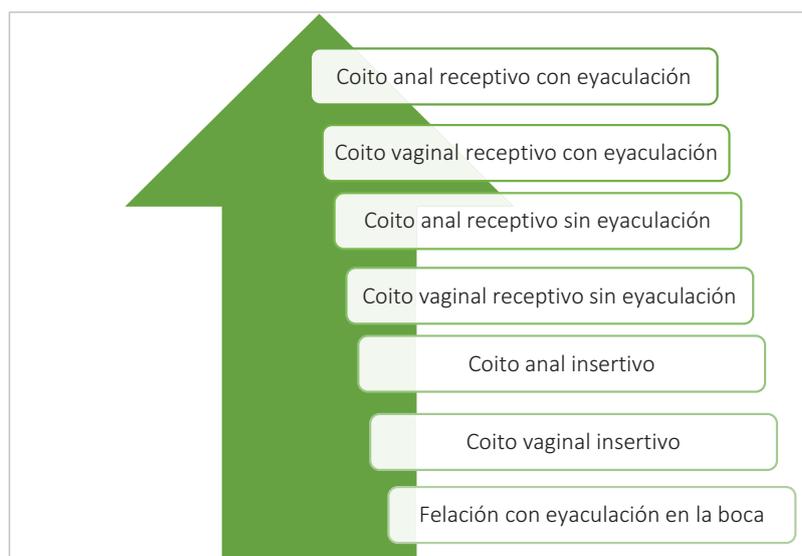
Aunque durante los primeros años de la epidemia se creía que el VIH afectaba fundamentalmente a los hombres se ha demostrado que las mujeres también constituyen un colectivo vulnerable (Sáinz, 2008). Los factores de vulnerabilidad son diferentes en hombres y mujeres, algunos consecuencia de ciertas características fisiológicas, otros del proceso por el cual la sociedad establece pautas comportamentales diferentes para cada género y otros definitivamente derivados del sexismo y la situación de la mujer en nuestra sociedad que la lleva a ser considerada como un objeto sexual al servicio del placer del hombre (Herrera y Campero, 2002; Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017):

1. **VULNERABILIDAD BIOLÓGICA.** En las relaciones heterosexuales, la transmisión del VIH es entre dos y ocho veces mayor desde el hombre hacia la mujer que desde la mujer hacia el hombre (Lara,

Cianelli, Ferrer, Bernales y Villegas, 2008). La penetración anal y vaginal sin preservativo son consideradas las prácticas de mayor riesgo (ver figura 7). La mucosa vaginal tiene mayor permeabilidad y una serie de características celulares. Además, durante las relaciones sexuales, la mujer suele ser receptora de fluidos y eso hace que la mucosa vaginal esté más expuesta ya que permanece mucho más tiempo en contacto con el semen (que contiene mayor carga viral) de lo que permanece el pene con las secreciones cervico-vaginales. Esto multiplica la posibilidad de que un hombre infecte a una mujer, en comparación con la vía contraria a través de la cual no obstante también existe riesgo de transmisión (Herrera y Campero, 2002; Kendall, 2009a). Es frecuente que durante el coito se produzcan pequeñas lesiones en la mucosa vaginal y/o rectal a través de las cuales el VIH presente en el semen pueda entrar en el organismo (Lara et al., 2008). La presencia de otras ITS, principalmente ulcerosas, no tratadas incrementa hasta diez veces el riesgo de infección y transmisión del VIH (Kendall, 2009b).

Figura 7.

Prácticas sexuales según el riesgo de transmisión del VIH



Fuente: elaboración propia

2. COMPORTAMIENTO SEXUAL CON HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES Y MUJERES (HSHM). En los últimos años ha aumentado el interés por el papel que ejercen los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres en la transmisión del VIH a mujeres. Concretamente los investigadores han analizado si los HSHM representan un colectivo de enlace entre la adquisición del VIH u otras ITS

a través de sus parejas masculinas y la posterior transmisión a sus parejas femeninas. Un estudio cualitativo realizado con hombres mexicanos con VIH autoidentificados como hombres que tienen sexo con mujeres reveló que el sexo con hombres también era una práctica común en sus historias sexuales (Kendall, Herrera, Caballero y Campero, 2007). Otro estudio realizado con HSHM neoyorquinos subraya que el 59% de los sujetos que habían mantenido sexo anal con hombres en los últimos 3 meses y el 58% de quienes habían mantenido sexo anal con mujeres no usaron preservativo. En cuanto al sexo oral, el 80% de los hombres que practicaron una felación y el 91% de quienes practicaron un cunnilingus no usaron ningún método preventivo. Por su parte, el 55% de los que habían practicado sexo vaginal referían al menos un encuentro sexual desprotegido (Siegel et al., 2008).

3. VIOLENCIA Y AGRESIONES SEXUALES. La violencia contra las mujeres incrementa las posibilidades de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual, puesto que, en multitud de ocasiones, los agresores no suelen emplear ningún método preventivo. Este fenómeno constituye una verdadera lacra social, incluso en sociedades más desarrolladas que cuentan con una legislación que garantiza y equipara los derechos de la mujer frente a los hombres. Esta violencia está sustentada en los roles y estereotipos de género, en el que el cuerpo de la mujer sigue siendo considerado "un bien" al servicio del hombre para su placer o dominación (Herrera y Campero, 2002). Concretamente, un estudio que realiza un análisis de las principales características psicosociales de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina indica que casi la mitad de las mujeres encuestadas (46.9%) fue alguna vez víctima de violencia por parte de una pareja, y casi el 17% la sufrió en el último año, es decir, una de cada cinco mujeres (Pecheny, Binstock, Manzelli, Hiller y Bruno, 2012).

4. SEXO SIN PRESERVATIVO NO CONSENTIDO. El *stealthing*, que en inglés significa «*en sigilo*» o «*secretamente*», es un término que se usa para describir aquella práctica que realizan algunos hombres que consiste en quitarse el preservativo, tras iniciar una relación sexual con penetración, a pesar de haberse acordado su uso entre ambos miembros de la pareja. Según Brodsky (2017), aunque probablemente esta práctica no es nueva, las tecnologías de la información y la comunicación ha proporcionado espacios virtuales en los que defenderla y compartir experiencias y consejos sobre cómo llevarla a cabo. Lógicamente, al retirar el preservativo de forma no consentida, el *stealthing* aumenta el riesgo de transmisión de VIH y otras ITS y la probabilidad de sufrir un embarazo no deseado. Las víctimas también pueden experimentar angustia emocional y psicológica, especialmente aquellas que han experimentado violencia sexual en el pasado (Brodsky, 2017). Además, esta práctica también puede darse entre hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (Brennan, 2017) y podría considerarse una forma nueva de violencia sexual.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS ACTUALES

En los inicios de la epidemia las acciones preventivas se centraron, casi exclusivamente, en las trabajadoras sexuales, relegando las mujeres de la población general a un segundo plano. La concepción de los denominados "*grupos de riesgo*" propició la implementación de intervenciones ineficaces y excluyentes centradas en la abstinencia, el aislamiento y la marginación (Herrera y Campero, 2002). Posteriormente con el cambio de paradigma que asoció el riesgo de infección a los comportamientos de riesgo, se han diseñado e implementado muchos programas preventivos en población general. No obstante, estas estrategias rara vez han considerado las particularidades específicas que tienen las mujeres frente al VIH (Wechsberg y Luseno, 2010), muchas de las cuales son consecuencia del proceso por el cual la sociedad establece diferentes roles de comportamiento (Herrera y Campero, 2002). En este sentido, López-Dóriga y Suárez (2008) edita un guía para la prevención de la transmisión heterosexual que establece pautas para detectar, desde los servicios de atención primaria, la vulnerabilidad diferencial de mujeres y hombres frente a la infección por VIH y actuar de acuerdo con cada situación detectada. Esta guía, a diferencia de otras, se basa en un cambio cultural sobre las formas de relación entre mujeres y hombres, y un cambio clínico sobre la necesidad de incluir y actuar sobre aspectos psicosociales y de género.

La evidencia empírica actual demuestra que las intervenciones adaptadas a las poblaciones objetivo son más eficaces que las generales (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2017; Blackstock, Patel y Cunningham, 2015). Peragallo, González-Guarda, McCabe y Cianelli (2012) evalúan la eficacia de un programa grupal de prevención culturalmente y específicamente diseñado para mujeres hispanas denominado SEPA (*Salud, Educación, Promoción, y Autocuidado*). El programa está basado en el Modelo Sociocognitivo, y se compone de cinco sesiones que recogen temas relacionados con la prevención de VIH u otras ITS; la comunicación, negociación y uso del preservativo; y la prevención de la violencia sexual. Los resultados indican que la participación en el programa aumenta el uso del preservativo o la intención de utilizarlo, disminuyendo las barreras percibidas para su uso, el consumo de sustancias estupefacientes y los episodios de violencia de pareja. También se observaron mejorías en las habilidades de comunicación asertiva y en el nivel conocimientos.

Por su parte, Gil-Llario et al. (2014) realizan unos de los primeros trabajos que analiza la eficacia diferencial de diversos elementos de prevención del VIH (charla informativa, discusión actitudinal, juego de roles, inducción al miedo y web informativa) en mujeres jóvenes españolas. Sus resultados apoyan la eficacia diferencial de unos elementos frente a otros. Concretamente destaca la discusión actitudinal basada en componentes motivacionales, seguida de la charla

informativa sobre conocimientos básicos y el juego de roles. Por el contrario, la inducción al miedo no causa mejoras significativas.

Al igual que sucede con otros colectivos, internet y las TIC constituyen herramientas útiles para llegar a algunos segmentos poblacionales de difícil acceso a través de medios analógicos (Young, 2012). En la actualidad, la mayor parte de las intervenciones tecnológicas se han centrado en hombres adolescentes y hombres que tienen sexo con hombres, siendo muy escasas las intervenciones diseñadas e implementadas en mujeres adolescentes o adultas. Wingood et al. (2011) evalúan la eficacia de un programa preventivo multimedia en una muestra de 135 mujeres afroamericanas entre 21 y 29 años. El programa está basado en la Teoría Sociocognitiva e incluye dos sesiones de 60 minutos en las que se trabajan los siguientes temas: conocimientos sobre prácticas sexuales de riesgo; negociación del preservativo y comunicación asertiva; y uso del preservativo. En comparación con el grupo control, las participantes en el programa tenían mayores conocimientos; mayor nivel de autoeficacia para el uso del preservativo; y una mayor probabilidad de utilizar el preservativo consistentemente durante el coito vaginal.

Blackstock et al. (2015) realizan una revisión sistemática de diversas estrategias preventivas para mujeres adolescentes y adultas de corte tecnológico. Los autores concluyen que, en general, estas estrategias preventivas no utilizan ni explotan todas las capacidades que la tecnología y los medios digitales ofrecen. Este punto débil hace que el alcance y el impacto potencial de las intervenciones sea limitado. Concretamente, esta revisión determina que la mayoría de las intervenciones realizadas exclusiva o principalmente a través del ordenador se centran en prevención primaria y tienden a ser adaptaciones breves de programas tradicionales, con un enfoque multimedia que incluye videos y juegos interactivos. Se identifican dos estudios que utilizan el teléfono móvil como plataforma de intervención: uno proporciona asesoramiento telefónico para la prevención del VIH/ITS y otro utiliza la video llamada para administrar una intervención grupal de reducción de riesgos.

4. MUJERES QUE TIENEN RELACIONES SEXUALES CON MUJERES

CONCEPTUALIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Durante los inicios de la epidemia, los especialistas en salud pública adoptaron el término HSH como un indicador epidemiológico reconociendo que es el comportamiento y no la orientación sexual lo que determina el riesgo de infección por VIH. Siguiendo esta conceptualización, poco tiempo después empezó a utilizarse el término *mujeres que tienen sexo con mujeres* (MSM) como concepto análogo al equivalente masculino (Marrazzo et al., 1998). Este término fue introducido

para romper la conceptualización dicotómica y categóricas de la sexualidad y entender que las mujeres que tienen sexo con mujeres constituyen un grupo conformado por mujeres que, independientemente de su orientación sexual, mantienen relaciones sexuales con mujeres. Al igual que sucede con los HSH, este término incluye tanto mujeres identificadas abiertamente como homosexuales, bisexuales, *queers*, pansexuales, etc., como mujeres identificadas como heterosexuales que mantienen contactos homoeróticos frecuentes o esporádicos. Un estudio de Schick et al. (2012) que realiza un análisis de la orientación y la conducta sexual de un grupo de mujeres que tienen sexo con mujeres indica que, el 74.84% se considera lesbiana u homosexual, el 16.20% bisexual, el 7.25% *queer*, el 0.13% heterosexual, mientras que el 1.68% utilizan otro término o se cuestionan la etiqueta a emplear. Otra investigación similar determina cifras equivalentes con un 90.5% de mujeres identificadas como lesbianas, un 8.8% como bisexuales y un 0.7% como heterosexuales u otra etiqueta (Roberts et al., 2000).

Los investigadores destacan la necesidad de entender que la orientación sexual es una construcción multidimensional conformada según F. Klein (1978) y Laumann, Gagnon, Michael y Michaels (1994) por tres dimensiones no necesariamente coincidentes entre sí: la identidad, la atracción y el comportamiento. Además, las investigaciones han demostrado que estas dimensiones pueden cambiar y fluctuar con el tiempo (Diamond, 2003) y, por tanto, las mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres pueden haber mantenido o mantener también relaciones sexuales consensuadas y no consensuadas con hombres. Algunos trabajos indican que entre el 80% y el 85% de mujeres que se identifican como homosexuales han mantenido, en algún momento de su vida, relaciones sexuales con hombres (Bailey, Farquhar, Owen y Mangtani, 2004; Mercer et al., 2007; Richters, Prestage, Schneider y Clayton, 2010).

Por todo ello, este grupo constituye un colectivo muy heterogéneo con comportamientos, actitudes, creencias y valores muy dispares, cuya única característica común es mantener relaciones sexuales de manera estable o esporádica con parejas femeninas. Los estudios que analizan la conducta sexual establecen una sexualidad altamente centrada en la estimulación vaginal, con una coexistencia de un amplio conjunto de prácticas sexuales. Bailey et al. (2004) realizan un estudio con mujeres lesbianas y bisexuales que analiza las conductas sexuales más frecuentes, siendo éstas: (1) masturbaciones mutuas, estimulación manual de los genitales de otra persona; (2) tribadismo, fricción de zonas erógenas, vulva con vulva; (3) cunnilingus, estimulación de la zona genital femenina con la boca; (4) beso negro o annilingus, estimulación de la zona anal mediante la boca; (5) penetración táctil, introducción de los dedos o la mano en el recto o la vagina; (6) introducción de juguetes sexuales en el recto o la vagina; y (7) fisting, inserción de la mano en el recto y/o la vagina. Concretamente, el 80.3% de las que han mantenido relaciones durante los últimos 12 meses ha

practicado el cunnilingus activo o receptivo (Mercer et al., 2007). Otro estudio similar determina que el 97.6% ha practicado alguna vez cunnilingus, el 90.8% tribadismo, el 98.2% penetración vaginal táctil, el 74.1% penetración vaginal con juguetes sexuales y el 33.6% fisting vaginal (Schick et al., 2012). Aproximadamente, el 25% de las MSM refieren haber usado un vibrador o un consolador sin vibración durante los últimos 30 días; de este porcentaje el 77.2% lo introdujo vaginalmente y el 14.4% lo introdujo analmente (Schick et al., 2012).

Algunos trabajos centran su interés en el análisis de la presencia de relaciones sexuales durante el periodo menstrual o la realización de prácticas que conllevan contacto directo con sangre, lo que obviamente implicaría un mayor riesgo de transmisión del VIH. Un trabajo realizado con una muestra de mujeres lesbianas y bisexuales estadounidenses determina que el 81.4% refiere haber mantenido relaciones sexuales durante la menstruación y el 55.6% haber realizado prácticas que conllevan contacto directo con esta sangre (Roberts et al., 2000). En consonancia, otra investigación realizada por Richters et al. (2010) concluye que el 52.9% ha practicado y el 52.3% ha recibido sexo oral durante la menstruación. Además, este trabajo también examina la presencia de otras conductas sexuales en las que la sangre esté presente determinando que el 8.8% refiere alguna práctica de estas características.

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

La forma más efectiva para combatir el avance del VIH es la prevención a través del uso del preservativo y/o la barrera de látex. A pesar de su importancia, diversos estudios indican el escaso uso de estos métodos también entre estas mujeres (Fishman y Anderson, 2003) como consecuencia de la baja percepción de riesgo, los conocimientos erróneos y las creencias erróneas sobre sexualidad (Marrazzo, Coffey y Bingham, 2005; Monteiro, Cecchetto, Vargas y Mora, 2010; Richardson, 2000; Silberman, Buedo y Burgos, 2016). Un trabajo realizado con MSM británicas revela que el 86% de las mujeres que refieren haber practicado sexo oral nunca habían usado barreras de látex, el 13% la habían utilizado alguna vez y solo el 1% la usaba de manera sistemática. Respecto al uso compartido de juguetes sexuales introducidos en el ano y/o en la vagina, el 22% declaraba usar preservativos de manera ocasional mientras que el 26% lo hacía sistemáticamente (Bailey et al., 2004). Otra investigación realizada por Richters et al. (2010) con una muestra de 543 MSM concluye que el 87% de quienes practican sexo oral no utilizan nunca la barrera de látex (86.7% cunnilingus y 77.1% annilingus), el 9.5% la utiliza ocasionalmente (7.6% cunnilingus y 11.4% annilingus) y sólo el 3.5% la utiliza de forma sistemática (3.6% cunnilingus y 5.7% annilingus). Del mismo modo, la mayoría de las mujeres (79.5%) nunca usa el preservativo en sus relaciones sexuales, el 3.8% lo utiliza algunas veces y solo el 13.9% lo utiliza a menudo.

Rowen et al. (2013) analizan la frecuencia de uso de diversos métodos preventivos en una muestra de mujeres norteamericanas que tienen sexo con mujeres. Los resultados determinan que el porcentaje de mujeres que usan algún método preventivo es significativamente menor entre quienes tienen relaciones monógamas (3.5%) que entre quienes mantienen relaciones con parejas esporádicas (14.3%). Concretamente, el 3.5% y el 2.8% de la muestra refiere usar sistemáticamente la barrera de látex al realizar y recibir sexo oral, respectivamente. El uso de estos métodos es más frecuente cuando se practica la estimulación genital con juguetes sexuales. Concretamente, el 15.1% y el 14.5% de las mujeres usa el preservativo sistemáticamente al realizar o recibir este tipo de estimulación, respectivamente.

En contexto español, Castro-Calvo, Morell-Mengual, Gil-Juliá y Giménez-García (2016) realizan uno de los pocos trabajos que analiza la frecuencia de uso la barrera de látex en mujeres lesbianas que mantienen relaciones con parejas esporádicas. Los resultados indican que este método sólo es utilizado por el 18.7% de quienes practican cunnilingus (15.6% algunas veces y 3.10% siempre), el 21.4% de quienes practican annilingus (14.3% algunas veces y 7.1% siempre), y el 10.7% de quienes practican tribadismo (7.1% algunas veces y 3.6% siempre).

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL VIH Y OTRAS ITS

La invisibilidad social e institucional que tradicionalmente han tenido en general la sexualidad femenina y en particular las relaciones sexuales entre mujeres junto al poco interés que han suscitado sus problemas específicos, ha propiciado un desconocimiento sobre el impacto que tiene el VIH y otras ITS sobre este colectivo (Sancho, 2012). En relación a esta realidad, Orza (2011) declaró que las MSM, incluyendo a mujeres homosexuales, mujeres bisexuales, mujeres transexuales y trabajadoras sexuales que tienen sexo con mujeres, conforman una población que ha quedado fuera de los focos y las agendas de investigación e intervención frente al VIH.

El riesgo frente al VIH es multidisciplinar e independiente de la orientación sexual. Por ello cualquier persona puede contraer el virus si realiza una conducta de riesgo que permita la entrada de células infectadas presentes en los fluidos de personas diagnosticadas en el cuerpo de personas no infectadas. Las mujeres que tienen sexo con mujeres conforman un grupo heterogéneo que realiza una amplia gama de prácticas sexuales frecuentemente desconocidas, invisibilizadas o mitificadas (Bailey et al., 2004; Mercer et al., 2007; Schick et al., 2012). La transmisión del VIH entre mujeres puede producirse a través del contacto directo con sangre menstrual infectada, del intercambio de fluidos vaginales o por la exposición a la sangre de un traumatismo producido durante la actividad sexual (Chan et al., 2014; Sancho, 2012). Las prácticas sexuales de mayor riesgo son:

(1) el cunnilingus o el contacto directo entre dos superficies vaginales durante el periodo menstrual sin la utilización de barreras de látex, (2) el intercambio de juguetes sexuales sin cambio de preservativo previo a la inserción vaginal y/o anal, (3) el sexo oral desprotegido y (4) la inserción de la mano en el ano y/o la vagina sin la utilización de barreras protectoras adecuadas.

Los casos de VIH transmitidos por contacto sexual entre mujeres son difíciles de constatar irrefutablemente ya que en la mayoría de los casos existen otros factores de riesgo asociados. El primer caso documentado fue el de una mujer afroamericana de 20 años sin antecedentes de abuso de sustancias, sin historial previo de relaciones heterosexuales y sin tatuajes ni perforaciones en ninguna parte del cuerpo (Kwakwa y Ghobrial, 2003). Esta mujer aseguró haber mantenido relaciones sexuales sin protección durante dos años con una mujer bisexual con VIH. Las prácticas sexuales referidas incluían el intercambio de juguetes sexuales, el annilingus y el cunnilingus.

Chan et al. (2014) presentan otro caso confirmado de infección entre mujeres, en el que el análisis genético ratificó que los virus de ambas presentaban una similitud superior al 98%. La mujer infectada no presentaba ningún otro factor de riesgo asociado por el que pudiese haber contraído el virus, como uso de drogas por vía parenteral, tatuajes, acupuntura, transfusiones sanguíneas, etc. Además, aunque refería haber mantenido relaciones heterosexuales en el pasado, éstas no se producían desde hacía una década. Por su parte, el informe revelaba que la pareja mantenía relaciones sexuales sin protección, con contacto oral y vaginal. Concretamente ambas compartían juguetes sexuales sin cambio de preservativo previo a la inserción vaginal e informaban mantener relaciones sexuales desprotegidas durante la menstruación.

Esta concepción sesgada de la sexualidad desde el prisma de la sexualidad masculina y de las relaciones heterosexuales junto a la ausencia de datos epidemiológicos y programas preventivos específicos ha fomentado la divulgación de una serie de creencias erróneas que sitúan a las MSM en situación de vulnerabilidad (ver figura 8). Aunque la literatura científica afirma que las mujeres que tienen sexo con mujeres tienen un riesgo relativamente bajo de infección por VIH u otras ITS, el sexo lésbico no está exento de riesgo (Deol y Heath-Toby, 2009). Estas mujeres, al igual que sus contrapartes heterosexuales, participan en comportamientos sexuales de alto riesgo como, por ejemplo, la exposición a fluidos vaginales, el contacto directo con sangre menstrual, las relaciones sexuales desprotegidas con hombres o un mayor número de parejas sexuales.

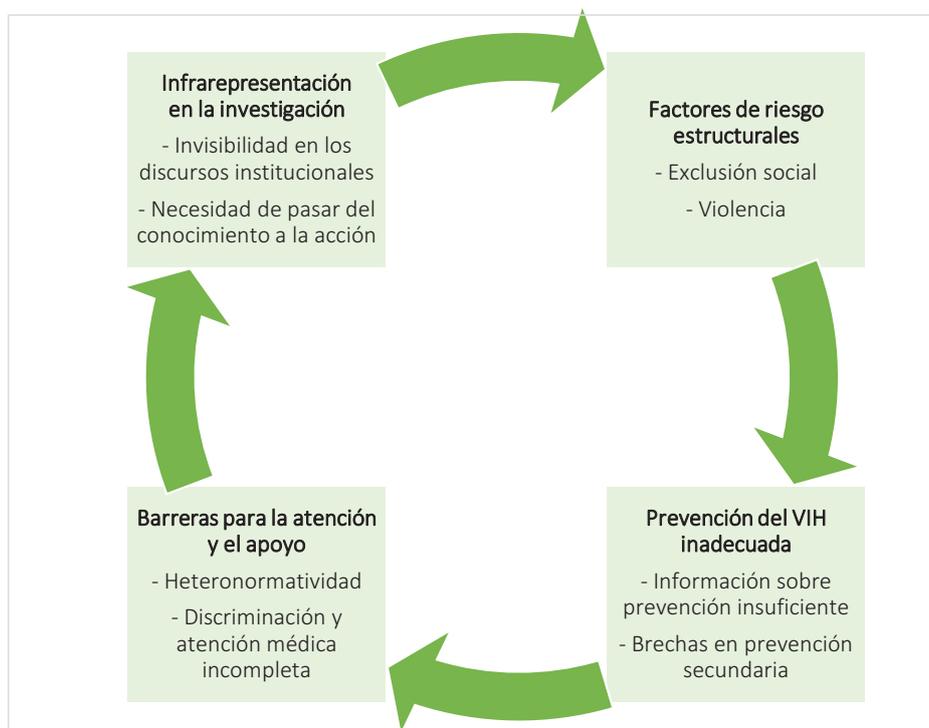
En la actualidad la incidencia de algunas ITS está aumentado de forma significativa entre las MSM. Estudios internacionales determinan que la prevalencia en mujeres que solo tienen relaciones con mujeres se sitúa entre el 30.7% y el 37.8% (Bailey et al., 2004; Muzny, Sunesara, Martin y Mena, 2011; Muzny, Kapil, Austin, Hook y Geisler, 2014), mientras que en mujeres que tienen

relaciones sexuales con hombres y mujeres la prevalencia se sitúa entre el 19.1% y 34.9% en sus tasas más bajas (Bailey et al., 2004; Bauer y Welles, 2001; Logie et al., 2014; Vansintejan, op de Beke, y Devroey, 2016) y entre 44% y 79% en sus tasas más altas (Fethers, Marks, Mindel y Estcourt, 2000; Muzny et al., 2011; Muzny et al., 2014).

Un estudio realizado por Logie et al. (2014) con 466 MSM con edades comprendidas entre 18 y 70 años determina que una quinta parte de las participantes refirieron haber sido diagnosticadas de alguna ITS al menos una vez. Las ITS más reportadas son el VPH y las verrugas genitales (30.6%), la clamidia (19.4%), el herpes oral o genital (16.3%) y el VIH (6.1%). En cuanto a la orientación sexual, las participantes que se identifican como bisexuales (38%) o *queers* (21%) presentan mayores tasas de prevalencia que aquellas que se identifican como lesbianas (10%). Otro trabajo más exhaustivo llevado a cabo por Fethers et al. (2000) indica tasas de prevalencia que oscilan entre el 0.4% y el 9.5%. Concretamente, el 7.9% ha sufrido vaginosis bacteriana, el 9.5% herpes genital, el 7.5% verrugas genitales, el 0.4% gonorrea, el 2.8% clamidia, el 5.2% Hepatitis C, el 5.2% Hepatitis B, y el 0.4% VIH.

Figura 8.

Factores de vulnerabilidad para la infección por VIH en MSM



Fuente: adaptado de Logie, James, Tharao y Loufy (2012)

Muzny et al. (2011) comparan la prevalencia de diversas ITS en un grupo de mujeres que únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres (n = 111) y un grupo de mujeres que mantienen relaciones con hombres y mujeres (n = 80). Los resultados determinan que las mujeres que mantienen relaciones con hombres y mujeres presentan tasas significativamente más altas de infección por clamidia (35% vs. 13.5%) y gonorrea (28.8% vs. 2.7%) que las mujeres que solo mantienen relaciones con mujeres. En este estudio otras ITS como la sífilis, el VIH y la tricomoniasis, no presentan diferencias significativas entre ambos grupos. Por su parte, un trabajo de Bailey et al. (2004) determina que algunas ITS como la clamidia o la gonorrea solo se diagnostican en mujeres que mantienen relaciones sexuales con hombres y mujeres. En cuanto a las mujeres que únicamente mantienen relaciones sexuales con mujeres, una investigación realizada en contexto estadounidense indica tasas de prevalencia de ITS que oscilan entre el 0.3% (VIH) y el 2.4% (herpes genital), no registrando ningún caso de gonorrea o verrugas genitales (Marrazzo, Thomas, y Ringwood, 2011). Estas cifras son similares a las obtenidas por Bailey et al. (2004) y Muzny et al. (2014) en diversos estudios realizados con mujeres británicas y estadounidenses.

Algunas investigaciones indican que, como consecuencia de ciertos comportamientos sexuales de riesgo, las MSM (particularmente las mujeres jóvenes y las mujeres con pareja masculinas y femeninas) tienen un riesgo similar de contraer alguna ITS, e incluso a veces más alto, que las mujeres heterosexuales (Koh, Gómez, Shade y Rowley, 2005). En este sentido, Fethers et al. (2000) realizan un estudio que compara la prevalencia de diversas ITS en un grupo de MSM (n = 1.408) y un grupo de mujeres controles que solo han mantenido relaciones sexuales con hombres (n = 1.423). El 44% de las MSM informan de un diagnóstico previo de una o más ITS en comparación con el 32% de las mujeres controles. Los resultados revelan una mayor prevalencia de vaginosis bacteriana, hepatitis C, hepatitis B y conductas de riesgo para el VIH entre las mujeres que tienen sexo con mujeres. Por su parte, la gonorrea y la clamidia son ITS poco comunes, no existiendo diferencias significativas en las tasas de prevalencia halladas en ambos grupos.

FACTORES DE VULNERABILIDAD

Si bien se ha escrito mucho sobre los factores de vulnerabilidad que tienen los hombres que tienen sexo con hombres o las personas heterosexuales, existe muy poca investigación científica sobre los factores de riesgo específicos para la infección por VIH y otras ITS en mujeres que tienen sexo con mujeres (Logie, Lacombe-Duncan, Weaver, Navia y Este, 2015; Orcasita et al., 2014). Un análisis exhaustivo de la literatura determina que los factores que dificultan la visibilidad de las necesidades específicas de las MSM en materia de salud sexual y que por tanto incrementan el riesgo de infección por VIH y otras ITS son:

1. HETERONORMATIVIDAD, MITOS Y ESTEREOTIPOS: Las autoridades sanitarias, los profesionales de la salud y, en general, la sociedad tiene una perspectiva de la sexualidad sesgada desde los esquemas, comportamientos, actitudes y creencias de las personas heterosexuales (Orza, 2011; Sancho, 2012), que presupone o invisibiliza las prácticas sexuales que realizan las MSM. Esta concepción generalizada de la sexualidad ha creado una falsa percepción de inmunidad que no ha hecho más que retroalimentar la idea de que el colectivo de MSM no realiza prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH (Orcasita et al., 2014). Por ello, desde la aparición de la epidemia del sida, los servicios de salud han centrado su atención en aquellos grupos con comportamiento de riesgo previamente identificados, como las personas que se inyectan drogas o los hombres que tienen sexo con hombres, dejando con el paso del tiempo a las MSM fuera de los programas preventivos y del foco de atención (Arend, 2003).

2. AUSENCIA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS ESPECÍFICOS que incluyan información sobre las conductas sexuales de riesgo y los métodos de prevención adecuados (Orcasita et al., 2014). Desde el inicio de la epidemia se han implementado numerosas campañas preventivas dirigidas al colectivo de hombres que tienen sexo con hombres. Desafortunadamente existen pocos materiales dirigidos específicamente a mujeres con prácticas homoeróticas (Ripley, 2011). Algunos ejemplos de materiales elaborado en España son la campaña pionera de sensibilización creada por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales dirigida a profesionales de la salud sobre los problemas que encuentran las mujeres lesbianas y bisexuales en la consulta ginecológica “Ginecolog@: Conócenos, Inclúyenos” (FELGTB, 2008) o la guía de salud sexual para mujeres lesbianas y bisexuales (Fundación Triángulo, 2017). Recientemente, Logie et al. (2015) diseñan, implementan y evalúan la efectividad de un programa piloto de prevención del VIH e ITS para lesbianas, bisexuales, *queers* y otras mujeres que tienen sexo con mujeres. En este sentido, Orcasita et al. (2014) destacan la necesidad de articular políticas públicas ajustadas a sus necesidades y diseñar estrategias de intervención mediante la sensibilización de los escenarios de salud y los entornos educativos alrededor de la importancia del acompañamiento y la promoción de la salud sexual.

3. AUSENCIA DE DATOS EPIDEMIOLÓGICOS. El Plan Nacional sobre el Sida y el Centro Nacional de Epidemiología elaboran periódicamente informes epidemiológicos e informes específicos sobre poblaciones vulnerables. Los informes epidemiológicos cuantifican los nuevos diagnósticos, así como su evolución temporal y describen las características epidemiológicas de las personas. Actualmente se recogen datos sobre hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, hombres y mujeres heterosexuales, personas que se inyectan drogas, transmisión materno-infantil, receptores de hemoderivados, receptores de transfusiones sanguíneas, exposiciones de

riesgo desconocidas y otras exposiciones de riesgo. Por tanto, las estadísticas referentes a las mujeres que tienen sexo con mujeres no son incluidas o son agrupadas en categorías genéricas que dificulta la obtención de datos fiables y perpetúan su invisibilidad (Sancho, 2012). La solución radicaría en incluir preguntas con contenido homoerótico en los protocolos utilizados durante el diagnóstico del VIH que contribuyan a la visibilización de esta población (Orcasita et al., 2014). Por su parte, los informes específicos presentan información clave sobre poblaciones en riesgo de exclusión social como: hombres que tienen sexo con hombres, personas migrantes o personas que ejercen la prostitución. A pesar de la existencia un informe específico sobre la situación epidemiológica del VIH/sida en mujeres españolas (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2008), este solo proporciona datos sobre mujeres heterosexuales, usuarias de drogas inyectadas y madres de niños recién nacidos, sin realizar mención alguna al colectivo de MSM.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS ACTUALES

Aunque en los últimos años se está produciendo un enfoque de género en la investigación, prevención, tratamiento del VIH, este se centra casi exclusivamente en las mujeres heterosexuales y cisgénero (Gil-Llario et al., 2014; Higgins, Hoffman y Dworkin, 2010), existiendo pocas estrategias preventivas diseñadas específicamente para reducir el riesgo de la infección por VIH y a otras ITS en mujeres que tienen sexo con mujeres (Orcasita et al., 2014; Sancho, 2012).

Las estrategias preventivas que abordan los factores sociales y estructurales de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS en mujeres homosexuales rara vez se implementan o validan (Bauer y Welles, 2001; Marrazzo, 2000). Además, Logie et al. (2014) subrayan la necesidad diseñar e implementar estrategias preventivas específicas puesto que el riesgo de infección que tienen las mujeres que mantienen relaciones con hombres y mujeres es mayor que el que tienen las mujeres que únicamente tienen sexo con mujeres.

Actualmente sólo se tiene constancia de un estudio que describe el desarrollo y la validación de una estrategia preventiva específica, concretamente una intervención cuyo objetivo es reducir la vaginosis bacteriana (VB) en un grupo de mujeres homosexuales y bisexuales entre 26 y 35 años (Marrazzo et al., 2011). Previamente al inicio de la intervención se realizaron una serie de grupos de discusión para conocer las características específicas del colectivo y así asegurar que la intervención se adaptara a sus necesidades. Se implementó una entrevista motivacional basada en el Modelo de Creencias de Salud que abordó la vulnerabilidad percibida (proporcionando información sobre la prevalencia relativamente alta de vaginosis bacteriana entre MSM), la gravedad (proporcionando información sobre sus síntomas y sus consecuencias), los beneficios de la

prevención (enfaticando los beneficios del tratamiento y la prevención) y las barreras percibidas para la implementación de prácticas preventivas. Aunque la intervención produjo un aumento significativo del uso de guantes durante el sexo vaginal digital, esta estrategia no redujo la prevalencia de la vaginosis bacteriana.

Trabajando en colaboración con agencias comunitarias en Toronto y Calgary, Logie et al. (2015) diseñan, implementan y evalúan la efectividad del único programa de prevención grupal de VIH e ITS para lesbianas, bisexuales, *queers* y otras mujeres que tienen sexo con mujeres. Concretamente, el programa está basado en el Modelo Social Ecológico Modificado e incluye seis módulos temáticos: (1) metas y objetivos para la intervención; (2) sexo, placer, asertividad y conocimiento sobre VIH e ITS; (3) estigma, salud mental y barreras para adopción de comportamientos sexuales seguros; (4) comunicación, intimidad, relaciones de poder y autoeficacia; (5) autoestima, afrontamiento y resiliencia; y (6) servicios de salud, recursos comunitarios, sistemas de apoyo y estrategias de conexión con la comunidad LGTB. Los resultados obtenidos indican que el programa reduce las prácticas sexuales de riesgo, y aumenta la autoeficacia para el uso de la barrera de látex y el nivel de conocimientos acerca de las distintas ITS.

5. HOMBRES Y MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL

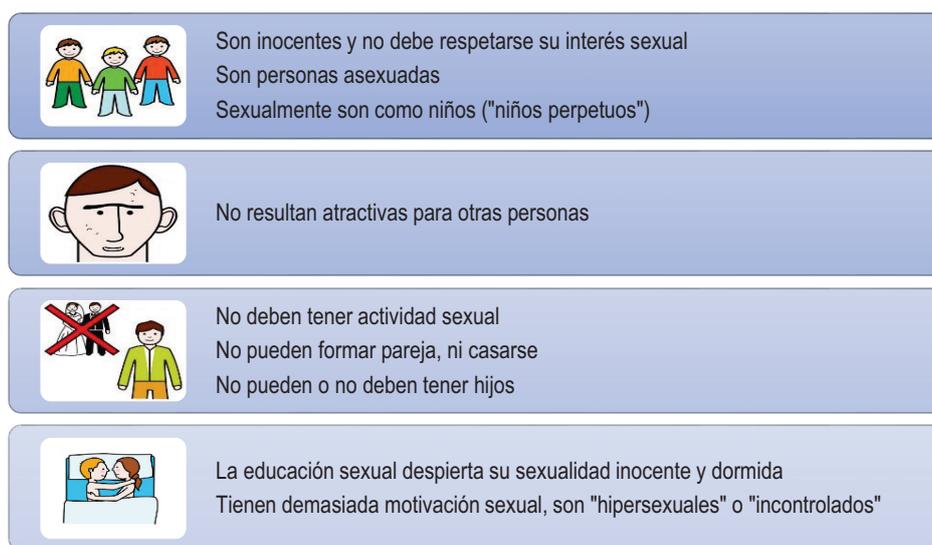
CONCEPTUALIZACIÓN Y COMPORTAMIENTO SEXUAL

Las personas con discapacidad intelectual (DI) o diversidad funcional intelectual (DFI) conforman un colectivo heterogéneo caracterizado principalmente por *déficits en el funcionamiento intelectual*, en planificación, toma de decisiones, solución de problemas, razonamiento, pensamiento abstracto, aprendizaje académico y aprendizajes a través de la propia experiencia; y *déficits en el funcionamiento adaptativo*, que impiden la consecución de los estándares sociales y culturales para la independencia personal y la responsabilidad social y limitan el funcionamiento en una o más actividades de la vida diaria, tales como la participación social, la comunicación y la vida independiente (American Psychiatric Association, 2014). El grado de discapacidad (leve, moderado, grave o profundo) que posee cada individuo es personal y se determina según su nivel de funcionamiento adaptativo en el dominio conceptual, social y práctico (American Psychiatric Association, 2014). La concepción social e institucional que ha tenido este colectivo ha variado ampliamente según el momento histórico, desde su institucionalización en centro mentales hasta su integración en la comunidad (Toboso et al., 2012); y según el área analizada, desde una mayor permisividad en relación a los aspectos laborales, ocupacionales y/o deportivos (Olavarrieta et al., 2013) a una mayor represión en relación a aquellos aspectos relacionados con la sexualidad (Franco, Cardoso y Neto, 2012).

Centrando el foco de atención en el área sexual, parece claro que las personas con DFI tienen los mismos derechos y según diversos estudios, las mismas necesidades que las personas sin discapacidad (Borawska-Charko, Rohleder y Finlay, 2017; Eastgate, 2008). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece que las personas con DFI tienen derecho a gozar del mayor nivel de salud posible, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, sin discriminación por motivos de discapacidad. Algunos trabajos recientes determinan que gran parte de este colectivo siente la necesidad o el deseo de hablar más de sexualidad, encontrar pareja y tener hijos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal y Díaz-Rodríguez, 2018; Schaafsma, Kok, Stoffelen y Curfs, 2017). Sin embargo, su sexualidad ha estado marcada por numerosos mitos, estereotipos y falsas creencias (ver figura 9) que, a pesar de carecer de evidencia y apoyo científico, han fomentado actitudes negativas hacia este colectivo, restringiendo su derecho a conseguir una expresión libre de su sexualidad (Franco et al., 2012; Olavarrieta et al., 2013).

Figura 9.

Mitos y falsas creencias hacia la sexualidad de las personas con DFI



Fuente: adaptado de Campo (2003)

Estas personas generalmente han sido consideradas, por gran parte de la sociedad, como seres asexuados incapaces de tomar decisiones apropiadas respecto a sí mismos por requerir apoyo, pro-

tección o supervisión (Murphy y Young, 2005; Swango-Wilson, 2009). Como resultado, frecuentemente han sido esterilizados, reprimidos, excluidos de los programas educativos o institucionalizados con el objetivo de evitar las relaciones sexuales y prevenir los embarazos (McDaniels y Fleming, 2016). Existen numerosos estudios que han analizado las consecuencias negativas que las escasas oportunidades de autoexpresión sexual producen en la salud psicológica de las personas con DFI. Estos resultados varían desde prácticas sexuales de riesgo para la infección por VIH u otras ITS y comportamientos sexuales inadecuados o exhibicionistas (Díaz, Gil, Ballester, Morell y Molero, 2014) hasta victimización y abuso sexual y un bajo nivel de calidad de vida (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018; Liou, 2014; Swango-Wilson, 2009).

Según Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) el 97.8% de las personas con DFI muestra interés por la sexualidad. Aunque Fitzgerald y Withers (2013) creen que las mujeres con DFI son incapaces de conceptualizarse como seres sexuales y tienden a considerar el sexo como una actividad sucia e inapropiada, Rushbrooke, Murray y Townsend (2014) determinan que las relaciones íntimas son deseadas e importantes, satisfacen sus necesidades y pueden tener un impacto positivo en la salud mental y el bienestar.

A pesar de que el desarrollo sexual de las personas con DFI se retrasa una media de 3 años con respecto a la población sin discapacidad (Kijak, 2013), numerosos trabajos determinan que un elevado porcentaje de personas con DFI, especialmente aquellas con deficiencias leves, son sexualmente activas. La media de edad de la primera relación sexual se sitúa en 17.5 años en hombres, mientras que entre las mujeres se sitúa en 19 años (Kijak, 2013). Según Díaz et al. (2014) la edad de inicio en la práctica de la masturbación se sitúa entre los 11 y 17 años siendo la edad más frecuente los 15 años. Un reciente estudio español de Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) que analiza diversos aspectos de la sexualidad en una muestra de 360 personas con DFI leve o moderada revela que el 93.2% ha tenido pareja estable en alguna ocasión, con una media de 3.42 parejas en chicos y 3.06 parejas en chicas. Con respecto a la conducta sexual, el 84.2% de los participantes ha mantenido relaciones sexuales de algún tipo con otra persona. Las prácticas sexuales más realizadas son besos y caricias (99.2%), coito vaginal (84.4) y sexo oral (80.3%). Congruentemente, Bernert y Ogletree (2013) determinan que 85% de las mujeres refieren haber tenido experiencias sexuales.

La masturbación es la práctica sexual más realizada, sobre todo entre los hombres (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). Un estudio llevado a cabo con 133 personas con DFI determina que el 76% refiere haberse masturbado en alguna ocasión, en general los hombres se masturban casi el doble de veces (89%) que las mujeres (48%) (Kijak, 2013). El análisis de la frecuencia revela que dicha actividad se realiza principalmente unas cuantas veces a la semana (41%); mientras

que un 18% se masturba varias veces al mes, un 28% una vez al día y un 14% varias veces al día. Este dato es congruente con otros estudios que concluyen que el autoerotismo es la forma más frecuente de comportamiento sexual en esta población (Díaz et al., 2014). Para algunos participantes en un grupo de discusión, la masturbación tiene efectos positivos (relajación mental, mitigación del dolor, conciliación del sueño, etc.) y ayuda a contrarrestar los efectos negativos de algunas experiencias vitales negativas (Morales, Gauthier, Edwards y Courtois, 2016).

USO DE MÉTODOS PREVENTIVOS

Las personas con DFI tienen el mismo riesgo o incluso más de infectarse por VIH u otra ITS que el resto de la población general (Y. Navarro, Torrico y López, 2010). Aunque los programas educativos incluyen bloques temáticos dedicados a la prevención del VIH en los que se proporciona información adaptada a las necesidades de este colectivo, las decisiones importantes (por ejemplo, la elección de los métodos anticonceptivos, las revisiones ginecológicas, etc.) siguen recayendo en los progenitores o los profesionales al considerar que estas personas no poseen capacidades suficientes para decidir sobre cuestiones tan importantes por sí mismas (Olavarrieta et al., 2013).

La carencia de un sistema de vigilancia epidemiológica que proporcione datos sobre prevalencia e incidencia en este colectivo propicia un falso sentimiento de invulnerabilidad que, a su vez, suscita un mayor interés por la prevención de los embarazos no deseados que por la prevención de las ITS (van Schroyenstein, Rook y Maaskant, 2011). Muchos familiares eligen, casi unilateralmente, los métodos anticonceptivos a utilizar sin contar con la opinión del propio sujeto (Olavarrieta et al., 2013). Mayoritariamente se opta por métodos de larga duración, como la inyección o el parche transdérmico, al suponer que sus déficits de funcionamiento intelectual y adaptativo no les permitirán adquirir y/o negociar el uso del preservativo (Aunos y Feldman, 2002). Por tanto, los comportamientos sexuales de riesgo no son únicamente atribuibles al grado de discapacidad y dependencia sino a la ausencia de autonomía para elegir libremente como proteger su salud sexual.

El uso de métodos anticonceptivos es una práctica habitual ya que el 95.8% de las personas refiere utilizarlos en sus relaciones sexuales (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). Concretamente, un estudio de Van Schroyenstein et al. (2011) realizado con 234 mujeres con diversidad funcional intelectual, que residen en centros residenciales, concluye que el 50% utiliza algún método anticonceptivo: el 78% usa métodos farmacológicos, el 20% métodos quirúrgicos y el 2% ambos métodos. Sin embargo, con respecto al uso del preservativo, sólo el 22%

de las mujeres afirma utilizarlos sistemáticamente ya que el resto utiliza otros métodos anticonceptivos que no protegen de las infecciones de transmisión sexual. Congruentemente, otra investigación similar realizada en contexto español con una muestra de 78 personas con diversidad funcional intelectual leve o moderada determina que el 59% utiliza el preservativo, el 9% la píldora anticonceptiva, el 20.5% la inyección anticonceptiva, el 5.1% el parche anticonceptivo y el 2.6% el DIU. No obstante, cabe destacar que un 3.8% refiere no utilizar ningún método preventivo (Díaz et al., 2014). Aunque se conoce el porcentaje de personas que utilizan el preservativo se desconoce en qué prácticas se utiliza y su frecuencia de uso.

PREVALENCIA E INCIDENCIA DEL VIH Y OTRAS ITS

Aunque la sexualidad de las personas con DFI se ha convertido recientemente en un tema de interés profesional y debate público (Parchomiuk, 2012), algunos aspectos concretos como la prevención del VIH/sida en este colectivo han sido completamente ignorados (Brown y Jemmott, 2002). A pesar que Eastgate (2008) subraya que estas personas tienen el mismo riesgo o incluso más de infectarse por VIH u otra ITS que el resto de la población general, apenas existen datos específicos sobre prevalencia e incidencia, no encontrando estudios epidemiológicos rigurosos y sistematizados (Wells, Clark y Sarno, 2014).

Los datos presentados presentan grandes inconsistencias, como consecuencia de las fuentes de datos empleadas y las dificultades de acceso a muestras representativas (Servais, 2006) y, por tanto, no permiten establecer una cifra aproximada de prevalencia en este colectivo. Groce et al. (2013) realizan una revisión sistemática de diversos trabajos y encuentran una prevalencia que oscila entre el 0% y el 0.16%.

FACTORES DE VULNERABILIDAD

1. VIOLENCIA SEXUAL. Las mujeres y los hombres con DFI constituyen una población de alto riesgo para el abuso sexual (Swango-Wilson, 2009). Diversas investigaciones remarcan que este colectivo tiene aproximadamente cuatro veces más probabilidades de convertirse en víctimas de abuso sexual que las personas sin discapacidad (Mitra, Mouradian y Diamond, 2011). Los estudios que analizan las características de las víctimas determinan que el perfil más común es una mujer joven con un nivel de deterioro leve o moderado (Liou, 2014). En un estudio, Cambridge, Beadle-Brown, Milne, Mansell, y Whelton (2011) revisaron los casos de protección de adultos recogidos por las dos autoridades locales de Reino Unido y encontraron que el 68.8% de las víctimas eran mujeres y el 31.3% eran

hombres. Las diferencias de género en la prevalencia del abuso sexual también reflejan ciertas creencias culturales. Posiblemente el número de hombres víctimas de abusos sexuales sea mayor a las cifras conocidas. No obstante, estos casos pueden ser silenciados por el estigma asociado a que un hombre no sea capaz de defenderse e impedir que tales actos ocurran (Mitra, Mouradian, Fox y Pratt, 2016). La victimización sexual entraña un alto riesgo de infección por VIH y otras ITS. La resistencia que muchas víctimas oponen hace que las prácticas sexuales realizadas por el agresor tengan un alto grado de violencia que propicien la presencia de microheridas y/o sangrados. Además, es sumamente infrecuente que las personas que perpetran un abuso utilicen preservativos u otros métodos preventivos (Eastgate, 2008; Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, 2002).

2. CONOCIMIENTOS E INFORMACIÓN SOBRE SEXUALIDAD. La educación afectivo-sexual para personas con DFI todavía es un tema lastrado por la novedad y la confusión (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). Aunque en los últimos años se han implementado programas preventivos más rigurosos y específicos (Wells, Clark y Sarno, 2012), la educación sexual que tradicionalmente ha recibido este colectivo se ha caracterizado por: (1) el control de los impulsos de forma represiva (De Dios, García y Suárez, 2006); (2) el interés por no despertar sus necesidades sexuales (Aunos y Feldman, 2002); y (3) la focalización en temas centrados en aspectos básicos y necesarios, aunque insuficientes, como la higiene o los embarazos no deseados (Olavarrieta et al., 2013); y 4) la provisión de conocimientos teóricos sin aplicación práctica. Aunque una gran cantidad de personas con DFI refieren poseer información sobre métodos anticonceptivos se desconoce realmente qué información y si esta se ajusta a la realidad. Un estudio llevado a cabo con 133 personas con DFI leve determina que sólo el 10% comprenden realmente el concepto de método anticonceptivo (Kijak, 2013). En muchas ocasiones este colectivo tiene serias dificultades para acceder a información sobre métodos anticonceptivos y, en caso de conseguirla, puede no estar adaptada a sus necesidades. Además, Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) determinan que los conocimientos transmitidos no son siempre los deseados o los esperados, ya que el 93.3% de los hombres y el 85.6% de las mujeres manifiestan querer hablar más sobre sexualidad. En este sentido, Kelly, Crowley y Hamilton (2009) sugieren que la educación sexual que reciben estas personas es insuficiente e inadecuada por lo que es necesario introducir cambios en la metodología para asegurar que este colectivo pueda expresar sus inquietudes en relación con la vivencia de su sexualidad en un clima abierto, respetuoso y positivo donde se hable de los temas que verdaderamente les interesen y se resuelvan sus dudas. En consecuencia, los comportamientos sexuales de riesgo que llevan a cabo estas personas no son únicamente atribuibles al grado de discapacidad y dependencia sino a la ausencia de conocimientos específicamente centrados en prevención de VIH y otras ITS (Aderemi, Pillay y Esterhuizen, 2013). Es necesaria la implementación de estrategias preventivas, con una concepción real y actualizada de la

sexualidad, que se alejen de los mitos y estereotipos que tradicionalmente han conceptualizado la sexualidad de las personas con DFI (McDaniels y Fleming, 2016).

3. SOCIALIZACIÓN SEXUAL: Las personas con discapacidad sufren una significativa y marcada restricción en el acceso a cualquier contenido de naturaleza sexual que dificulta el aprendizaje de cualquier aspecto relacionado con el erotismo (Cobo, 2012; Olavarrieta et al., 2013). Esta restricción pretende protegerles de los peligros de la sexualidad, peligros que únicamente se perciben si se parte de una actitud sobre la sexualidad marcada por actitudes negativas (Caballero-Gascón, Gil-Llario, Morell-Mengual, Fernández-García y Gil-Juliá, 2017; Chou, Lu y Pu, 2015). Un estudio realizado por Olavarrieta et al. (2013) que realiza un análisis de las barreras actitudinales hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de las personas con DFI presentes en familiares y profesionales determina que, aunque los resultados apuntan una actitud positiva hacia muchos aspectos, los familiares son quienes mantienen posiciones más cautelosas y estereotipadas. Los mecanismos de protección que dificultan el acceso a una sexualidad plena son (De Dios et al., 2006): (1) negación de la sexualidad de las personas con diversidad funcional intelectual mediante una infantilización, basándose en la idea estereotipada de que los niños carecen de sexualidad; (2) represión de cualquier manifestación erótica, intentando inhibir cualquier conducta de carácter sexual; y (3) eliminación de cualquier contenido de naturaleza erótica al creer que las personas con diversidad funcional intelectual tienen una sexualidad incontrolable o peligrosa y que, por tanto, la única forma de evitar su manifestación es impedir que les lleguen contenidos que puedan despertar su “naturaleza aletargada”.

4. NIVEL DE INTIMIDAD Y AUTONOMÍA: Algunas personas con DFI tienen serias dificultades para acceder a espacios y tiempos de absoluta privacidad. Como tradicionalmente se ha considerado que estas personas tienen poca autonomía (Murphy y Young, 2005; Swango-Wilson, 2009) muchos familiares prestan una atención y supervisión constante que limita su independencia. Se tiene una visión de estas personas como sujetos pasivos; sujetos que solo se dejan hacer, pero no que buscan o deciden por ellos mismos (De Dios et al., 2006). En relación a la libertad en la toma de decisiones Díaz et al. (2014) realizan un estudio en el que analizan el grado de autonomía que ejercen los padres ante el inicio de una relación sentimental. En respuesta a si sus progenitores estaban de acuerdo o consentían que ellos iniciasen una relación de pareja, el 53.7% refirió que no y el 46.2% dijo que sí. Además, puesto que muchas personas con DFI están legalmente incapacitadas, las principales barreras se derivan de su incapacidad para tomar de decisiones ya que son sus familiares o tutores legales quienes asumen este papel (Cobo, 2012). Según Olavarrieta et al. (2013) la esterilización involuntaria y unilateral por parte de la familia es una práctica que se produce al asumir que estas personas son incapaces de entender y aprender a utilizar métodos anticonceptivos.

ESTRATEGIAS PREVENTIVAS ACTUALES

La educación sexual debe ser un proceso continuo que se inicie en la infancia, ya que el desarrollo psicosexual constituye un proceso de aprendizaje que evoluciona a lo largo la vida (Campo, 2003). UNAIDS (2009) destaca la necesidad de implementar programas preventivos y proporcionar información sobre VIH adaptada a las características específicas de las personas con diversidad funcional intelectual. No obstante, en la actualidad los programas preventivos sobre VIH y otras ITS diseñados específicamente para este colectivo son limitados. La mayoría de los programas educativos son generales y solo incluyen algún pequeño apartado sobre prevención de VIH de entre todas las temáticas que abordan. Solo recientemente y en contexto americano se han diseñado e implementando algunos programas preventivos específicos sobre VIH.

Wells et al. (2012) desarrollan y evalúan la efectividad de un programa de prevención multimedia, diseñado específicamente para reducir el riesgo de infección por VIH en mujeres con diversidad funcional intelectual, que incluye cinco bloques temáticos: (1) transmisión sexual del VIH; (2) prevención del VIH a través del uso del preservativo y la abstinencia; (3) prueba del VIH; (4) datos básicos sobre el preservativo; y (5) habilidades para el uso del preservativo, por ejemplo, cómo colocárselo correctamente, reconocer si un preservativo está en el estado, etc. Los resultados obtenidos indican que, a excepción de la capacidad para identificar los fluidos de alto riesgo, todas las mujeres mostraron ganancias estadísticamente significativas tanto en el nivel conocimientos como en las habilidades el uso del preservativo. Más recientemente, Wells et al. (2014) realizan una adaptación del programa de Wells et al. (2012) en hombres con DFI leve o moderada. En esta versión se reescribieron los textos que menciona el narrador y se crearon nuevos gráficos adaptándolos a las particularidades específicas de los hombres. Nuevamente, los resultados evidencian un aumento de los conocimientos básicos sobre VIH y de diversos aspectos relacionados con el uso del preservativo.

En contexto español, la educación afectivo-sexual de personas con DFI está cobrando relevancia en los últimos años. En este sentido se están empezando a diseñar acciones de carácter informal desde las entidades que trabajan con este colectivo. Un ejemplo es el Programa de Educación Sexual en Centros de Atención a Personas Adultas para personas con Discapacidad Intelectual de M. García y de Dios (2007) o la propuesta educativa en materia de sexualidad dirigida a personas con diversidad funcional intelectual, incluyéndose un trabajo previo tanto con profesionales como con familias que describen Rodríguez, López, Morentin y Arias (2006). Por su parte, Cobo (2012) redacta un protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con diversidad funcional intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarios de centros residenciales cuyo objetivo es proporcionar pautas para apoyar la

resolución de las necesidades interpersonales, en función de su discapacidad y de la posibilidad que tienen para tomar sus propias decisiones.

Pero todavía existen pocos programas de educación afectivo-sexual aplicados y evaluados de forma sistemática que garanticen su utilidad y replicabilidad. Alcedo, Aguado y Arias (2006) implementan y evalúan la eficacia de un programa grupal para jóvenes con diversidad funcional intelectual cuyo objetivo es mejorar el escaso o nulo conocimiento de las cuestiones relacionadas con la sexualidad. Según las directrices de López (2002), el modelo que subyace al programa se basa en un concepto positivo de salud en el que prima el derecho vivir la sexualidad como una fuente de bienestar y una dimensión más de su calidad de vida. El programa está estructurado en 12 sesiones de dos horas de duración cada una de ellas e incluye seis bloques temáticos: (1) somos seres sexuados; (2) desarrollo sexual; (3) fecundación, embarazo y parto; (4) métodos anti-conceptivos; (5) higiene corporal; y (6) infecciones de transmisión sexual. Las diferencias entre el pretest y el posttest indican que la participación en el programa mejora significativamente el nivel de conocimientos sobre sexualidad, mejora que se mantiene a los tres meses de la finalización del programa.

Recientemente, Y. Navarro et al. (2010) evalúan la eficacia de un programa de intervención psicosexual para personas con diagnóstico de discapacidad intelectual. El programa está estructurado en nueve bloques temáticos de los cuales solo el bloque cuatro está específicamente centrado en la prevención de VIH y otras ITS. El resto de bloques abordan temas como el desarrollo sexual; la respuesta sexual humana y las disfunciones sexuales; la fecundación, el embarazo y el parto; la anticoncepción y el aborto; las relaciones interpersonales; la orientación del deseo; y la comercialización y la violencia sexual. Los resultados obtenidos establecen que las personas que participaron en el programa mejoraron significativamente su nivel de conocimientos e incrementaron la fiabilidad atribuida hacia el preservativo como método preventivo. Además, aunque no se observan diferencias significativas en el concepto de sida como enfermedad, sí se aprecia un ligero aumento de aquellas respuestas que manifiestan que el sida es una enfermedad, al mismo tiempo que se aprecia un descenso de aquellas respuestas que tienen contenidos erróneos o carentes de sentido.

Finalmente, cabe destacar que en la actualidad el equipo de investigación *SALUSEX* de la Universitat de València y de la Universitat Jaume I de Castellón lleva años prestando atención a la sexualidad de este colectivo y actualmente está implementando y validando un programa de educación afectivo-sexual que incluye, entre sus múltiples bloques, un apartado destinado a la prevención del VIH y otras ITS. Concretamente, el programa está estructurado en 16 sesiones de dos horas de duración e incluye cuatro bloques temáticos: (1) introducción a la sexualidad;

(2) sexualidad y conocimiento/cuidado de uno mismo; (3) el yo en relación, y; (4) mi sexualidad: integración y consolidación de los núcleos fundamentales del programa. En el bloque 2, uno de los temas que se aborda es precisamente el de las conductas de riesgo para la infección por VIH en este colectivo.

RESUMEN...

Como resumen, podemos decir que aunque en los primeros años de la epidemia del sida la responsabilidad de su incidencia y su diseminación se atribuyó a cuatro colectivos especialmente sensibles (históricamente denominados, homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos), posteriormente se estableció que, aunque determinados colectivos poblacionales poseían mayores factores de vulnerabilidad que otros, la variable que fundamentalmente explicaba la infección por VIH era la conducta sexual personal de cada individuo. En este sentido resulta importante analizar las características diferenciales de ciertos colectivos que, si bien no son completamente homogéneos, comparten ciertas características en relación a su conducta sexual y sus factores de vulnerabilidad, con el objetivo de elaborar e implementar estrategias preventivas específicas a su realidad y a sus necesidades.

Los **hombres heterosexuales** constituyen el segundo grupo con mayor prevalencia e incidencia de casos de VIH. Los informes epidemiológicos también establecen que, aunque durante el periodo comprendido entre 2009 y 2014 el porcentaje de casos ha ido decreciendo progresivamente, en los años 2015 y 2016 se produce un repunte que debe ser analizado. En general, los estudios determinan que el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal es insuficiente, con cifras que no superan en ningún caso el 75% cuando se mantiene relaciones con parejas esporádicas con las que no existe un vínculo de confianza y conocimiento. Los principales factores de vulnerabilidad que presentan estos hombres son la necesidad de reafirmar su masculinidad y su rol de género prescindiendo del uso del preservativo, y el alto porcentaje de diagnóstico tardío, ya que este colectivo constituye el principal grupo.

El término **hombres que tienen sexo con hombres** tiene su origen en los primeros estudios epidemiológicos y en la necesidad de establecer un grupo conformado por todos aquellos hombres con conductas homoeróticas, independientemente de su orientación sexual. En la actualidad, este colectivo constituye el subgrupo con mayores cifras de prevalencia e incidencia. Los estudios que realizan un análisis retrospectivo sobre la conducta sexual de riesgo establecen que el porcentaje

sistemático de uso del preservativo en la práctica del coito anal con parejas ocasionales no supera el 75%. En la actualidad, ya se tiene constancia de algunos HSH que están tomando PrEP de forma encubierta, una nueva estrategia preventiva que, si bien ha demostrado su efectividad, su prescripción y dispensación no está autorizada por Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. En general, las características anatómicas y fisiológicas que tienen la mucosa anal junto a la globalización que están teniendo algunas prácticas sexuales a través de las tecnologías de la información y la comunicación, son factores que incrementan el riesgo de infección por VIH u otras ITS.

Las **mujeres heterosexuales** forman un colectivo tradicionalmente invisibilizado. Así, según últimos datos epidemiológicos, en 2016 se notificaron 440 casos de VIH en mujeres mediante transmisión heterosexual, cifra que supone el 14.1%. Al igual que sucede con los hombres heterosexuales, las tasas sistemáticas de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal entre las mujeres no superan el 75% en ningún estudio. En este sentido cabe destacar que, en el coito vaginal, la transmisión del VIH es mayor desde el hombre hacia la mujer que desde la mujer hacia el hombre. Además, la violencia sexual sustentada sobre los roles de género y el sexismo imperante propician un desequilibrio de poder donde las mujeres son consideradas meros objetos sexuales al servicio del placer masculino.

El término **mujeres que tienen sexo con mujeres** se emplea como concepto análogo al equivalente masculino, con el objetivo de agrupar en una misma categoría a aquellas mujeres con prácticas homosexuales. Actualmente existe un desconocimiento de la dimensión que tiene el VIH y otras ITS en este colectivo debido, entre otros aspectos, a la poca visibilidad que han tenido las relaciones sexuales entre mujeres y al poco interés que han suscitado sus problemas específicos desde el sistema público de salud. Por ello, el uso de la barrera de látex presenta datos muy bajos con cifras ponderadas que no superan el 4%. La concepción sesgada de la sexualidad desde el prisma de las relaciones heterosexuales junto a la ausencia de datos epidemiológicos y programas preventivos específicos ha fomentado la creación y divulgación de una serie de creencias y percepciones erróneas que sitúan a las mujeres que tienen sexo con otras mujeres en situación de vulnerabilidad. No obstante, el riesgo frente al VIH es independiente de la orientación sexual. Aunque los casos de VIH transmitidos entre MSM son difíciles de constatar, la literatura científica describe algunos casos con alto grado de evidencia empírica.

Los **hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual** constituyen un colectivo heterogéneo caracterizado, según el DSM 5, por déficits del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo para la autonomía personal y la responsabilidad social, y déficits de las funciones intelectuales confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas. Aunque en los últimos años se ha

prestado un mayor interés a algunos aspectos de la sexualidad de estas personas, la problemática del VIH/sida han sido completamente ignorada atribuyendo mayor importancia a la prevención de embarazos no deseados. Por todo ello, apenas existen datos específicos sobre prevalencia e incidencia en este colectivo. En cuanto al uso de métodos preventivos, los estudios realizados determinan porcentajes de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal que no superan el 60%. Además, este colectivo posee ciertas características distintivas como, la ausencia de conocimientos, la escasa socialización sexual o la violencia sexual, que incrementan su vulnerabilidad ante la problemática del VIH.

Finalmente, cabe destacar que hoy por hoy la mejor estrategia para combatir el VIH es la prevención y que, en ese sentido, son varios los modelos de promoción de salud que se han desarrollado para intentar entender el porqué de los comportamientos de riesgo.

3. Modelos explicativos de promoción de la salud

En la actualidad la epidemia del VIH/sida cumple tres décadas de historia desde el primer caso oficialmente detectado en 1979 en la ciudad de Nueva York. Aunque el VIH todavía no tiene cura, en los últimos años se han realizado importantes avances médicos que han conseguido reducir la carga viral hasta niveles prácticamente indetectables mediante el tratamiento antirretroviral, prolongando y mejorando significativamente la calidad de vida.

A pesar de los avances médicos logrados para disminuir el impacto del VIH, actualmente la prevención sigue siendo la única estrategia válida para evitar la infección y erradicar la epidemia. Los distintos ámbitos de prevención están intrínsecamente relacionados con el mecanismo de transmisión (sanguínea o parenteral, vertical o perinatal y sexual). En España y en los países desarrollados, la transmisión sexual constituye la principal vía de transmisión del VIH. En este ámbito de prevención, las estrategias disponibles consisten en el uso consistente y correcto de algún método de barrera, la administración de la profilaxis post-exposición (PPE) inmediatamente después de la realización de una práctica sexual de alto riesgo y la administración de la profilaxis pre-exposición (PrEP).

- Los métodos de barrera son aquellos en los cuales se coloca una barrera mecánica en los genitales del hombre o de la mujer para evitar el contacto de fluidos corporales, como el semen, el flujo vaginal o la sangre. Según Menoyo (2003) los métodos más utilizados son el preservativo masculino, una funda que cubre el pene con un tamaño estándar de entre 4.9 y 5.2 centímetros de ancho y 18 centímetros de largo; el preservativo femenino, una funda transparente de poliuretano con un anillo flexible en ambos extremos, como un pequeño túnel de 17 centímetros de largo y 7.8 de diámetro, cerrado en uno de los extremos; y la barrera de látex, un rectángulo de látex u otro material que cubre la vulva o el ano durante el sexo oral.
- La profilaxis post-exposición (PPE) consiste en la administración de un régimen de tratamiento antirretroviral de corta duración inmediatamente después de una situación en la que se produce contacto con sangre u otros líquidos biológicos de manera accidental, incluso habiendo tomado medidas de prevención para ello, por vía sexual o parenteral fuera del ámbito estrictamente sanitario (Almeda et al., 2002).
- La profilaxis pre-exposición (PrEP) es una nueva estrategia preventiva que consiste en la administración de medicamentos antirretrovirales en personas seronegativas con prácticas sexuales de alto riesgo, con el objetivo de reducir la probabilidad de adquirir

la infección (UNAIDS, 2015). Es una combinación de dos medicamentos (tenofovir y emtricitabina) que se comercializa con el nombre de Truvada y ha sido aprobada tanto por la *Food and Drug Administration* (FDA) como por la Agencia Europea del Medicamento. Cabe destacar que esta estrategia preventiva todavía no está implementada legalmente en España (Ferrer et al., 2016)

Los programas preventivos tienen como objetivo eliminar o disminuir el riesgo de infección por VIH en toda la población, y especialmente en grupos con mayor vulnerabilidad, intentando (Espada y Quiles, 2002): (1) promover habilidades y comportamientos que eviten o disminuyan el número de nuevas infecciones (prevención primaria); (2) favorecer que las personas que viven con VIH retrasen en la medida de lo posible el periodo sintomático del sida (prevención secundaria); y (3) que los enfermos que han desarrollado la enfermedad disfruten de una adecuada calidad de vida y del apoyo social y sanitario necesario (prevención terciaria).

La prevención primaria pretende evitar la aparición de la infección proporcionando estrategias específicas (tanto a grupos de mayor como de menor vulnerabilidad) cuyo objetivo es la promoción de la salud sexual. Este objetivo se puede alcanzar mediante diversas estrategias (Espada y Quiles, 2002): incrementar el grado de información de la población sobre la infección por VIH y las conductas sexuales de riesgo que favorecen su transmisión; promover conductas sexuales saludables, especialmente mediante el uso de métodos de barrera; promover habilidades personales para iniciar la actividad sexual cuando se desee y rechazar cualquier conducta sexual que no implique el uso de métodos preventivos; y favorecer la adaptación de la ciudadanía hacia los programas comunitarios de prevención, especialmente los grupos de mayor vulnerabilidad.

La prevención secundaria intenta reducir las consecuencias que conlleva la infección una vez adquirida, a través de programas de detección precoz y counseling médico. Estas actuaciones deben realizarse en la fase inicial de la infección para minimizar el deterioro de la salud y reducir la aparición de perturbaciones asociadas. Este objetivo puede lograrse promoviendo programas comunitarios de detección temprana que garanticen el anonimato y la confidencialidad del usuario y fomentando las conductas sexuales preventivas que eviten la transmisión del virus a personas seronegativas.

La prevención terciaria pretende minimizar o evitar las complicaciones asociadas y cubrir las necesidades personales una vez se ha producido la enfermedad. Este objetivo puede conseguirse realizando acciones que promuevan la autonomía personal y mejoren la calidad de vida y el afrontamiento las limitaciones derivadas de la enfermedad; y fortaleciendo la red social de apoyo y optimizando el estado emocional, especialmente mediante la participación en grupos de ayuda mutua.

1. MODELOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD APLICADOS AL VIH

Una teoría es un conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones interrelacionados que presenta una perspectiva sistemática de hechos o situaciones por medio de la especificación de las relaciones entre variables con el fin de describir, explicar, predecir y controlar un determinado fenómeno. De acuerdo con esta definición, cuando los conceptos están bien definidos y relacionados, formando un todo coherente con algún objetivo concreto, se tiene una teoría. Según Hernández, Fernández y Baptista (2010) entre las diversas funciones que tiene una teoría están las de explicar, pronosticar, sistematizar y aumentar el conocimiento sobre un hecho específico; y de ahí se deriva su utilidad, la cual consiste esencialmente en explicar un determinado comportamiento.

Desde el ámbito de la Psicología de la Salud y la Psicología Social se han elaborado diversas teorías explicativas del comportamiento humano como, por ejemplo, el Modelo de Creencias de Salud (Becker y Maiman, 1975), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), la Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991), el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska, DiClemente y Norcross, 1992) o el Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992), entre otros muchos. Estos modelos pueden resultar de gran utilidad en la elaboración de acciones y estrategias preventivas efectivas. Mediante el análisis de las variables explicativas que conforman los distintos modelos se pretende dar una explicación de las razones por las que se realizan determinadas conductas de riesgo para la salud (Espada, Quiles y Méndez, 2003; Rueda et al., 2008). No obstante, cabe destacar que, aunque algunas de estas teorías poseen elementos equiparables, su significado no es necesariamente equivalente, puesto que las variables deben entenderse dentro del planteamiento que realiza cada modelo.

2. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) o Health Belief Model (Becker y Maiman, 1975) es el modelo más antiguo y más utilizado en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Fue originalmente desarrollado en los años 50 por un grupo de psicólogos sociales estadounidenses, de un departamento de salud pública, interesados en explicar por qué las personas eran reacias a participar en programas preventivos y de detección precoz. Fundamentado en las *teorías del valor esperado*, se presupone que la conducta de un individuo depende de dos variables: el valor subjetivo que la persona atribuye a un determinado objetivo y la estimación o probabilidad de que una acción específica le conduzca al objetivo deseado. Aplicado al campo de la salud, el *valor* sería el deseo de evitar la enfermedad o mantener la salud y la *expectativa* sería la creencia de que una determinada acción saludable puede prevenir o mejorar la enfermedad (Espada y Quiles, 2002).

Según Rosenstock (1974), la vulnerabilidad ante un problema de salud, la severidad de los síntomas, los beneficios potenciales de la implementación de la conducta de salud respecto a la reducción de la amenaza percibida y los costes percibidos de llevar a cabo la acción, son las cuatro dimensiones que influyen en la probabilidad de adoptar una acción preventiva y componen el Modelo de Creencias de Salud.

La vulnerabilidad percibida ante una enfermedad, se refiere a la vulnerabilidad o probabilidad que experimenta una persona de caer enferma. En caso de estar enfermo, dicho elemento corresponde a la posibilidad de contraer nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad que se padece. Se trata de un riesgo subjetivo, por tanto, existen numerosas diferencias individuales; mientras algunas personas creen que tienen un alto riesgo de padecer una enfermedad, otras personas no contemplan dicha posibilidad. En un punto intermedio se sitúan aquellas personas que consideran una probabilidad de enfermar normativa o estadística. La gravedad percibida valora las creencias sobre la gravedad de contraer una enfermedad o de no recibir tratamiento una vez contraída. Esta dimensión contempla dos tipos de consecuencias sobre la pérdida de salud, por un lado, consecuencias relacionadas con aspectos médico-clínicos (por ejemplo, dolor, incapacidad, muerte, etc.) y, por otro lado, consecuencias sociales (por ejemplo, disminución o pérdida de relaciones sociales, efectos de la enfermedad sobre la vida familiar o sobre las capacidades laborales, etc.).

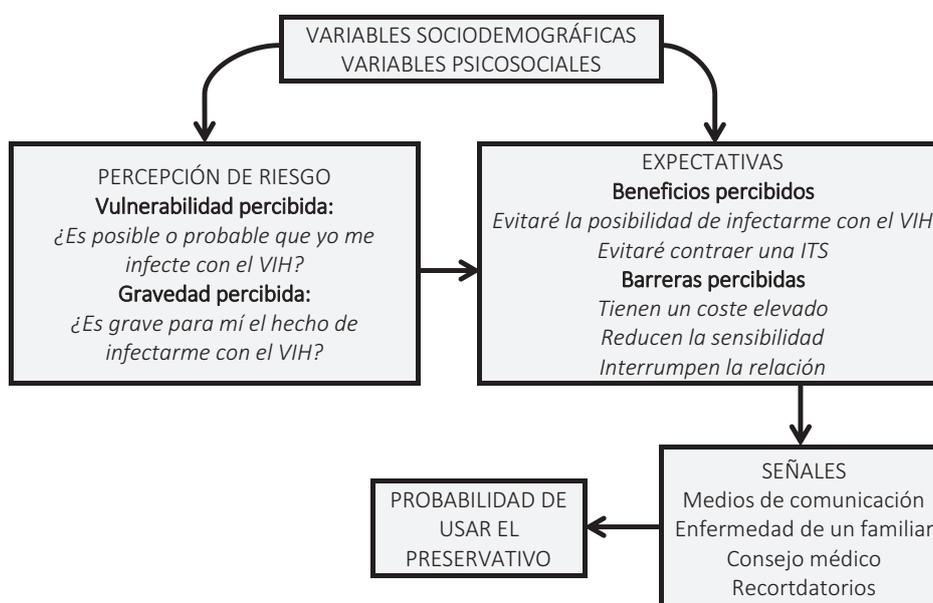
Para Rosenstock (1974) el sentirse susceptible de contraer una enfermedad que, además se percibe como grave, resulta un elemento suficientemente poderoso para el desarrollo de conductas de salud preventivas, no obstante, dicho elemento no especifica el curso de la acción que se tomará. La direccionalidad de la conducta preventiva dependerá de las creencias respecto a la efectividad relativa que puede tener la ejecución de una determinada conducta a la hora de enfrentarse eficazmente a una enfermedad, esta dimensión se denomina beneficios percibidos. A su vez existen una serie de barreras o costes percibidos, esta dimensión se refiere a la percepción subjetiva de los costes derivados de ejecutar una conducta preventiva. A lo largo de este proceso se realiza un análisis coste-beneficio de las distintas alternativas. Aquellos supuestos que presenten unos costes muy superiores a los beneficios no impulsarán el desarrollo de acciones preventivas. Por el contrario, unos costes bajos y unos beneficios altos promoverán conductas de salud. Por último, cuando un supuesto presente altos costes y altos beneficios, lo más probable es que la persona adopte acciones de salud que no reduzcan de manera eficaz la amenaza percibida.

Además de las cuatro variables anteriormente descritas, algunos autores como Janz y Becker (1984) y Rosenstock (1974) acentúan la importancia de ciertos eventos o estímulos discriminativos necesarios en la ejecución de acciones de salud en forma de conducta preventiva, dichos estímulos

se denominan claves para la acción. Estos eventos desencadenantes pueden ser internos (por ejemplo, síntomas físicos o sensaciones corporales) o externos (por ejemplo, campañas de los medios de comunicación, recordatorios de los servicios de salud, enfermedad de un familiar próximo, etc.). La intensidad necesaria de las señales como desencadenantes de acciones preventivas varía entre sujetos, e incluso en el mismo sujeto en función de su nivel de vulnerabilidad y gravedad percibida. Ante una baja vulnerabilidad y gravedad percibida será necesaria una clave de acción intensa para disparar la conducta de salud, en cambio, si la vulnerabilidad y gravedad percibida es elevada bastará con una clave menos intensa.

Figura 10.

Modelo de creencia de salud aplicado a la prevención del VIH



Fuente: elaborado a partir de Rosenstock (1974) y Becker y Maiman (1975)

Por último, Janz y Becker (1984) asumen que ciertas variables sociodemográficas (por ejemplo, edad, sexo, nivel de estudios, etc.) y psicossociales (por ejemplo, rasgos de personalidad, características psicopatológicas, presiones del grupo de referencia, etc.) pueden mediar directa o indirectamente en la ejecución de conductas preventivas a través de los efectos que estas variables ejercen sobre las percepciones subjetivas que tienen los individuos sobre su salud. En la figura 10, se recoge una representación gráfica del Modelo de Creencias de Salud aplicada a la prevención del VIH con los componentes y elementos descritos por Becker y Maiman (1975).

Así pues, de acuerdo con el modelo, la percepción de un problema grave contra la salud, la vulnerabilidad frente a esa amenaza y la creencia de que la acción a implementar reducirá dicho problema (produciendo más beneficios que costes personales), favorecerá la conservación y el mejoramiento de la salud, la evitación de conductas de riesgo, la prevención de las enfermedades y, en general, la adopción de estilos de vida saludables (Triviño y Sanhueza, 2005). Ciñéndonos al contexto específico de la prevención del VIH, Rovira, Landa, Pacheco y Canelón (1994) señalan que los elementos necesarios del modelo para que los individuos lleven a cabo acciones de salud preventivas son: a) creer que el sida es una enfermedad grave; b) creer que se está en riesgo o se es susceptible de adquirirlo; c) tener indicadores salientes y/o recordatorios del riesgo potencial del sida; d) conocer los mecanismos de prevención del VIH; e) estar motivado para realizar los esfuerzos necesarios y f) poseer recursos para implementar las conductas.

El creciente interés por la aplicación del MCS al campo específico de la prevención del VIH/sida, ha propiciado la creación y validación de instrumentos psicométricos como la *AIDS Health Belief Scale* (Zagumny y Brady, 1998) desarrollada a partir de dicho modelo para evaluar sus cuatro componentes: vulnerabilidad percibida, gravedad percibida, beneficios percibidos ante conductas preventivas y barreras a la conducta preventiva. En la actualidad, numerosos estudios han confirmado la utilidad de los componentes del MCS para la explicación del comportamiento sexual de riesgo para la infección por VIH/sida en distintos subgrupos poblacionales como, por ejemplo, adolescentes (White, 2004), hombres que tienen sexo con otros hombres (Bakker, Buunk, Siero y van den Eijnden, 1997; Toro-Alfonso, Varas-Díaz y Andújar-Bello, 2002), estudiantes universitarios (Zak-Place y Stern, 2004) o trabajadoras del sexo (Zhao et al., 2012).

Concretamente, algunos estudios llevados a cabo con jóvenes heterosexuales han demostrado cómo aquellas personas con alta vulnerabilidad percibida a infectarse por VIH tienen mayor autoeficacia en el uso del preservativo (Ballester, Gil-Llario, Ruiz-Palomino y Giménez-García, 2013), menor número de parejas sexuales y mayor probabilidad de utilizar preservativo. Por su parte, Robles, Piña y Moreno (2006) encontraron que las mujeres heterosexuales que creían que el preservativo disminuía la satisfacción sexual presentaban un uso inconsistente de condón en relaciones vaginales y orales. En hombres que tienen sexo con otros hombres, los resultados concluyen que los sujetos con actitud negativa hacia el preservativo refieren un uso inconsistente del preservativo en la realización del coito anal receptivo, coito anal insertivo, sexo oral receptivo y recepción de semen en boca o ano (Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, 2009). Los hallazgos descritos revelan la necesidad de tener en cuenta las dimensiones del Modelo de Creencias de Salud en la elaboración e implementación de programas preventivos (Asare, Sharma, Bernard, Rojas-Guyler y Wang, 2013).

Aunque el Modelo de Creencias sobre la Salud ha resultado útil en la explicación del comportamiento sexual de riesgo y el desarrollo de conductas de salud preventivas, Medina y León (2004) destacan algunas limitaciones:

1. La utilidad del modelo no puede apreciarse sin considerar todos los factores y la interacción existente entre ellos y desgraciadamente este aspecto no ha sido suficientemente investigado. Prácticamente todos los estudios realizados hasta el momento han aplicado el modelo para predecir o explicar conductas de salud de un modo absolutista; es decir, si la conducta preventiva se pone en práctica o no. En muy pocos estudios se han intentado predecir distintas facetas de un mismo comportamiento. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en inmigrantes africanos residentes en Estados Unidos sobre la influencia de las creencias de salud en la práctica de sexo seguro se determinó que la vulnerabilidad percibida, las barreras percibidas, las señales para la acción y la autoeficacia eran variables predictoras del uso del preservativo; no obstante, no se comprobó si su uso se ceñía a algunas prácticas sexuales concretas o a un amplio repertorio de conductas (Asare et al., 2013).
2. El modelo no aclara, y la investigación al respecto es prácticamente inexistente, las condiciones por las que se adquieren las creencias de salud: ¿por qué una persona (o colectivo) se ve a sí misma como más vulnerable que otra a padecer una enfermedad?, ¿cómo se llega a creer que una determinada acción preventiva es eficaz?, ¿qué procesos determinan que una persona se perciba como susceptible de padecer una enfermedad?, etc. Algunas investigaciones han analizado las actitudes y conductas sexuales de riesgo de los jóvenes respecto a la infección por VIH (Ballester et al., 2009; Morell et al., 2014; Vinaccia et al., 2007). Los resultados revelan un alto temor percibido de infectarse por VIH y una consideración del sida como una enfermedad grave o fatal; a pesar de ello, dichos estudios no analizan los procesos subyacentes que generan tales percepciones.
3. La mayoría de los estudios basados en este modelo presentan un carácter retrospectivo, no experimental y, por tanto, no permiten establecer inferencias causales ni determinar si las creencias de salud existían previamente o se generaron después de la realización del comportamiento preventivo.

Por otro lado, Moreno y Gil (2003) cuestionan la capacidad predictiva del modelo, aludiendo que en determinadas ocasiones las personas no se comportan de forma congruente con sus creencias. Existe una clara evidencia en la literatura especializada respecto a que las personas

refieren conocer lo que hay que hacer, saben cómo hacerlo y, sin embargo, no lo ponen en práctica. Por ejemplo, Ballester et al. (2009) llevan a cabo un estudio con jóvenes universitarios españoles en el que plantean diversos modos de actuación ante el surgimiento de una posible relación sexual en la que no se dispone de preservativo. Los resultados revelan que el 18.8% mantendría la relación evitando las prácticas de riesgo, el 19.4% se abstendría de mantener relaciones sexuales, el 68.8% intentaría conseguir un preservativo y tan solo un 3.2% mantendría la relación exactamente igual. Sin embargo, al preguntar por el uso real del preservativo, se descubre que solo el 55% de las personas que mantienen relaciones sexuales con parejas esporádicas refieren usarlo de forma sistemática.

3. TEORÍA DE LA CONDUCTA PLANEADA

La Teoría de la Conducta Planeada (TCP) o *Theory of Planned Behavior* (Ajzen, 1991) es una extensión de la Teoría de la Acción Razonada (TAR) de Fishbein y Ajzen (1975) y Ajzen y Fishbein (1980) elaborada desde el campo de la psicología social, con el objetivo de explicar las conductas que están bajo control consciente de los individuos a partir de distintos factores cognitivo-emocionales que la preceden y la explican. Aunque no aporta métodos específicos para modificar la conducta, sí contribuye a comprender los factores específicos que deben ser modificados. Resulta el segundo modelo teórico más utilizado en la explicación de la conducta preventiva.

La TAR postula que el antecedente inmediato de la conducta de salud no es la actitud propiamente dicha, sino la intención conductual, de la cual dependerá tanto la ejecución de la conducta como la intensidad con la que se realice. No existe una correspondencia perfecta entre intención y conducta, no obstante, si no se presentan acontecimientos imprevistos, una persona actuará según su intención. A su vez, la intencionalidad conductual está determinada por dos variables conceptualmente independientes: una estrictamente individual y otra de carácter social o colectiva. El factor individual es la actitud personal, es decir, la evaluación positiva o negativa que una persona hace de la realización de una determinada acción. El factor social se refiere a las expectativas que, respecto a esa conducta, el individuo percibe de su ambiente socio-cultural. Dado que se trata de presiones percibidas, este factor es acuñado como norma subjetiva o influencia social normativa. Según esta variable, una persona realizará una determinada conducta cuando crea que otras personas importantes para ella (por ejemplo, hermanos, padres, amigos, etc.) piensan que debería hacerlo.

La actitud personal ésta determinada, por una parte, por las creencias que la persona posee acerca de que la ejecución de un comportamiento determinado dará lugar a una serie de consecuencias específicas y, por otra parte, por la evaluación positiva/negativa realizada hacia dichos

resultados o creencias. La actitud será favorable cuando la mayoría de las creencias sobre la conducta de salud se fundamenten en los resultados positivos y, será desfavorable cuando la mayoría de dichas creencias se basen en las consecuencias negativas. Las creencias varían en función de su origen, además distintos procesos pueden propiciar la formación de creencias similares. Las creencias pueden formarse a través de tres procesos.

1. **Experiencia directa con el objeto de actitud**, a través de la cual se recoge información sobre las particularidades de dicho objeto. Las actitudes configuradas mediante este procedimiento poseen gran fuerza y son muy resistentes al cambio.
2. **Experiencia indirecta con el objeto de actitud**, a través de la cual se conceden las mismas particularidades a dicho objeto por la similitud que guarda con otros objetos con los que se ha tenido una experiencia directa previa. Las actitudes conformadas mediante este proceso se denominan creencias inferenciales.
3. **Información recogida a través de otros procedimientos** como medios de comunicación o fuentes más o menos directas (familia, compañeros de trabajo, amigos, etc.). Esta información será aceptada como propia y real, siempre que no contradiga las creencias elaboradas mediante la experiencia directa o indirecta.

Por su parte, la norma subjetiva está determinada, por una parte, por la percepción de las creencias que tienen las otras personas significativas acerca de la conducta que el individuo debe realizar (estas creencias reciben el nombre de creencias normativas) y, por otro lado, por la motivación del individuo por cumplir con las expectativas que las personas significativas tienen sobre él. Un individuo ejecutará un determinado comportamiento cuando crea que la mayoría de sus referentes sociales piensan que él debería llevar a cabo dicho comportamiento. Por el contrario, cuando la persona crea que la mayor parte de sus referentes significativos piensan que no debería desempeñar una conducta, se evitará realizarla.

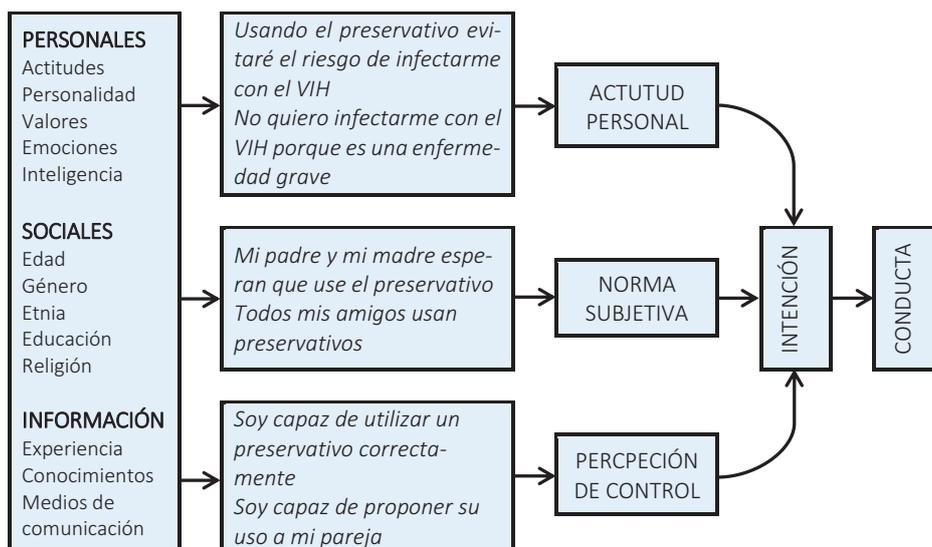
Pero, evidentemente, no todas las conductas se encuentran bajo control consciente del individuo. Existen situaciones en las que la presencia de imprevistos o la necesidad de contar con ciertas habilidades o recursos adicionales podrían interferir en la intención de realizar una determinada conducta (Ajzen y Fishbein, 1980). Este sesgo llevó a incluir un tercer determinante de la intención conductual, el control percibido, respondiendo a la necesidad de predecir aquellas conductas espontáneas.

La percepción de control es definida como la valoración subjetiva que la persona tiene acerca de su capacidad para llevar a cabo una determinada conducta, considerando las creencias de control individual y la valoración de los recursos que la persona posee para realizar dicho

comportamiento preventivo. Este tercer constructo es considerado por algunos autores como el equivalente al concepto de autoeficacia propuesto por Bandura (Montano y Kasprzyk, 2015). Aunque Ajzen y Fishbein (1980) ya estableció la similitud de ambas variables cuando introdujo este constructo, consideró que su conceptualización era más amplia y estaba conformada, a su vez, por más de una variable. Para Ajzen y Fishbein (1980), la percepción de control está conformada por un conjunto de variables externas (facilidad o dificultad para realizar una determinada conducta) y variables internas (habilidad para realizar una determinada conducta).

Por tanto, la Teoría de la Acción Planeada (TAP) establece que la intención conductual es el principal determinante de la conducta y está condicionada por tres componentes independientes: la actitud personal, la norma subjetiva y la percepción de control (ver figura 11). No obstante, ni las actitudes personales, ni la norma subjetiva son capaces de producir una determinada acción de forma aislada. Por el contrario, la percepción de control posee tanto la capacidad de influir en la intención conductual como en la ejecución directa de la acción, siempre que la percepción de control sea congruente con su realidad. Además, Ajzen (2005) introduce el concepto de antecedentes para referirse a otras influencias que median en la construcción de los componentes. Existen antecedentes de tres tipos: personales (valores, emociones, actitudes, nivel de inteligencia y rasgos de personalidad), sociales (edad, género, etnia, nivel educativo y creencias religiosas) e informativos (experiencias, conocimientos y exposición a los medios de comunicación).

Figura 11.
Teoría de la conducta planeada aplicada a la prevención del VIH



Fuente: elaborado a partir de Ajzen (1991)

Aplicando la TCP a la adopción de medidas preventivas frente a la infección por VIH (Espada y Quiles, 2002), una persona debería valorar positivamente el uso del preservativo y/o la barrera de látex y poseer expectativas favorables respecto de los beneficios que podría conseguir con un uso sistemático. Además, si considera que sus *referentes significativos* (es decir, amigos, familiares, etc.) evalúan positivamente el uso del preservativo y lo utilizan sistemáticamente, la persona tenderá a utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales con mayor probabilidad. Esa intención conductual puede traducirse en un uso real y sistemático del preservativo llegado el momento concreto de una relación.

En general, la TAP ha demostrado ser un modelo válido para la prevención de la conducta sexual de riesgo. Así, se ha visto capaz de reducir las conductas sexuales de riesgo en personas heterosexuales (Tyson, Covey y Rosenthal, 2014) y en hombres que tienen sexo con hombres (Martín, Martínez y Rojas, 2011), aumentar la intención de rechazar una relación sexual no protegida con una nueva pareja en estudiantes universitarios (Fazekas, Senn y Ledgerwood, 2001), aumentar la realización de prácticas sexuales seguras en consumidores de metanfetamina (Mausbach, Semple, Strathdee y Patterson, 2009) y prevenir la conducta sexual de riesgo en personas que viven con VIH (Wolitski y Zhang, 2007). Además, un metaanálisis realizado por Andrew et al. (2016), sobre un total de ocho estudios que utilizan los constructos de la TAR para explicar el uso del preservativo en hombres que tienen sexo con hombres, encontraron que, la actitud personal se relaciona con la intención conductual (.20); la norma subjetiva se relaciona con la intención conductual (.26); la percepción de control se relaciona con la intención conductual (.36) y la conducta preventiva (.10), y la intención conductual se relaciona con el uso del preservativo (.30). Un estudio más reciente establece que los componentes de la TAR permiten predecir alrededor del 43% de la intención conductual de usar el preservativo (Protogerou, Flisher, Wild y Aarø, 2013).

Pese a lo anteriormente expuesto, existen algunos estudios que demuestran que poseer actitudes y creencias favorables hacia el uso del preservativo no garantiza inequívocamente que se vaya a utilizar. En este sentido, Teva, Bermúdez y Ramiro (2014) determinan que, aunque una gran cantidad de adolescentes tienen una actitud favorable hacia el uso del preservativo (pues les parecería bien si su pareja les planteara la idea de usarlo, les da la sensación de seguridad y les protege de diversas infecciones de transmisión sexual), finalmente esta variable no predice su uso durante la primera relación sexual vaginal en mujeres y durante la primera relación sexual anal en hombres.

Medina y León (2004) destacan la escasa atención que presta la TAR a las variables emocionales en la explicación de la adopción de conductas saludables, cuando estas pueden ejercer un papel transcendental como determinantes del comportamiento preventivo. Por ejemplo, usar

sistemáticamente el preservativo será más difícil cuando una persona está sometida a situaciones que generan tensión psicológica. Otra crítica establece que la intención conductual no asegura la adopción de un determinado comportamiento preventivo. Esta idea fue confirmada por Boldero, Moore y Rosenthal (1992) quienes hallaron que la intención previa y la intención de acción son dos constructos diferentes; la primera forma parte de los deseos mientras que la segunda forma parte de la intención real y, por tanto, se reconoce como un predictor más fuerte de la conducta.

4. TEORÍA COGNITIVO-SOCIAL

El concepto de autoeficacia fue introducido por Bandura (1977) con la publicación de su libro *"Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change"* (Autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual), ampliando los preceptos desarrollados en sus anteriores trabajos, la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986) y la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1994). Bandura proporciona un análisis detallado y una visión general de cómo la autoeficacia actúa junto con los determinantes sociocognitivos descritos en la Teoría Cognitiva Social para influir en la acción humana, la adaptación y el cambio.

Inicialmente, la Teoría Cognitiva Social explica el funcionamiento humano en términos de causalidad recíproca triádica (Bandura, 1986). Este modelo está conformado por tres componentes que interactúan entre sí: (1) los determinantes personales en forma de factores cognitivos, afectivos y biológicos; (2) los comportamientos; y (3) las influencias ambientales.

Las creencias de autoeficacia son un aspecto importante de la motivación y el comportamiento humanos, e influyen en las acciones que pueden afectar la vida de una persona. Bandura (2012) define la autoeficacia como *"los juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, en base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado"* (p. 416). Es decir, la autoeficacia es aquello que un individuo cree que puede lograr bajo ciertas circunstancias empleando sus habilidades; por lo tanto, la autoeficacia funciona como una profecía autocumplida. El principio básico que rige la Teoría de la Autoeficacia es que los individuos están más predispuestos a participar en actividades para las que tienen una alta autoeficacia y menos predispuestos a participar en actividades en las que no (Van der Bijl y Shortridge-Baggett, 2002). Específicamente, este proceso psicológico opera de la siguiente manera: Antes de seleccionar una conducta e iniciar su esfuerzo, las personas tienden a sopesar, evaluar e integrar la información sobre sus capacidades percibidas. Las expectativas de eficacia personal determinan si se iniciará la conducta preventiva, cuánto esfuerzo requerirá la puesta en marcha de dicha conducta y cuánto tiempo será necesario mantener ese esfuerzo (Stajkovic y

Luthans, 1998). La autoeficacia influye en la capacidad de las personas para aprender, en su motivación y en su rendimiento, ya que normalmente solo se intentan realizar aquellas tareas en las que se cree que se tendrá éxito. Por ejemplo, la persona A tiene una gran habilidad y mucha experiencia en el uso del preservativo, pero no le resulta cómodo hablar acerca del uso del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual. La persona B tiene menor habilidad y poca experiencia en el uso del preservativo, sin embargo, no le resulta incómodo hablar sobre el uso del preservativo con una nueva pareja antes de iniciar la interacción sexual. Debido a la baja autoeficacia, la persona A, carece de la motivación para negociar el uso del preservativo y mantiene relaciones sexuales sin preservativo. La persona B, debido a su alta autoeficacia, está muy motivada e insiste en usar condón incluso aunque su pareja prefiera no utilizarlo.

Además de los fundamentos teóricos, Bandura (1977) estableció cuatro fuentes de información que las personas utilizan para juzgar su eficacia:

1. *Resultados del desempeño*: los resultados del desempeño (o las experiencias pasadas) son el elemento más importante que determina las creencias de autoeficacia. Las experiencias positivas y negativas influyen en la capacidad de una persona para realizar una determinada tarea. Si anteriormente se ha realizado una tarea con éxito es más probable que la persona se sienta competente y, por tanto, realice correctamente una tarea similar.
2. *Aprendizaje vicario*: las personas pueden desarrollar una alta o baja autoeficacia mediante la observación de la ejecución de una tarea por parte de otra persona. Una persona puede observar el desempeño de una tarea similar a la que se pretende realizar y posteriormente comparar su propia competencia con la competencia mostrada por la persona observada. Si se observa a alguien similar teniendo éxito la autoeficacia aumentará y viceversa.
3. *Persuasión verbal*: la autoeficacia personal también se ve influenciada por los comentarios que realiza una persona de confianza considerada como competente para desarrollar la tarea. Además, el nivel de credibilidad influye directamente en la efectividad que tiene la persuasión verbal; a mayor credibilidad, mayor influencia. No obstante, aunque según Redmond (2010) la persuasión es una fuente de influencia más débil que los resultados del desempeño, normalmente se emplea mucho por su facilidad y disponibilidad.
4. *Retroalimentación fisiológica*: las personas experimentan sensaciones corporales; el modo en que percibe esta excitación influye en las creencias de autoeficacia. Esta fuente de información es importante porque normalmente las personas tienden a percibir la activación psicológica y/o emocional como un signo de vulnerabilidad. Aunque esta

fuente de información es la menos influyente es importante destacar que cuando una persona se siente a gusto con la tarea que se le presenta, se sentirá más capacitado para desempeñarla y tendrá expectativas de autoeficacia más elevadas.

Bandura (1990) determina que una adecuada intervención preventiva debe incluir cuatro componentes dirigidos a alterar cada uno de los componentes determinantes de la acción. El primero es informativo, diseñado para aumentar la sensibilización y el conocimiento de los riesgos para la salud. El segundo se refiere al desarrollo de las habilidades sociales y de autorregulación necesarias para traducir las preocupaciones en acciones preventivas. El tercero está dirigido a la mejora de las habilidades proporcionando oportunidades para realizar prácticas guiadas y obtener retroalimentación. El cuarto consiste en conseguir el apoyo social necesario para alcanzar los objetivos deseados. La aplicación de cada uno de estos cuatro componentes en la adopción de conductas preventivas frente a situaciones que entrañan alto riesgo de infección para el VIH se realizaría del siguiente modo (Bandura, 1990; 1994):

El componente informativo tiene el objetivo de aumentar la conciencia y el conocimiento acerca de los riesgos que tiene sobre la salud determinados comportamientos. Según Bandura (1994) la decisión de las personas por adoptar conductas de salud depende en gran medida de la persuasión ejercida a través de las campañas educativas. Normalmente, estos mensajes sobre salud utilizan la descripción de los estragos de la enfermedad como elemento motivador y la adopción de conductas preventivas como guías para la acción. Aunque para justificar la acción se necesita suficiente información acerca de los peligros potenciales que conlleva no utilizar el preservativo; un miedo excesivo puede conllevar un efecto contrario. Por tanto, lo importante es empoderar a las personas mediante herramientas que permitan ejercer control sobre los hábitos de salud como: proporcionar información sobre qué es el VIH y cómo se transmite; estrategias para regular el comportamiento; y estrategias para reafirmar la eficacia personal y ayudar a convertir las preocupaciones en acciones preventivas efectivas.

El componente de habilidades de protección pretende desarrollar aptitudes sociales y de autorregulación que permitan transformar las preocupaciones fundamentadas en acciones preventivas. Según Bandura (1994), aunque en general las personas poseen altos niveles de conocimientos, algunas continúan realizando comportamientos de riesgo pues carecen de estrategias que ayuden a transformar la información en conductas de salud. En este sentido, el aprendizaje mediante modelado social resulta un método efectivo para aumentar el conocimiento y las habilidades; y puede usarse para transmitir simultáneamente estas habilidades a un gran número de personas a través de los medios de comunicación. Las aplicaciones de los principios del modelado a la prevención del VIH se centrarían en cómo manejar el propio comportamiento (considerar

situaciones en las que se está más expuesto a comportamientos de riesgo como, por ejemplo, haber consumido alcohol u otras drogas) y las situaciones interpersonales (sentirse capaz de sugerir el uso del preservativo de forma sistemática, sentirse capaz de llevar a cabo conductas alternativas al coito, considerar la comunicación como un elemento importante para el desarrollo de conductas preventivas, etc.)

El componente de competencia social tiene el objetivo de mejorar las habilidades y construir una autoeficacia resistente proporcionando oportunidades para practicar y corregir sus habilidades en situaciones de alto riesgo. Tras la adquisición de conocimientos, habilidades y estrategias sociales se necesita orientación y oportunidades para ensayar y perfeccionar estas habilidades lo cual repercutirá en la realización de comportamientos preventivos. Inicialmente, las personas deben practicar en contextos simulados para no tener miedo a cometer errores o a realizar comportamientos que parezcan inadecuados. Según Bandura (1994) la mejor forma de lograrlo es mediante la realización de juegos de roles en los que se practican las habilidades necesarias en cada situación. Estas actividades permiten recibir retroalimentación informativa sobre cómo lo están haciendo y los cambios que deben realizarse. La práctica simulada continúa hasta que las habilidades se realizan de manera competente y automática.

El componente de apoyo social pretende crear redes de apoyo social para los cambios personales deseados que aseguren el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas. Como menciona Bandura (1994), el cambio personal ocurre dentro de una red de influencias sociales. Dependiendo de su naturaleza, las influencias sociales pueden ayudar, retrasar o minimizar los esfuerzos de cambio personal. En este sentido, la Teoría Cognitiva Social establece que las influencias normativas regulan el comportamiento a través de dos sistemas: las sanciones sociales y las auto-sanciones (Bandura, 1986). Las normas sociales influyen en el comportamiento por las consecuencias sociales asociadas. Un comportamiento que infringe las normas sociales lleva aparejado una fuerte censura social u otras consecuencias punitivas, mientras que un comportamiento que cumple con las normas establecidas es aprobado y recompensado. Las personas que están plenamente informadas sobre las vías de transmisión del VIH y los métodos de protección solo contraen el virus si permiten que esto les ocurra (Bandura, 1990). Esto ocurre porque los factores interpersonales, socioculturales, económicos y religiosos restringen la adopción de comportamientos preventivos. Según McKusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff (1990) pertenecer a grupos sociales que apoyan el uso del preservativo, aumenta el conocimiento sobre conductas de riesgo, las creencias de autoeficacia y la adopción de prácticas sexuales seguras.

Aunque la teoría de la autoeficacia ha servido como elemento base para la implementación de acciones preventivas en el ámbito de la prevención del VIH, utilizándose tanto para explicar

los comportamientos sexuales de riesgo (Ballester et al., 2013; Zhao, Wang, Fang, Li y Stanton, 2008) como para fomentar el uso del preservativo (Heeren, Jemmott, Ngwane, Mandeya y Tyler, 2013; Rhodes et al., 2017), el modelo no está exento de críticas. Las limitaciones más comentadas han sido, en primer lugar, la ambigüedad y falta de definición. Según Eastman y Marzillier (1984), Bandura define las expectativas de eficacia de tal manera que incluyen expectativas de resultado y, por tanto, no pueden ser consideradas como dos dimensiones conceptualmente distintas. Y, por en segundo lugar, la generalidad que presenta el término, ya que puede percibirse un nivel alto de autoeficacia en relación con determinados comportamientos y un nivel bajo en relación con otros. Por este motivo, Shively, Smith, Bormann y Gifford (2002) consideran que, si se quiere aplicar este modelo, es necesario conceptualizar con detalle la conducta a modificar.

5. MODELO DE INFORMACIÓN-MOTIVACIÓN-HABILIDADES CONDUCTUALES

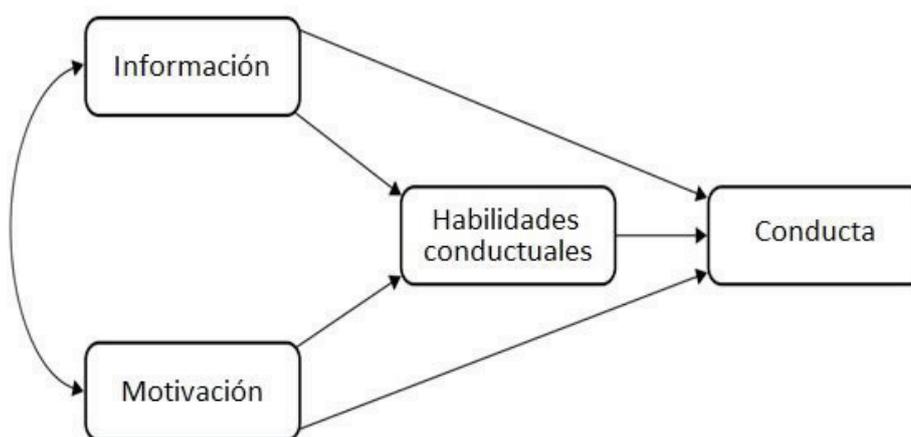
El Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales o Information-Motivation-Behavioral Skills Model (IMB) es uno de los modelos más recientes para la explicación de los determinantes psicológicos de la adopción de ciertas conductas que mejoran o empeoran el estado de salud. El modelo fue desarrollado por J.D. Fisher y Fisher (1992) para conceptualizar los factores de riesgo para la infección por VIH y la adopción de comportamientos preventivos, y se basa en una exhaustiva revisión de los constructos más relevantes recogidos en los distintos modelos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (por ejemplo, Bandura (1994) y Fishbein y Ajzen (1975)) y en un análisis de los éxitos y los fracasos obtenidos en el ámbito de la prevención del VIH (J.D. Fisher y Fisher, 1992). Principalmente, el modelo de IMB intenta superar las limitaciones existentes en algunas teorías y diseñar estrategias preventivas dirigidas específicamente a las necesidades de información, motivación y habilidades conductuales de una población concreta (J.D. Fisher y Fisher, 2000).

Según este modelo, la información, la motivación y las habilidades conductuales son determinantes fundamentales en la adopción y mantenimiento de diversas conductas preventivas de reducción de riesgo frente a la infección por VIH. La *información* sobre vías de transmisión del VIH y sobre métodos preventivos son requisitos previos necesarios para la adopción de conductas de salud. La *motivación* para realizar acciones preventivas constituye un segundo factor determinante en la prevención del VIH y determina si una persona actúa en función de sus conocimientos. Las *habilidades conductuales* constituyen un tercer determinante para el desarrollo de conductas preventivas cuando una persona está bien informada y altamente motivada. La información y la motivación incrementan o disminuyen las conductas de salud a través de las

habilidades conductuales. Es decir, activan el desarrollo y la adopción de las habilidades conductuales que se usan para iniciar y mantener conductas de reducción de riesgos. La información y la motivación también pueden tener efectos directos la ejecución de determinadas conductas de salud en aquellos casos en que no se requieren habilidades conductuales nuevas o complejas. Por tanto, si una persona está bien informada, motivada para actuar y posee las habilidades conductuales necesarias para realizar una determinada acción, es probable que adopte y mantenga conductas que promuevan la salud y prevengan la enfermedad.

Figura 12.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales aplicado al VIH



Fuente: tomado de J.D. Fisher y Fisher (1992)

La información específica y relevante para la práctica de una conducta de salud es un determinante crítico para el desempeño de dicha conducta (J.D. Fisher y Fisher, 1992). Sin embargo, la investigación revela que la información es una condición necesaria pero no suficiente (Bandura, 1994), excepto cuando la conducta preventiva a realizar requiere un desempeño relativamente sencillo. Por tanto, las intervenciones destinadas a la promoción de conductas de salud deben transmitir conocimientos específicos y no información conductualmente irrelevante. Según Barra (2001), las particularidades que debe presentar dicha información son: facilidad de comprensión para las personas destinatarias; facilidad de traducción en conductas específicas; no suscitar un alto nivel de miedo; transmisión de recomendaciones concretas y fáciles de implementar y no promover conductas de riesgo inesperadas. W.A. Fisher, Fisher y Harman (2003) establecen que en el ámbito de la prevención del VIH este componente puede incluir datos específicos sobre la

promoción de la salud (por ejemplo, «*el uso del preservativo previene la transmisión del VIH*» o «*el sexo anal comporta un mayor riesgo de infección si se produce una eyaculación*», heurísticas o reglas simples que permiten tomar decisiones automáticas sin esfuerzo (por ejemplo, «*las relaciones sexuales con una pareja estable están exentas de riesgo*») y teorías implícitas elaboradas o creencias que requieren mayor esfuerzo cognitivo (por ejemplo, «*las personas conocidas o de confianza que no aparentan estar enfermos son parejas sexuales seguras*»).

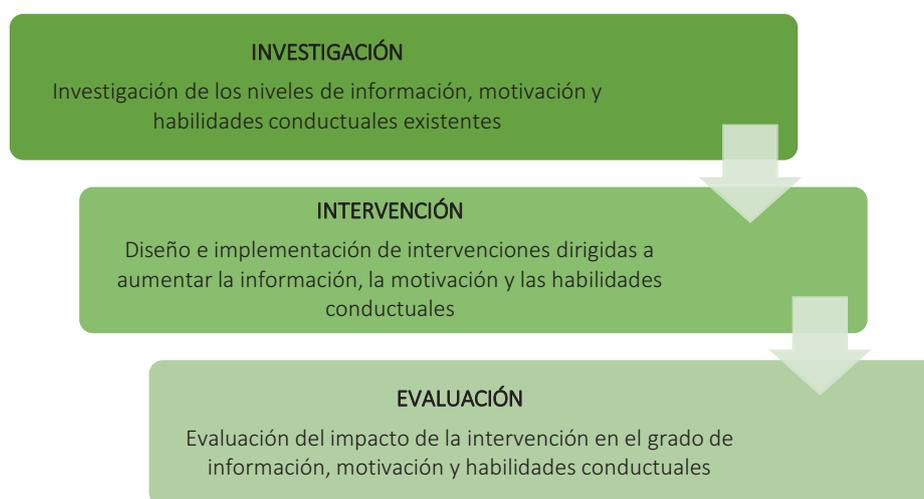
La motivación es un determinante clave para llevar a cabo conductas de salud, incluso una persona bien informada y con habilidades de comportamiento debe estar altamente motivada para iniciar y mantener una conducta preventiva frente a la infección por VIH (J.D. Fisher y Fisher, 1992). Según el modelo, la motivación personal (actitudes hacia el desempeño de conductas preventivas), la motivación social (normas sociales y percepción de apoyo social para la ejecución de una determinada conducta) y, en algunos casos, ciertas respuestas emocionales son influencias clave para el desempeño de conductas de salud. Así, por ejemplo, en el caso de conductas relacionadas con la prevención del VIH, tales como uso de anticonceptivos, deberíamos considerar la erotofobia-erotofilia como un factor adicional importante (Barra, 2001). Aunque está claro que la motivación es un elemento esencial también es necesario considerar la interacción que tienen las distintas variables en el grado de motivación final para la adopción de conductas preventivas. Para ello, la construcción motivacional del modelo se fundamenta en la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) que establece que, para aumentar la motivación para realizar una determinada conducta preventiva, debemos considerar las actitudes que posee la persona hacia la realización de dicha conducta y la percepción de apoyo social normativo.

Las habilidades conductuales para el desempeño de acciones de promoción de la salud determinan si las personas bien informadas y motivadas son capaces de realizar eficazmente dichas conductas preventivas (J.D. Fisher y Fisher, 1992). El componente de habilidades conductuales se centra en las habilidades objetivas y en el nivel de autoeficacia con respecto al desempeño de una conducta de salud, estando ambas variables altamente correlacionadas. Según W.A. Fisher et al. (2003) las habilidades conductuales necesarias en la adopción de conductas preventivas frente al VIH pueden incluir, por ejemplo, la capacidad real y percibida de una persona para adquirir y negociar el uso del preservativo; la capacidad para mantener el uso del preservativo durante largos períodos; y la capacidad para negociar que prácticas sexuales realizar. Consistentemente con este modelo, diversos estudios han vinculado las habilidades conductuales para la prevención del VIH con adopción de comportamientos preventivos. En primer lugar, hay que aceptar la orientación sexual y reconocer que, en tanto en cuanto se mantengan relaciones sexuales, deberá considerarse la necesidad de tomar medidas preventivas frente al VIH (Huebner,

Davis, Nemeroff y Aiken, 2002; Michael W. Ross et al., 2013; Welch y Johnson, 1992). Además, la capacidad para negociar el uso del preservativo y rechazar cualquier interacción sexual que no implique su uso (Morokoff et al., 1997; Santos-Iglesias y Iglesias, 2010); la creencia en la propia capacidad de llevar a cabo conductas de salud (Ballester et al., 2013; Nesoff, Dunkle y Lang, 2016); y evitar el consumo de alcohol u otras drogas antes en el contexto previo a una relación sexual (C. García, Calvo, Carbonell y Giralt, 2017; Walsh, Fielder, Carey y Carey, 2014) se han relacionado con una mayor probabilidad de adoptar conductas preventivas.

Figura 13.

Implementación del Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales



Fuente: elaborado a partir de J.D. Fisher y Fisher (1992)

Aunque los factores incluidos en el modelo se consideran altamente generalizables a cualquier tipo de conducta preventiva, estos determinantes deberán tener contenidos específicos para determinadas conductas (uso del preservativo masculino, uso del preservativo femenino, uso de la barrera de látex, etc.) y determinados colectivos específicos (hombres que tienen sexo con hombres, personas heterosexuales, mujeres que tienen sexo con mujeres, etc.). Por ejemplo, en hombres y mujeres heterosexuales, la información, los factores motivacionales y las habilidades conductuales requeridas estarán centradas en el uso de preservativos en el coito vaginal; y, por tanto, estos determinantes pueden diferir de aquéllos requeridos en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres centrados en el uso del preservativo en el coito anal. Por tanto, la aplicación del modelo conllevará la identificación de los contenidos y los factores que determinen la conducta

preventiva en cada subgrupo poblacional. Sólo de esta manera se dispondrá de la información apropiada para diseñar e implementar estrategias preventivas eficaces.

Finalmente, el modelo enumera un conjunto de estrategias para construir, implementar y evaluar intervenciones dirigidas a la promoción de la salud (J.D. Fisher y Fisher, 1992; J.D. Fisher y Fisher, 2000):

- Investigar, en una muestra representativa de la población diana, el nivel de información, motivación y habilidades conductuales en un área de salud específica. W.A. Fisher et al. (2003) recomiendan el uso de técnicas de investigación cualitativas (por ejemplo, entrevista, grupos focales, etc.) además del uso de técnicas cualitativas para evitar respuestas que no sean ecológicamente válidas.
- Diseñar e implementar estrategias preventivas construidas sobre los hallazgos obtenidos durante la fase de investigación. La intervención abordará los déficits identificados en relación a una determinada conducta de salud en un colectivo específico (por ejemplo, uso de la barrera de látex en el sexo oral en mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres).
- Realizar una evaluación de la intervención para comprobar la existencia de efectos significativos sobre la información, la motivación y las habilidades conductuales relacionadas con una determinada conducta de salud.

En la actualidad, diversos estudios han confirmado la utilidad de los componentes del Modelo para la creación e implementación de estrategias preventivas en diferentes ámbitos de la salud sexual como la adherencia a la medicación antirretroviral, el uso del preservativo, la realización de las pruebas diagnósticas del VIH (Brown, Carballo-Diéguez, John y Schnall, 2016; Rongkavilit et al., 2010) y en diferentes grupos de población como hombres que tienen sexo con hombres, estudiantes universitarios o personas heterosexuales (Bahrami y Zarani, 2015; Camilleri, Kohut y Fisher, 2015). En este sentido, destaca el trabajo realizado por Aliabadi et al. (2015) en el que emplean las variables del modelo para el desarrollo de una aplicación móvil para la prevención del VIH en hombres que tienen sexo con hombres con alto riesgo de infección; y el trabajo de Shrestha, Altice, Huedo-Medina, Karki y Copenhaver (2017) en el que aplican las variables del modelo para aumentar la voluntad o el deseo de tomar la profilaxis pre-exposición entre usuarios de drogas.

Aunque el modelo IMB ha sido ampliamente probado en el ámbito de la prevención del VIH utilizando el modelo de ecuaciones estructurales, John, Walsh y Weinhardt (2017) destacan la presencia de serias limitaciones en la medición objetiva del riesgo. La mayoría de las investigaciones basadas en el modelo únicamente evalúan la frecuencia del uso del preservativo. Una limitación

del porcentaje de uso del preservativo es su incapacidad para diferenciar los niveles de riesgo en personas que refieren el mismo porcentaje de uso, pero tienen diferentes frecuencias de comportamiento sexual o diferentes tipos de parejas.

6. MODELO TRANSTEÓRICO DE CAMBIO

El Modelo Transteórico del Cambio (MTC) realiza una aproximación teórica a los comportamientos de salud e intenta explicar los cambios que las personas atraviesan en el proceso de cambio de una conducta problemática a una conducta saludable, considerando la motivación como un elemento central y atribuyendo al individuo un rol activo. Diseñado y fundamentado inicialmente en el consumo de tabaco y otras sustancias, posteriormente ha sido aplicado al campo de la promoción de conductas sexuales de riesgo intentando explicar la adquisición y mantenimiento de uso del preservativo (Cabral, Cotton, Semaan y Gielen, 2004). Concretamente, este modelo describe diversos elementos que influyen en el cambio conductual, estos son: los estadios de cambio, los procesos de cambio, el balance decisional y las expectativas de autoeficacia.

Las etapas de cambio representan una dimensión temporal que nos permite entender cuándo se producen cambios particulares en las actitudes, las intenciones y los comportamientos. A continuación, se describen los cinco estadios de cambio propuestos (Prochaska et al., 1992):

PRECONTEMPLACIÓN. Etapa en la cual no se tiene ninguna intención de cambiar el comportamiento en un futuro cercano. Se realizan verbalizaciones del tipo «*en lo que a mí respecta, no tengo ningún problema por el cual necesite cambiar*» o «*supongo que tengo defectos, pero no hay nada que realmente necesite cambiar*». Las personas pueden estar en fase precontemplativa por distintas razones: desinformación sobre las consecuencias de su comportamiento, infravaloración de su capacidad de cambio o simplemente no querer pensar en el cambio. Durante este estadio, la coacción es el único elemento que puede promover algún tipo de cambio y, seguramente, la desaparición de la conducta coercitiva frenará el mantenimiento del cambio iniciado. Estableciendo un parámetro temporal, se estima que un individuo se ubica en este estadio si no considera la posibilidad de cambiar su conducta en los próximos seis meses. Weinstein (1984) distingue entre dos tipos de precontempladores, las personas que no son conscientes del problema y las personas que conociendo su problema todavía no están considerando el cambio. En el ámbito específico de la prevención del VIH, este estadio incluiría tanto a las personas que desconocen los riesgos potenciales del VIH como a las personas que, aun conociendo los riesgos de la enfermedad, todavía no usan métodos preventivos (Prochaska, Redding, Harlow, Rossi y Velicer, 1994).

CONTEMPLACIÓN. Etapa en la que los individuos son conscientes de la existencia de un problema y piensan seriamente en la necesidad de hacer algo al respecto, aunque no se han comprometido a tomar medidas específicas. Se utilizan argumentos tales como *«tengo un problema y creo que debería intentar solucionarlo»* o *«pienso que debería cambiar algo de mí mismo»*. Este estadio agrupa las personas que contemplan la posibilidad de cambiar sus conductas en los próximos seis meses. A lo largo de esta etapa, los individuos realizan un análisis coste-beneficio del problema y de la implementación de la solución. Los contempladores parecen luchar entre los resultados positivos que produce el cambio conductual y la pérdida de reforzadores asociados a la conducta de riesgo, así como el esfuerzo que requiere la implementación de la conducta de salud. En consecuencia, la gente puede permanecer anclada en este estadio durante largos períodos. Según Prochaska et al. (1994), en el contexto específico de la prevención de VIH los contempladores serían aquellas personas que conocen los comportamientos sexuales de riesgo, así como los peligros del sida y están considerando usar métodos preventivos de manera sistemática, pero en la actualidad todavía no los usan.

PREPARACIÓN. Etapa en la que las personas se encuentran listas para la acción y están planteándose seriamente cambiar en el próximo mes. Se producen verbalizaciones del tipo *«llevaré siempre un preservativo por si surge un encuentro casual»* o *«la próxima vez que vaya al supermercado compraré preservativos»*. Durante esta fase las personas dan algunos pasos hacia la acción, reduciendo la frecuencia de la conducta problema o realizando nuevos comportamientos saludables. No obstante, durante la etapa preparatoria todavía no se ha alcanzado un criterio efectivo para la acción. Decidir qué conductas sexuales preventivas son el mejor criterio para definir esta etapa requiere investigación empírica. Autores como Prochaska et al. (1994) no establecen un criterio específico que permita identificar a una persona como preparada para la acción debido a la dificultad para escoger un comportamiento adecuado. Por su parte, Cabral et al. (2004) afirman que en este estadio los sujetos tienen la intención de usar el preservativo de forma sistemática durante cada encuentro sexual en el próximo mes y además pueden haber comenzado a utilizarlo ya de manera inconsistente.

ACCIÓN. Etapa en la que los individuos modifican su comportamiento con el objetivo de superar sus problemas. Se realizan verbalizaciones del tipo *«estoy trabajando muy duro para cambiar»* o *«cualquiera puede hablar de cambio, pero yo estoy haciendo algo al respecto»*. Durante este estadio los cambios, que requieren una considerable inversión de energía y tiempo, son más visibles. La elección de criterios comportamentales específicos dependerá de las conductas de riesgo de la población diana. En el ámbito de la prevención del VIH, el uso de métodos preventivos resulta el criterio más utilizado en los estudios realizados hasta la fecha. En este sentido,

se considera que una persona está en la fase de acción cuando ha empezado a usar preservativos de manera sistemática en cada encuentro sexual pero dicho comportamiento se lleva haciendo durante menos de seis meses (Cabral et al., 2004).

MANTENIMIENTO. Etapa en la que las personas realizan esfuerzos para prevenir las recaídas y consolidar los logros alcanzados durante la fase de acción. Se producen verbalizaciones del tipo *«puedo necesitar un impulso que me ayude a mantener los cambios que he conseguido»*. Incluso seis meses después de la acción, el nuevo comportamiento adquirido no está libre del riesgo de recaída. A veces mantener los cambios resulta difícil cuando el ambiente está lleno de señales que pueden desencadenar una vuelta al comportamiento problemático. En la prevención del VIH, la permanencia en este estadio se alcanza cuando una persona lleva utilizando el preservativo durante seis meses o más de manera sistemática en cada encuentro sexual (Cabral et al., 2004).

Los procesos de cambio representan la segunda dimensión del Modelo Transteórico y se refieren al conjunto de actividades y experiencias en las que las personas se involucran cuando intentan modificar sus conductas problemáticas manifiestas y/o encubiertas (Prochaska et al., 1992). Dichos procesos de cambio representan un nivel intermedio de abstracción entre los supuestos teóricos y las técnicas específicas generados por esta teoría. Los diez procesos de cambio propuestos por los autores son los siguientes (Prochaska et al., 1994):

1. **Concienciación:** Intensificación del procesamiento de información sobre la problemática asociada a las conductas de riesgo y a los beneficios de modificarla. Por ejemplo, “busco información relacionada con la reducción del riesgo de infección por VIH”.
2. **Auto-reevaluación.** Valoración afectiva y cognitiva del impacto de la conducta de riesgo sobre los valores y el autoconcepto, así como el reconocimiento de la mejoría que representaría para su vida el abandono de dichas prácticas.
3. **Autoliberación.** Compromiso personal y aumento de la capacidad del sujeto para decidir y elegir. Requiere la creencia de que uno es un elemento esencial en el proceso de cambio de las conductas de riesgo, ya que se poseen o se pueden adquirir las habilidades necesarias para realizar el cambio. Por ejemplo, “me comprometo a evitar situaciones sexuales de riesgo”.
4. **Liberación social.** Toma de conciencia de la representación social de la conducta de riesgo y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas saludables. Aumento de la capacidad del sujeto para decidir y escoger conductas de salud.
5. **Consuelo dramático.** Experimentación y expresión de reacciones emocionales inducidas por la observación y/o advertencias de los aspectos negativos asociados a la conducta de riesgo.

6. **Contracondicionamiento.** Modificación de las respuestas cognitivas, fisiológicas y/o motoras provocadas por estímulos asociados a la conducta de riesgo, generando y desarrollando conductas saludables alternativas.
7. **Control de estímulos.** Evitación de la exposición a situaciones de alto riesgo asociadas a la adopción de prácticas de riesgo.
8. **Reevaluación ambiental.** Valoración del impacto de la conducta de riesgo sobre las relaciones interpersonales (familia, amigos, etc.) y reconocimiento de los beneficios que produciría la no adopción de conductas de riesgo sobre dichas relaciones.
9. **Manejo de contingencias.** Estrategias conductuales dirigidas a incrementar la probabilidad de que ocurra una determinada conducta relacionada con el cambio. Auto y/o heterorrefuerzo de dicha conducta.
10. **Relaciones de ayuda:** Existencia y utilización del apoyo social (familia, amigos, etc.) que pueda facilitar el proceso de cambio de la conducta de riesgo.

Además de las etapas y los procesos de cambio descritos, los autores han incorporado al modelo dos variables cognitivas intervinientes desarrolladas previamente por otros autores: el balance decisional y las expectativas de autoeficacia.

El balance decisional. Esta dimensión se refiere a la valoración de los pros y los contras de llevar a cabo un comportamiento preventivo. Los pros representan las ventajas o aspectos positivos del cambio y pueden ser considerados como facilitadores. Los contras representan las desventajas o aspectos negativos del cambio de comportamiento y pueden ser considerados como barreras. El balance decisional resulta un proceso dinámico que varía entre las distintas etapas de cambio. En el estadio de precontemplación existen claramente más pros que contras para usar el preservativo. Durante la fase de contemplación las ventajas se incrementan hasta igualarse con las desventajas. A lo largo de este estadio las personas ven tantas buenas razones para usar el preservativo como para no usarlo. Este equilibrio alcanzado es una de las razones por la que algunas personas suelen permanecer ancladas a esta fase durante largos periodos. En el estadio de preparación, la percepción de los pros ya supera a los contras. Esta tendencia positiva se mantendrá hasta alcanzar la fase de mantenimiento del cambio. Por último, resulta importante destacar que este componente es análogo al análisis coste-beneficio que se realiza en el Modelo de Creencias de Salud.

Las expectativas de autoeficacia. Es un concepto introducido por Bandura (1977) que se refiere a la percepción que una persona tiene sobre su capacidad para realizar una conducta de salud y conseguir los resultados esperados. La autoeficacia irá incrementándose a medida

que las personas avancen en las etapas de cambio. Los estudios transversales de reducción de riesgos frente al VIH revelan que la autoeficacia aumenta durante las etapas de precontemplación, contemplación, preparación y acción, para luego estancarse durante la fase de mantenimiento (Cabral et al., 2004). Las expectativas de autoeficacia son un predictor del éxito en el cambio.

Las principales investigaciones sobre prevención de VIH derivadas de este modelo se han centrado en el estudio de las variables que promueven los cambios conductuales. Hacker, Brown, Cabral y Dodds (2005) determinan que algunos factores como el hecho de no mantener relaciones sexuales durante el último mes, contar con el apoyo de la pareja o la capacidad para posponer encuentros sexuales se asocian a personas ubicadas en los estadios de acción o mantenimiento. Por su parte, Grossman et al. (2008) observaron en una muestra de adolescentes las variables asociadas al uso sistemático del preservativo y los factores asociados con la recaída desde etapas avanzadas (por ejemplo, acción y mantenimiento) a etapas anteriores (por ejemplo, precontemplación, contemplación y preparación). Las personas situadas en los estadios de acción y mantenimiento se caracterizan por presentar mayores actitudes positivas hacia el uso del preservativo y disponer de mayor capacidad para negociar su uso. Por su parte, la percepción de invulnerabilidad frente al VIH está fuertemente asociada a personas situadas en estadios previos al uso sistemático del preservativo (ver figura 14).

Kwon et al. (2008) realizaron una investigación en la que utilizaban las etapas de cambio del MT para estudiar el uso del preservativo en estudiantes universitarios. Los resultados determinan que el balance decisional difiere significativamente en función de la etapa de cambio en la que la persona se halla. La puntuación sobre los beneficios (pros) atribuidos al uso del preservativo fue más alta en la etapa de mantenimiento y más baja en la etapa de contemplación. Por el contrario, la puntuación sobre las desventajas (contras) fue más alta en la etapa de preparación y más baja en la etapa de mantenimiento.

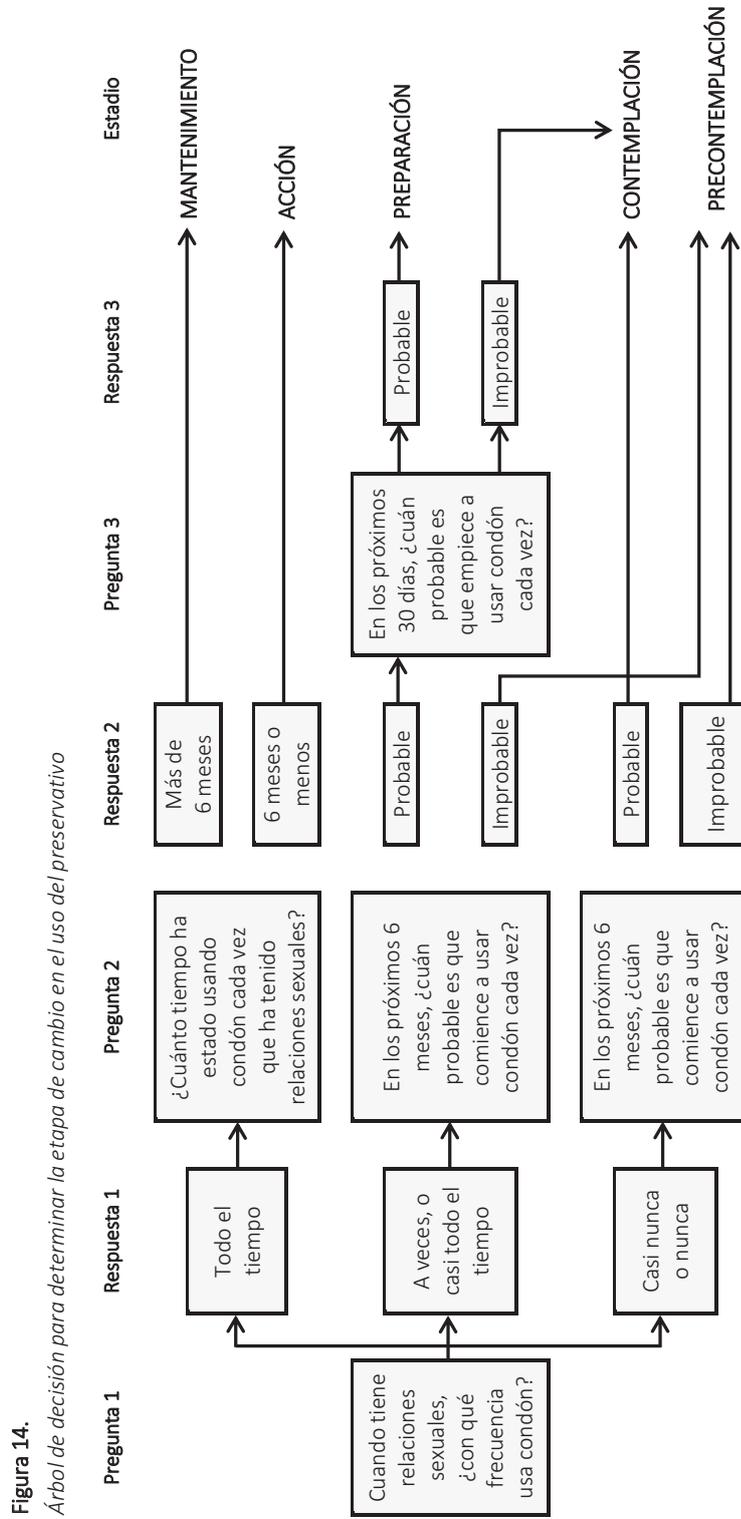
En la actualidad, numerosos estudios han confirmado la utilidad de los componentes del MT para la creación e implementación de intervenciones adecuadas a las características de la etapa de cambio en la que se encuentra una persona (Grossman et al., 2008; Hacker et al., 2005). (Coury-Doniger, Levenkron, McGrath, Knox y Urban, 2000). Desarrollan un método de intervención, a partir de las etapas de cambio del MT, en el que construyen diversas estrategias de *counseling* orientadas a suscitar conductas de salud preventivas frente al VIH. Por su parte, Cabral et al. (2004) elaboran un programa de prevención para mujeres en riesgo en el que se usan dos estrategias diferenciadas, una comunitaria en la que se emplean materiales impresos y una clínica en la que se realiza un asesoramiento individualizado.

El MT también ha servido como base en el desarrollo de estrategias para mejorar la adherencia a la medicación antirretroviral (Munro, Lewin, Swart y Volmink, 2007). En la etapa de precontemplación no está pensando seriamente en cambiar o no cree que sea necesario tener una buena adherencia a la medicación. En la fase de contemplación ya se cree seriamente que es necesario tener una buena adherencia a la medicación. Durante la etapa de preparación se está listo para cambiar y se elabora un calendario para recordar las tomas. En la fase de acción se está tratando de recordar los medicamentos y se registran en el calendario. Por último, en la fase de mantenimiento se ha sido capaz de tomar las pastillas todos los días durante un mes.

A pesar de la utilidad del modelo en el desarrollo de estrategias y acciones preventivas J.D. Fisher y Fisher (2000) enfatizan dos limitaciones:

1. El Modelo Transteórico resulta un modelo inespecífico cuyos componentes son considerados constructos individuales. Aunque la investigación empírica ha demostrado que los estadios de cambio, los procesos de cambio, el balance decisional y las expectativas de autoeficacia actúan de acuerdo con las predicciones del modelo, se desconoce cómo interactúan entre sí.
2. El Modelo Transteórico ha sido principalmente probado mediante estudios transversales, realizándose pocos trabajos de carácter experimental o longitudinal. Esta metodología no permite realizar inferencias causales ni determinar si, por ejemplo, las expectativas de autoeficacia existen previamente o se generan tras la realización del comportamiento preventivo.

Por otro lado, Cabral et al. (2004) cuestionan la capacidad del modelo para explicar el uso del preservativo, puesto que los factores específicos que promueven la adopción de conductas preventivas frente al VIH pueden ser diferentes de las variables que recoge el modelo utilizadas para explicar el comportamiento de dejar de fumar. Por tanto, un modelo útil de cambio de comportamiento debe ser lo suficientemente flexible para integrar nuevas variables específicas asociadas a una conducta de salud concreta.



Fuente: adaptado de Cabral et al. (2004)

RESUMEN...

A modo de resumen, desde el ámbito de la Psicología de la Salud se han desarrollado diversas teorías explicativas que intentan explicar la adopción de conductas preventivas frente a un determinado problema de salud-enfermedad. Los cinco modelos que se presentan a continuación han tratado de explicar las variables que influyen en el uso consistente o inconsistente del preservativo y/o la barrera de látex, adaptando, modificando y aumentando con sus sucesivas revisiones el número de factores o variables que explican y predicen el comportamiento preventivo (ver Tabla 1).

El *modelo de Creencias de Salud*, es un modelo que se construye mediante la valoración subjetiva que una persona tiene sobre una determinada expectativa. En el ámbito de la promoción de la salud sexual, el valor se refiere al deseo de evitar la infección por VIH mientras que la expectativa constituye la creencia de que el uso sistemático del preservativo impedirá la infección. Concretamente, establece la influencia cognitiva como la principal variable que incide sobre la conducta; considerando que las creencias y las actitudes determinan la adopción de una determinada conducta de salud. El modelo determina que la conducta saludable se da en función de dos variables, por un lado, la percepción de amenazas (percepción de vulnerabilidad y gravedad) y por el otro lado, las creencias que tiene la persona sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza (valoración de los beneficios y los costes asociados).

La *Teoría de la Conducta Planeada* es una extensión de la Teoría de Acción Razonada, en la cual se incluye un tercer constructo (el control conductual percibido) a los factores anteriormente propuestos, la norma subjetiva y las actitudes. Esta extensión se desarrolló tras determinar que la conducta preventiva frente al VIH no siempre es voluntaria (como se propone en la teoría anterior), sino que está influenciada por otros factores como, el consumo de alcohol u otras drogas, el nivel de excitación sexual, la capacidad para conseguir un preservativo, etc. Este modelo establece que las actitudes están influenciadas por la gravedad percibida y la evaluación de las consecuencias del comportamiento, y que la norma subjetiva está mediada por las creencias sobre lo que los demás hacen. Estas dos variables influyen sobre las intenciones y sobre el constructo de percepción de control, que a su vez se relaciona con las intenciones y con la conducta preventiva.

El *modelo de Autoeficacia*, que tiene sus orígenes en la Teoría Cognitivo-Social, y establece que uno de los principales problemas con respecto a la adopción de conductas de salud es que normalmente se intenta proporcionar conocimientos para llevar a cabo una determinada conducta sin considerar las habilidades que fomentan la autoeficacia como, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que permitan ejercer el control cuando se ha consumido alcohol o en el momento de

mayor excitación sexual, constituyen el elemento más importante. Bandura establece que, desde esta perspectiva, cualquier intervención cuya finalidad sea conseguir un cambio de comportamiento debe considerar cuatro competentes: 1) Informativo; 2) desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación; 3) mejora de las competencias sociales y construcción de una autoeficacia sólida; y 4) creación de una red de apoyo social

El **Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales** fue desarrollado a partir de una exhaustiva revisión de las variables más relevantes recogidas en los modelos clásicos de promoción de la salud, intentando superar las limitaciones que cada uno presentaba por separado. Este modelo destaca la existencia de tres variables que explicaría, en gran medida, la adopción de terminadas conductas preventivas: los conocimientos, la motivación y las habilidades conductuales. En el ámbito de la prevención del VIH, los *conocimientos* sobre los métodos preventivos y las vías de transmisión constituyen el primer elemento clave para la adopción de conductas de salud. La *motivación* para realizar acciones preventivas constituye el segundo factor y modula si una persona actúa en congruencia con sus conocimientos. Las *habilidades conductuales* constituyen un tercer determinante ya que únicamente cuando una persona está altamente motivada y suficientemente informada puede adoptar estrategias de adquisición o negociación del preservativo.

El **Modelo Trasteórico del Cambio** surge en el contexto de la psicoterapia al comprobar que los pacientes pasaban por una serie estados de cambio similares sin importar la orientación teórica de la psicoterapia aplicada. Este modelo realiza una descripción de las diferentes etapas por las cuales una persona pasa durante el proceso de cambio de una conducta de riesgo a una saludable. Los cuatro aspectos que recoge como moduladores del cambio de conductual son: las etapas de cambio (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento); los procesos de cambio, referidos a la forma en que se da el cambio de comportamiento de una etapa a otra; el balance decisional, referido a la valoración de las ventajas y los inconvenientes de adoptar un determinado comportamiento preventivo; y la autoeficacia, referida a la percepción que tiene la persona sobre su capacidad para realizar la conducta.

Puesto que cada modelo teórico analizado recoge y enfatiza una serie de variables respecto a otras, es preciso estudiar cada variable de forma independiente para determinar la evidencia empírica que sustenta su influencia en la adopción de comportamientos sexuales de riesgo o de protección en cada subgrupo poblacional.

Tabla 1.
Resumen de los principales modelos explicativos de promoción de la salud sexual

MODELO	AUTOR	VARIABLES RELEVANTES	VENTAJAS	DEBILIDADES
Modelo de Creencias de Salud	Becker y Maiman (1975)	Vulnerabilidad percibida Gravedad percibida Beneficios percibidos Barreras percibidas	Utilidad de sus componentes en la explicación del comportamiento sexual de riesgo Ofrece líneas de acción en la elaboración e implementación de programas preventivos Validación de instrumentos psicométricos que evalúan los componentes del modelo Contempla variables demográficas y psicosociales	Utilidad supeditada a considerar todos los factores y su interacción No aclara las condiciones por las que se adquieren las creencias de salud Baja capacidad predictiva
Teoría de la Conducta Planeada	Ajzen (1991)	Actitud personal Norma subjetiva Percepción de control	Validez para la prevención de la conducta sexual de riesgo Contempla variables socioculturales	La intención conductual no asegura la adopción de un determinado comportamiento preventivo Presta poca atención a variables emocionales
Teoría Cognitivo-Social	Bandura (1977)	Autoeficacia Información Habilidades sociales Apoyo social	Alto valor predictivo en la adopción de conductas de salud Contempla variables personales y culturales	Ambigüedad y falta de definición del concepto de autoeficacia Generalización de la autoeficacia a cualquier conducta
Modelo de Información, Motivación y Habilidades Conductuales	J.D. Fisher y Fisher (1992)	Información Habilidades conductuales Motivación	Utilidad en la creación e implementación de estrategias preventivas	Limitaciones en la medición objetiva del riesgo No contempla variables personales ni culturales
Modelo Transteórico del Cambio	Prochaska et al. (1992)	Etapas de cambio Procesos de cambio Balance decisional Autoeficacia	Define la conducta preventiva como un proceso continuo Establece mecanismos y estrategias de cambio Contempla la relación entre la conducta preventiva y la disposición personal	Componentes considerados como constructos individuales Necesidad de probar el modelo mediante estudios experimentales o longitudinales

4. Variables explicativas de la conducta sexual de riesgo

El riesgo es la probabilidad de que acontezca un determinado fenómeno, por ejemplo, una enfermedad, una infección, un accidente, etc. Estos factores pueden ser de naturaleza biopsicosocial y actúan de forma endógena o exógena. De entre todos los factores de riesgo, este trabajo está centrado en la vertiente epidemiológica que define a los factores de riesgo como cualquier circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad o cualquier otro problema de salud.

Las características cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales, consideradas como agentes activos y dinámicos, constituyen factores relevantes para entender los procesos implicados en la adopción de acciones preventivas frente a la infección por VIH. Por tanto, resulta de gran importancia establecer detalladamente qué factores incrementan o disminuyen el uso de métodos preventivos de barrera (preservativo masculino, preservativo femenino, barrera de látex, etc.) para diseñar e implementar programas preventivos específicos.

Como paso previo a su categorización, es importante destacar que la clasificación de las variables en las categorías establecidas (cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales) resulta una tarea ardua y difícil ya que muchas de ellas comparten características. Por ejemplo, si bien la compulsividad sexual presenta principalmente un componente conductual, los aspectos cognitivos también resultan importantes puesto que, además de presentar un patrón de comportamiento centrado en la masturbación o en el consumo de materia pornográfica de forma excesiva, estas personas también presentan manifestaciones cognitivas centradas en pensamientos o fantasías eróticas. Aunque la clasificación realizada en la presente tesis doctoral queda establecida en función de los criterios recogidos en la literatura científica Espada et al. (2003) y Ballester-Arnal y Gil-Llario (2013) debe tenerse en consideración que algunas categorías se solapan entre sí en mayor o menor medida.

1. VARIABLES DE CARÁCTER COGNITIVO

Las variables de carácter cognitivo constituyen el medio a través del cual las personas procesan la información y utilizan sus recursos cognitivos en la toma de decisiones. Los diversos modelos explicativos de promoción de la salud (ver capítulo 3) recogen diversas variables cognitivas indispensables en la prevención de la conducta sexual de riesgo. Específicamente, las variables analizadas en este epígrafe son los sesgos en información y las creencias erróneas (recogidas en el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales y en la Teoría de la Conducta Planeada), la percepción de riesgo y severidad (contempladas en el Modelo de Creencias de Salud y en la Teoría de la Conducta Planeada), y la autoeficacia (establecida en la Teoría de la Conducta Planeada, en la Teoría Cognitivo-Social y en el Modelo Transteórico del Cambio).

1.1. SESGOS EN INFORMACIÓN Y CREENCIAS ERRÓNEAS

El conocimiento es el conjunto de información adquirida por una persona a través de la educación y/o la propia experiencia sobre un tema específico, en este caso sobre el VIH y el sida. Esta variable cognitiva es una de las más estudiadas en el campo de la prevención y mediante su evaluación se pretende lograr una valoración del nivel de conocimientos que poseen las personas, así como averiguar la existencia de creencias erróneas al respecto. Según Espada et al. (2003) en muchas ocasiones los comportamientos sexuales de riesgo son consecuencia de los déficits en los conocimientos y de las creencias erróneas o inexactas que se tienen sobre sexualidad. Aunque poseer información es una condición necesaria pero no suficiente para asegurar la realización de conductas preventivas (Bandura, 1994), la mayor parte de los modelos teóricos y los programas preventivos se han centrado en esta variable.

Los modelos explicativos de la conducta sexual de riesgo incluyen los conocimientos como una variable que influye en la adopción de comportamientos saludables. Como se ha visto en el capítulo anterior, el Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975; Rosenstock, 1974) destaca el papel que tiene la información proporcionada por un profesional sanitario, un medio de comunicación u otro agente como disparador de la necesidad de implementar una conducta de salud. Por su parte, el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992) establece que la información acerca de las vías de transmisión del VIH y los métodos preventivos de barrera existentes son un determinante crítico para la adopción de conductas de salud.

En líneas generales, diversas investigaciones demuestran que el nivel de conocimientos que una persona posee funciona como un factor de protección frente a la conducta sexual de riesgo

(Guerra y Simbayi, 2014; Jaworski y Carey, 2007; Štulhofer, Graham, Božičević, Kufrin y Ajduković, 2007). Los estudios demuestran que el nivel de conocimientos no solo se relaciona con el uso sistemático del preservativo (Camilleri et al., 2015; Sun et al., 2013), sino también con la intención de uso del mismo (Protogerou et al., 2013), las actitudes positivas hacia su uso (Robles et al., 2006; Toro-Alfonso et al., 2002) y la capacidad para proponer y negociar su uso (Aliabadi et al., 2015; Bahrami y Zarani, 2015). Por el contrario, un bajo nivel de conocimientos se relaciona con dificultades para usar el preservativo (Espada et al., 2009; Espada, Guillén-Riquelme, Morales, Orgilés y Sierra, 2014) y otros métodos de barrera útiles para la prevención del VIH y otras ITS (Logie y Earnshaw, 2015; Sancho, 2012).

A pesar de que los resultados en diversos subgrupos poblacionales son consistentes (Anderson et al., 2006; L.M. Williamson, Dodds, Mercey, Hart y Johnson, 2008), los hallazgos anteriormente explicados no consideran variables sociodemográficas o cognitivas relevantes como la orientación sexual, el género o el grado de capacidad cognitiva. Si bien algunos conocimientos son transversales e universales para cualquier colectivo, independientemente de sus prácticas sexuales, existen otros conocimientos específicos que varían sustancialmente de un colectivo a otro (Alcedo et al., 2006; Mustanski et al., 2013; Wingood et al., 2011). Por ejemplo, mientras que en hombres y mujeres heterosexuales será necesario informar sobre el uso del preservativo femenino esta información será innecesaria en hombres que tienen sexo con hombres. En mujeres que tienen sexo con mujeres será necesario proporcionar conocimientos generales sobre el VIH y sus vías de transmisión puesto que tradicionalmente este colectivo ha quedado al margen de las estrategias preventivas generales y específicas y también estrategias dirigidas a comportamientos específicos como el compartir un vibrador o consolador (Arend, 2003; Logie et al., 2015).

En hombres y mujeres con prácticas heterosexuales, Ballester et al. (2009) realizan un amplio estudio en el que exploran los conocimientos sobre el VIH, las prácticas sexuales de riesgo y otras cuestiones generales, en una muestra española de hombres y mujeres heterosexuales. Los resultados revelan que el 90% de los participantes refiere haber recibido información sobre el VIH/sida en alguna ocasión. En cuanto a los conocimientos generales, el 52% desconoce que un resultado positivo en las pruebas diagnósticas no significa necesariamente desarrollar el sida con posterioridad, y sólo un 24% conoce la existencia de un periodo ventana entre la infección y el tiempo necesario para producir una cantidad suficiente de anticuerpos que las pruebas de anticuerpos puedan detectar. Una gran mayoría (79.3%) posee buena información sobre las vías de transmisión. No obstante, el 65.1% y el 26.3% todavía cree que la picadura de un mosquito y la saliva, respectivamente, pueden transmitir el VIH. Respecto a las prácticas sexuales

de riesgo, casi la mitad de los encuestados (42.4%) desconoce que puede infectarse por VIH a través del sexo oral, y el 22.2% cree erróneamente que las masturbaciones mutuas pueden transmitir el virus.

En hombres que tienen sexo con hombres, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) realiza un estudio sobre el nivel de conocimientos; la prueba de detección de anticuerpos y la profilaxis post exposición; los mecanismos de transmisión; y las medidas de prevención en una muestra representativa de más de 13.000 hombres con edades comprendidas entre 14 y 79 años. Los resultados determinan que una gran mayoría (89%) tiene información sobre el VIH/sida y la prueba de detección de anticuerpos. No obstante, el 10.1% desconoce que si una persona se infecta con el VIH pueden pasar varias semanas antes de que pueda ser detectado en una prueba (periodo ventana), y el 6.4% no sabe que existe un test diagnóstico que indica la presencia de VIH. Solo la mitad (54.2%) sabe que cuando un hombre seropositivo y uno seronegativo mantienen una relación sexual, la probabilidad de que se transmita el VIH es mayor si alguno de ellos tiene otra ITS no diagnosticada ni tratada. Respecto a las vías de transmisión, una tercera parte de los encuestados (39.2%) desconoce que el tratamiento anti-retroviral para el VIH reduce el riesgo de transmisión del virus, y el 8.5% no está seguro de si se puede infectar mientras se practica una penetración anal o vaginal desprotegida de forma “activa” con una pareja seropositiva, aunque no haya eyaculación. Además, un 7.9% no está completamente seguro de si el VIH puede transmitirse mediante la saliva. En cuanto a la Profilaxis Post Exposición (PPE), el 60% de los hombres no posee ningún tipo de información sobre esta estrategia preventiva. Solo un tercio (38.3%) sabe que la PREP pretende evitar la infección por VIH tras haber estado expuesto al virus. Finalmente, el 51.5% desconoce que la PREP debería usarse lo más pronto posible después de la exposición al virus, preferiblemente en las horas posteriores.

Estos datos coinciden con los hallados en otras investigaciones realizadas con HSH. Por ejemplo, Morell et al. (2014) descubren que el 19.8% de los HSH cree que el sida es una enfermedad que actualmente tiene curación. Un estudio portugués que analiza entre otras variables el nivel de conocimientos sobre VIH en una muestra de 5.182 HSH concluye que los conocimientos acerca del VIH y las vías de transmisión son bastante elevados (95.6% y 84.1%, respectivamente); sin embargo, los conocimientos sobre otras ITS y la PPE son significativamente menores (Martins et al., 2015). Por tanto, se constata que, pese a que existe un buen nivel de información básica, está desactualizada con respecto a los últimos conocimientos y avances científicos.

Las mujeres que tienen sexo con mujeres presentan, en general, bajos conocimientos sobre métodos preventivos específicos y creencias erróneas sobre prácticas sexuales de riesgo

(Marrazzo et al., 2005) como consecuencia de la ausencia de estrategias preventivas específicas implementadas desde la administración pública (Logie et al., 2014; Orcasita et al., 2014). Algunos ejemplos de estas creencias son la percepción generalizada de que solo las mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres pueden contraer el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (Sancho, 2012), la idea de que la anatomía femenina resulta menos proclive a la infección del VIH a través del intercambio de secreciones vaginales y la sangre menstrual (Monteiro et al., 2010) y la creencia de que las lesbianas están más protegidas frente a la transmisión de infecciones de transmisión sexual (Power, McNair y Carr, 2009).

La mitad de las mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres no conocen los métodos de protección frente a las ITS (Silberman et al., 2016). Concretamente, un estudio llevado a cabo por Fishman y Anderson (2003) concluye que el 34.8% de las MSM desconocen que no deben cepillarse los dientes o usar hilo dental antes del sexo oral y el 19.1% no saben cómo elaborar una barrera de látex a partir de un preservativo. Además, este estudio revela que las principales fuentes de información sobre sexualidad son: libros, artículos de revistas, folletos, televisión y radio (36%), talleres sobre educación sexual (22%), amigos o socios (12%). Sólo el 6% de las MSM obtuvo información sexual en centros específicos dependientes de organismos públicos. En relación con la atención de la salud, el 85% de las participantes declaró que sus médicos u otros profesionales sanitarios conocían su orientación sexual, pero sólo el 15% refirió haber hablado con ellos sobre prácticas de riesgo y métodos preventivos.

Finalmente, si bien la gran mayoría de las personas con diversidad funcional intelectual posee información sobre métodos anticonceptivos, se desconoce la cantidad de información y si ésta se ajusta a la realidad (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). En muchas ocasiones las personas con DI tienen dificultad para acceder a información sobre métodos anticonceptivos y en caso de conseguirla puede no estar adaptada a sus capacidades. Un estudio llevado a cabo con 133 personas con diversidad funcional intelectual leve determina que sólo el 10% comprendía realmente el concepto de método anticonceptivo (Kijak, 2013).

McGillivray (1999) realizó un trabajo en el que analiza el nivel de conocimientos y el riesgo de infección por VIH una muestra de 60 adultos jóvenes con discapacidad intelectual leve y moderada. Los resultados determinan déficits en los conocimientos generales acerca de la enfermedad y sobre los métodos preventivos existentes para minimizar el riesgo de infección. En general este colectivo tiene actitudes menos adaptativas con respecto al sida y al uso del preservativo; también presentan menor confianza en su capacidad para llevar a cabo prácticas sexuales seguras. Por otra parte, cuando se les plantean situaciones de riesgo hipotéticas mediante dilemas interpersonales es más probable que presenten soluciones inadecuadas.

Según un estudio realizado en contexto español el 87.4% de las personas con DFI leve o moderada conocen diferentes tipos de anticonceptivos (Díaz et al., 2014). Otra investigación realizada por Morell-Mengual, Gil-Llario, Díaz-Rodríguez, Castro-Calvo y Ceccato (2016) en una muestra de 200 hombres y mujeres con DFI leve y moderada determina que el 99% de los sujetos ha hablado sobre sexualidad con alguien, siendo las fuentes de información más comunes: otros familiares distintos a los padres (36.9%), educadores (24.2%) y los propios padres (20.2%). En cuanto al deseo de hablar sobre sexualidad, el 90.5% de los participantes refiere querer hablar de sexualidad con mayor frecuencia, siendo este deseo más frecuente entre los hombres (94%) que entre las mujeres (87%).

1.2. PERCEPCIÓN DE RIESGO Y DE GRAVEDAD

La percepción de riesgo ha estado presente en muchos de los estudios preventivos relacionados con la conducta sexual de riesgo, considerándose una de las variables de mayor impacto en la adopción de medidas preventivas. Las definiciones sobre percepción de riesgo en la literatura son escasas y no se encuentra ninguna que proporcione un sentido unitario al concepto. Según J.A. García (2012) el riesgo se puede conceptualizar desde dos planos diferentes, el real y el subjetivo, y se puede valorar desde una vertiente individual o colectiva. Por ejemplo, el riesgo sufrir un terremoto se conceptualizaría desde una visión real y colectiva ya que se está frente a un acontecimiento natural que puede ser susceptible de provocar numerosos daños en una población determinada. Este riesgo estaría basado en indicadores objetivos pero incontrolables, dado que no podemos ejercer ningún control sobre los fenómenos naturales. En cambio, el riesgo de infectarse por VIH se conceptualizaría desde una visión subjetiva e individual ya que se está frente un acontecimiento que puede ser modificado mediante el uso del preservativo. Este riesgo estaría basado en indicadores subjetivos y controlables, dado que podemos utilizar diversos métodos de barrera para modificar el riesgo de infección.

Indiscutiblemente esta variable es uno de los factores claves de la prevención de la transmisión sexual del VIH. Las personas que no se perciben en riesgo de contraer el VIH no atenderán a la información que llegue hasta ellos a través de los diferentes canales informativos y, por tanto, no adoptarán medidas preventivas y no se someterán a las pruebas de detección de anticuerpos. Los modelos explicativos de la conducta sexual de riesgo incluyen la percepción de riesgo y gravedad sobre VIH como variables que influye en la adopción de comportamientos saludables. El Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975) destaca el papel que ejerce la vulnerabilidad percibida ante una enfermedad como elemento para la adopción de conductas de

preventivas, aunque esta variable no especifica el curso de la acción. Por su parte, el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992) establece que la motivación para realizar una determinada conducta preventiva está determinada por las actitudes que posee una persona en relación a la percepción de riesgo y de gravedad. Finalmente, el Modelo Transteórico de Cambio (Prochaska et al., 1992) destaca el papel que ejerce la percepción de riesgo en la toma de conciencia de la existencia de un problema y la necesidad de hacer algo al respecto.

En general, los datos disponibles determinan la existencia de una percepción de riesgo sesgada desde el prisma de la «invulnerabilidad percibida», también denominada «*ilusión de control*», es decir, de una valoración sistemáticamente baja del riesgo asociado a determinadas conductas sexuales (Haile, Kingori, Darlington, Basta y Chavan, 2017; Monteiro et al., 2010; Morell et al., 2014). Según Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002) esta invulnerabilidad se considera resultado de un optimismo no realista que se combina con la distorsión denominada *primus inter pares* que supone infravalorar el riesgo personal y sobrevalorar el ajeno. Además, la percepción de riesgo de la población disminuyó cuando se introdujeron los fármacos antirretrovirales y empezó a hablarse del VIH como de una infección crónica, pero no mortal. A partir de ese momento, erróneamente muchas personas empezaron a pensar que el sida tenía cura e incluso, los que no pensaban así, si subestimaron lo duro que todavía hoy en día supone vivir con el VIH. Este contexto de creencias e ideas erróneas propició una disminución de los comportamientos preventivos.

La percepción del riesgo de VIH en hombres y mujeres con prácticas heterosexuales sigue siendo baja (Haile et al., 2017). La probabilidad y el temor percibido ante la posibilidad de infectarse con el VIH, evaluado mediante una escala de 0 a 100, es de 18.7 y de 71.5, respectivamente (Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, Giménez-García, Salmerón- Sánchez y Gil-Llario, 2016). Concretamente, la percepción de riesgo es más baja en las relaciones sexuales enmarcadas en el contexto de una pareja afectiva estable frente a las relaciones casuales con parejas esporádicas (Lameiras et al., 2002). En este sentido, Khawcharoenporn, Kendrick y Smith (2012) realizan una investigación cuyo objetivo es evaluar la percepción de riesgo y determinar su impacto en la conducta sexual en una muestra de 494 hombres y mujeres heterosexuales. Se clasificó a los participantes en tres grupos de riesgo (bajo, moderado y alto) de acuerdo con ciertas características evaluadas. Los resultados indican que el 84% de los participantes de alto riesgo percibían un riesgo bajo o nulo de infección por VIH, presentando tasas sistemáticas de uso del preservativo en el sexo vaginal, oral y anal relativamente bajas.

Respecto a la percepción de gravedad, un estudio realizado por Ballester et al. (2009) determina que el 0.5% de las personas evaluadas considera que el sida era una enfermedad leve, el 1%

moderada, el 49.5% grave y el 48.9% muy grave o mortal. En algunos casos se realiza una distribución errónea de la enfermedad, creyendo que sólo afecta a determinados subgrupos poblacionales tradicionalmente estigmatizados como, los consumidores de drogas por vía parenteral, los hombres homosexuales y los trabajadores sexuales, considerando que el VIH es un problema ajeno a ellos (Ballester et al., 2009; Ruiz-Palomino et al., 2016; Vinaccia et al., 2007).

Al igual que se ha expuesto anteriormente, la percepción de riesgo entre hombres que tienen sexo con hombres también sigue siendo relativamente baja. Algunos estudios determinan que la baja percepción de riesgo es una de las principales razones aludidas para no realizarse la prueba de detección de anticuerpos (Nelson et al., 2010). Una investigación realizada en contexto estadounidense determina que aproximadamente el 50% de HSH diagnosticados con VIH se percibían en bajo riesgo de contraer el VIH a lo largo de su vida (MacKellar et al., 2007). Por su parte, otro trabajo realizado por Morell et al. (2014) establece que la probabilidad y el temor percibido ante la posibilidad de infectarse con el VIH en hombres que tienen sexo con hombres, evaluado mediante una escala de 0 a 100, es de 20.3 y de 41.3, respectivamente.

En hombres que tienen sexo con hombres, un trabajo de Jacques et al. (2015) que explora los motivos que explican la conducta sexual de riesgo concluye que, en general, existe una percepción de que el VIH es una enfermedad normalizada que no conlleva grandes cambios en la vida cotidiana y que forma parte de los problemas de salud que tiene una población, específicamente el colectivo de HSH. Una investigación realizada con una muestra de 202 hombres homosexuales y bisexuales establece que el 5% de los hombres evaluados considera que el sida es una enfermedad leve, el 22.3% moderada, el 58.4% grave y el 19.8% fatal o mortal (Morell et al., 2014). Algunos trabajos destacan que anteriormente el VIH era una enfermedad que provocaba más miedo, poseía mayor grado de estigmatización y promovía mayor número de conductas de autocuidado entre las personas infectadas y que el desarrollo de nuevo fármacos antirretrovirales muy efectivos ha podido llevar a la falsa creencia de que el sida tiene curación y por tanto a una cierta relajación en las prácticas preventivas (Jacques et al., 2015).

Diversas investigaciones han destacado la falsa percepción de seguridad que tienen las MSM como invulnerables frente al VIH, independientemente de su conducta (Monteiro et al., 2010). Un estudio llevado a cabo con mujeres lesbianas americanas revela que la idea de que las MSM son un colectivo de bajo riesgo frente al VIH es aceptada por el 53% (Fishman y Anderson, 2003). Además, Marrazzo et al. (2005) descubren que algunas mujeres lesbianas y bisexuales, participantes en un grupo de discusión sobre salud sexual, sólo consideraran aceptable el uso de métodos preventivos ante una razón sanitaria que lo justifique plenamente. La percepción de riesgo, entendida como la probabilidad percibida de infectarse por VIH, es una construcción social arraigada en las

relaciones interpersonales (Dolan y Davis, 2003), creada e influida por la incorporación de la noción de grupos de riesgo. Verse al margen de uno de estos grupos mantiene una sensación de invulnerabilidad frente al VIH y la invisibilidad del universo lésbico en el área de salud sexual y reproductiva. Esta realidad propicia que transmisión del VIH sea considerada una posibilidad muy remota (Marrazzo et al., 2005).

Dolan y Davis (2003) hallan tres posturas subjetivas de riesgo bajo las cuales las mujeres homosexuales conciben su vulnerabilidad hacia el VIH, denominadas: invulnerabilidad, vulnerabilidad sin uso de métodos preventivos y vulnerabilidad con uso de métodos preventivos. Las ideas asociadas con la concepción de invulnerabilidad están relacionadas con creer que las mujeres lesbianas no son susceptibles a las ITS o al VIH; pensar que, si una mujer se ve saludable, es saludable; entender que existe un bajo riesgo de infección cuando se mantienen relaciones sexuales con mujeres que no han tenido relaciones heterosexuales; y creer que la seguridad de las lesbianas frente al VIH se deriva de la ausencia de la eyaculación masculina. Las ideas asociadas con la percepción de vulnerabilidad, sin uso de métodos preventivos están relacionadas con creer que sus habilidades y rasgos les proporcionan protección frente a los problemas de salud sexual, pensar que la honestidad y la comunicación son la clave para evitar las infecciones, pensar que un menor número de parejas sexuales a lo largo de la vida disminuye el riesgo y creer que solo algunos subgrupos de MSM presentan un riesgo evidente. Por último, las ideas que se asocian a la percepción de vulnerabilidad, con uso de métodos preventivos tienen que ver con creer que el riesgo está siempre presente y que las mujeres lesbianas son tan vulnerables como cualquier otra persona.

1.3. AUTOEFICACIA

El constructo de autoeficacia ha sido aplicado a diversas conductas en distintos ámbitos o contextos de salud. Fue introducido por Bandura (1986) como un elemento esencial de la Teoría Social Cognitiva y es definido como *“la creencia en la propia habilidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para obtener determinados logros”* (p. 391). Concretamente, la autoeficacia percibida se refiere a las creencias que tienen las personas con respecto a su capacidad para ejercer control sobre sus propias motivaciones, procesos de pensamiento, estados emocionales y patrones de comportamiento (Bandura, 1994). Las personas que carecen de un adecuado nivel de autoeficacia no manejan las situaciones de manera efectiva a pesar de saber qué hacer y poseer las habilidades necesarias.

Diversos estudios señalan el papel predictor que tiene la autoeficacia tanto en la negociación del uso del preservativo como en la capacidad de llevar a cabo conductas de protección frente a

la infección por VIH (Casey, Timmermann, Allen, Krahn y Turkiewicz, 2009; Nesoff et al., 2016). De hecho, fue Bandura (1990; 1994) quien aplicó el modelo de autoeficacia al ámbito de la prevención del VIH adaptando todos sus preceptos al uso consistente del preservativo. No obstante, el hecho de que todavía no exista un consenso claro sobre su conceptualización (Ballester et al., 2013) propicia que cada autor recoja y acentúe aquellos aspectos que considera más relevantes. Así, por ejemplo, Barkley y Burns (2000) identifican tres tipos de autoeficacia: *de adquisición*, relacionada con la habilidad para adquirir y usar el preservativo; *de infecciones de transmisión sexual*, relacionado con el estigma asociado a las infecciones de transmisión sexual; y *de rechazo por parte de la pareja*, relacionado con las actitudes que tiene la pareja sobre el uso del preservativo. En contraposición, Weeks et al. (1995) describen dos tipos de autoeficacia: *de uso*, relacionada con la habilidad para conseguir y usar las medidas preventivas pertinentes (por ejemplo: adquirir preservativos en una farmacia) y *de rechazo*, relacionada con la habilidad de negarse a mantener cualquier práctica sexual que implique algún tipo de riesgo, sin ceder ante las presiones de la pareja (por ejemplo: capacidad para convencer a la pareja para sobre la necesidad de utilizar el preservativo).

Los estudios realizados con hombres y mujeres heterosexuales señalan la importancia de esta variable, no sólo como predictor directo del uso del preservativo en las relaciones sexuales (Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino y Gil-Llario, 2017; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano-García, 2009) o de su intención de uso (Ballester et al., 2013) sino también como variable explicativa del mantenimiento del cambio tras la aplicación de una estrategia preventiva (Javier, Abrams, Moore y Belgrave, 2008). Concretamente, Ballester et al. (2013) realizan un estudio con una muestra de 3.530 jóvenes cuyo objetivo es indagar la relación existente entre la autoeficacia hacia el uso del preservativo y diferentes aspectos relacionados con la prevención del VIH. Los resultados determinan que las personas que obtienen una alta puntuación en autoeficacia presentan mayor uso del preservativo en el coito vaginal o en relaciones sexuales mantenidas bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Además, la autoeficacia también se relaciona con otras variables relevantes en el ámbito de la prevención del VIH, concretamente con una menor probabilidad de mantener una relación sexual cuando no se dispone de preservativo, una mayor confianza en el preservativo como método fiable de prevención del VIH y una menor probabilidad percibida de infectarse por VIH. Si bien la mayoría de los estudios realizados se centran en el uso del preservativo masculino, Morell-Mengual, Gil-Llario y Castro-Calvo (2016) realizan un trabajo centrado en la influencia de la autoeficacia en el uso de la barrera de látex.

Numerosas investigaciones identifican la existencia de diferencias de género en autoeficacia para el uso del preservativo. Sin embargo, mientras que algunos trabajos establecen puntuaciones

más elevadas en hombres (Farmer y Meston, 2006) otros lo hacen en mujeres (Ballester et al., 2013). Esta diferencia radica en los roles de género y en la dimensión evaluada. En general, los hombres se perciben más autoeficaces para comprar preservativos y hablar acerca de su uso antes de comenzar la relación sexual, mientras que las mujeres tienen una mayor autoeficacia para sugerir su uso a una nueva pareja independientemente de lo que piense el hombre (Ballester et al., 2013). Congruentemente, un estudio de López-Rosales y Moral (2001) atribuye a las mujeres la responsabilidad de persuadir sobre su uso o rechazar las relaciones sexuales de riesgo y a los hombres la responsabilidad de conseguirlo y ponerlo.

Específicamente en mujeres, Nesoff et al. (2016) realizan un estudio con una muestra de 433 mujeres heterosexuales entre 19 y 35 años que determina que la autoeficacia explica el uso del preservativo en la última relación y el uso consistente tanto en los últimos 3 meses como en los últimos 12 meses. Por su parte, Javier et al. (2008) implementan una intervención preventiva para el VIH, basada en la teoría del aprendizaje social, en muestra de mujeres norteamericanas donde se trabajaba la comunicación sexual asertiva y la eficacia del uso del condón. Los resultados determinan que las mujeres que participaron en la intervención reportaron mayor confianza para negociar el uso del condón y para hablar sobre sexualidad con parejas.

En contraposición a los resultados presentados en hombres y mujeres heterosexuales, los trabajos realizados con esta variable en HSH son bastante limitados (H. Klein, 2014). Recientemente algunos modelos predictivos realizados mediante ecuaciones estructurales han establecido la influencia directa (Li et al., 2017; Teng y Mak, 2011) o indirecta a través de otras variables (Tucker et al., 2014) que ejerce la autoeficacia en la adopción de conductas sexuales de riesgo, sobretodo practicar coito anal sin preservativo. En este sentido, H. Klein (2014) realiza una investigación en una muestra de 332 de hombres que tienen sexo con hombres con alto riesgo de contraer o transmitir el VIH cuyo objetivo era examinar los niveles de autoeficacia. Los resultados determinan que la autoeficacia se relaciona de forma inversa con adopción de prácticas sexuales de riesgo. Eaton, Cherry, Cain y Pope (2011) evalúan los cambios en los niveles de autoeficacia para el uso del en HSH tras la implementación de un programa preventivo basado en la teoría del aprendizaje social. Los resultados establecen que la intervención incrementa el nivel autoeficacia y que este efecto duró al menos hasta el intervalo de seguimiento de tres meses. Además, el nivel de autoeficacia predice de forma significativa el uso del preservativo en el coito anal.

En mujeres que tienen sexo con mujeres la autoeficacia puede también puede contribuir al desarrollo de conductas saludables y al mantenimiento de la motivación necesaria para una constante prevención (Logie et al., 2014). Concretamente, Logie et al. (2015) diseñan, implementan y evalúan la efectividad de un programa de prevención grupal de VIH e ITS para lesbianas, bisexuales,

queers y otras mujeres que tienen sexo con mujeres en el que introducen un módulo dedicado específicamente a las habilidades de negociación, las relaciones de poder y la autoeficacia.

En cuanto a las personas con diversidad funcional intelectual, todavía no existen trabajos específicos que analicen la influencia que ejerce esta variable en el uso de métodos preventivos de barrera. No obstante, Bernert y Ogletree (2013) determinan que la autoeficacia debe ser un aspecto central en los programas educativos para estas personas.

2. VARIABLES DE CARÁCTER AFECTIVO-EMOCIONAL

Las variables afectivas abarcan todos aquellos fenómenos relacionados con los sentimientos, las emociones y las vivencias. Los distintos modelos explicativos de la conducta sexual de riesgo establecen de forma directa (Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales) o indirecta (Modelo de Creencias de Salud, la Teoría de la Conducta Planeada) diversas variables afectivas u emocionales que inciden en la adopción de comportamientos preventivos. Concretamente, las cuatro variables analizadas en este epígrafe son el nivel de autoestima, la sintomatología depresiva, la homofobia y bifobia sutil y manifiesta y la homofobia y bifobia interiorizada.

2.1. AUTOESTIMA

La autoestima es un aspecto o dimensión del autoconcepto y hace referencia al valor que un individuo atribuye a su particular descripción de sí mismo. Concretamente, Rosenberg (1965) define este constructo como el conjunto de pensamientos y sentimientos que un individuo tiene hacia su propio valor e importancia, es decir, una actitud positiva o negativa hacia sí mismo. Según Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, Gil-Llario y Giménez-García (2017) una alta autoestima se expresa a través de la aceptación y la responsabilidad de las propias acciones, la auto-motivación, la capacidad de tolerar el estrés y controlar las circunstancias del entorno. Por el contrario, una baja autoestima puede conllevar sentimientos de apatía, pasividad, aislamiento, locus de control externo, falta de confianza y ambigüedad sobre el propio valor personal.

Actualmente la autoestima sigue siendo un constructo psicológico complejo de conceptualizar y evaluar, hasta el punto que, algunos autores utilizan indistintamente los términos autoestima y autoconcepto para referirse al conocimiento que cada persona tiene de sí mismo (F. García y Muisitu, 2014; Mruk, 2013). Shavelson, Hubner y Stanton (1976) defienden que ambos conceptos pueden utilizarse indistintamente ya que las afirmaciones descriptivas y evaluativas que una persona realiza de sí misma están íntimamente relacionadas. En contraposición, Watkins y Dhawan (1989)

determinan que ambos constructos pueden diferenciarse claramente. Su conceptualización ha variado desde un enfoque simple, estático y unidimensional (Rosenberg, 1965) hasta un enfoque multidimensional que considera la autoestima como una entidad con múltiples facetas en que conviven aspectos constantes con otros aspectos cambiantes y maleables (F. García y Musitu, 2014; William y Papini, 1989). En cuanto a su evaluación, tradicionalmente se ha utilizado la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) que incluye diversos ítems relacionados con los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. No obstante, en los últimos años han aparecido otras escalas multidimensionales como el Autoconcepto Forma 5 (F. García y Musitu, 2014) que evalúa cinco dimensiones del autoconcepto: social, académico/profesional, emocional, familiar y físico).

En las últimas décadas se ha venido destacando la importancia de la autoestima como componente clave de la salud y del bienestar psicológico (Stevens, 1996). También se defiende, desde diversas áreas de la psicología, su importancia en la explicación del comportamiento humano (Markus y Wurf, 1987). Las personas con alta autoestima confían en sus capacidades y son capaces de afrontar una situación que conlleva un comportamiento de riesgo asociado. Por el contrario, las personas con baja autoestima poseen menos recursos positivos y, por tanto, son más vulnerables a la adopción de comportamientos de riesgo (Yang, Dedovic y Zhang, 2010). Esta variable ha sido incluida en diversos programas de prevención y promoción de la salud relacionados con la adicción a internet, el consumo de alcohol u otras drogas, el comportamiento agresivo y el comportamiento sexual de riesgo (Garofalo, Holden, Zeigler-Hill y Velotti, 2016; Oxley, 2001; Younes et al., 2016). No obstante, las implicaciones que presenta la autoestima en la adopción de comportamientos sexuales de riesgo no está completamente clara. Según Ruiz-Palomino et al. (2017) la literatura científica ha obtenido resultados en tres direcciones completamente diferentes.

Una parte de los trabajos establecen que la baja autoestima se asocia con algunos comportamientos sexuales de riesgo que incrementan la probabilidad de infectarse con el VIH u otra ITS (Gullette y Lyons, 2006; Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, Giménez-García, Gil-Juliá y Gil-Llario, 2018). En este sentido una investigación realizada en una muestra de mujeres afroamericanas establece que el nivel de autoestima constituye un predictor significativo de la conducta sexual de riesgo. Concretamente, la baja autoestima correlaciona positivamente con el número de parejas con las que se ha practicado sexo oral, el uso inconsistente del preservativo durante los últimos 90, el número de comportamientos de riesgo practicados durante el último año, las actitudes hacia el uso del preservativo y el nivel de autoeficacia (Sterk, Klein y Elifson, 2005). H. Klein, Elifson y Sterk (2010) realizan otro estudio cuyo objetivo es examinar la influencia que ejerce la autoestima en la adopción de riesgos relacionados con el VIH en una muestra compuesta por 238 jóvenes consumidores de éxtasis. Los resultados de los análisis multivariados indican que la baja autoestima está

asociada con diversas prácticas sexuales de riesgo como, un mayor número de parejas sexuales, mantener relaciones sexuales con múltiples parejas esporádicas, menor autoeficacia en el uso del preservativo y mayor consumo de drogas ilegales.

Otra parte de los estudios muestran que tener una alta autoestima puede influir negativa o positivamente en la adopción de comportamientos que comprometan o no la salud sexual (Salaazar et al., 2005; Ugoji, 2014). En este sentido, Ruiz-Palomino et al. (2017) realizan una investigación que analiza el efecto de la autoestima en la prevención del VIH en una muestra de 467 hombres y mujeres heterosexuales evaluada mediante la Escala de Autoestima de Rosenberg. Los resultados revelan la existencia de una relación positiva entre la autoestima y la autoeficacia en el uso del preservativo, la competencia percibida para el uso del preservativo, el número de parejas sexuales y la frecuencia con la que se practica la masturbación y el sexo oral. Por el contrario, se encuentran correlaciones negativas con la intención de usar el preservativo con parejas esporádicas y su uso con parejas estables. Congruentemente, Villegas et al. (2013) determinan que en mujeres norteamericanas la autoestima constituye un predictor significativo de la autoeficacia para el uso del preservativo.

Finalmente, existen otros estudios que no hallan asociación alguna entre ambas variables o que determina una asociación indirecta a través de otros constructos (Schick, Calabrese, Rima y Zucker, 2010). En este sentido MacDonald y Martineau (2002) concluyen que la autoestima influye indirectamente en la adopción de comportamientos de riesgo solo en aquellas personas que tienen un estado de ánimo negativo. Træen et al. (2014) realizan otro estudio que examina el efecto de la autoestima y la autoeficacia en la adopción conductas de riesgo en una muestra compuesta por 1.479 hombres que tienen sexo con hombres. Los resultados indican que el comportamiento sexual de riesgo no está mediado por el nivel de autoestima.

2.2. SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

La depresión es un trastorno psicológico caracterizado por la presencia de un estado de ánimo disfórico la mayor parte del día y una disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades. Además, se acompaña por alteraciones del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, pérdida de energía, baja autoestima, sentimientos de inutilidad disminución de la capacidad para pensar o concentrarse y, en los casos más graves, pérdida de las ganas de vivir y sentimientos de acabar con la vida (American Psychiatric Association, 2014). Estos síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Según Gómez-Maquet

(2010) la variabilidad del cuadro depresivo está mediado por el conjunto de síntomas que se pueden presentar; por la evolución temporal, tratándose en algunos casos de formas episódicas y en otros de un estado de síntomas permanente de modo casi continuo; y por la gravedad, teniendo en algunos casos estados más bien leves y en otros, más graves, en los cuales existen deseos o intentos de suicidio.

Algunos estudios indican que la sintomatología depresiva o el estado de ánimo depresivo puede influir en la adopción de comportamientos sexuales de riesgo (Morokoff et al., 2009). A pesar que el mecanismo por el que se da esta relación no está completamente claro, se han planteado diversas hipótesis explicativas.

Según Beck (2011) y el modelo cognitivo, en las personas con depresión aparece un sesgo en el procesamiento de la información que implica errores de razonamiento, produciendo pensamientos distorsionados e ilógicos. La presencia de esquemas cognitivos disfuncionales en una persona hace que su pauta de razonamiento tienda a cometer errores cognitivos. En este sentido, las personas con sintomatología depresiva valoran excesivamente los sucesos negativos, considerándolos frecuentes, duraderos e irreversibles. Algunos estudios determinan que el estado de ánimo deprimido puede interferir parcialmente en los procesos de autorregulación y toma de decisiones (American Psychiatric Association, 2014; Khan et al., 2009). Es decir, la capacidad para dirigir y orientar los pensamientos, sentimientos y acciones podría estar sustancialmente alterada cuando las personas experimentan trastornos del estado de ánimo. En el ámbito de la sexualidad puede percibirse como innecesario utilizar preservativo como consecuencia de una actitud fatalista o puede verse reducida la capacidad para negociar el uso del preservativo, así como la capacidad para negarse a realizar cualquier interacción sexual que no implique su uso (Brown et al., 2006; Mimiaga et al., 2015; Safren, Reisner, Herrick, Mimiaga y Stall, 2010).

En la actualidad, muchos estudios centran su atención en la prevención secundaria y/o terciaria del VIH analizando la influencia de la sintomatología depresiva en la adherencia al tratamiento antirretroviral (Chen y Raymond, 2017; Langebeek et al., 2014) o en el uso del preservativo por parte de personas que conviven con el VIH (Brickman, Propert, Voytek, Metzger y Gross, 2017). En cuanto a la prevención primaria la literatura científica proporciona pocos resultados sobre el papel que ejerce esta variable en la adopción de comportamientos preventivos. Concretamente, un metaanálisis realizado por Crepaz y Marks (2001) determinó que la sintomatología depresiva se asociaba con la adopción de comportamientos sexuales de riesgo. Según esta revisión la relación entre ambas variables se establecería en forma de U invertida. Es decir, aunque en general la sintomatología depresiva aumenta los comportamientos de riesgo, a medida que los síntomas se vuelven más severos las personas pueden tener poca libido o interés sexual

reduciendo así la probabilidad de que participar en cualquier actividad sexual. Acertadamente, este estudio diferencia entre sintomatología depresiva que efectivamente dificultaría el uso del preservativo y la depresión clínica (o Trastorno Depresivo mayor en el DSM-5) caracterizada por una ausencia de actividad sexual.

Los hallazgos de la relación entre la sintomatología y la adopción de conductas sexuales de riesgo son consistentes en hombres que tienen sexo con hombres (Chen y Raymond, 2017; Koblin et al., 2006), hombres heterosexuales (Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino et al., 2017) y mujeres heterosexuales (Lennon, Huedo-Medina, Gerwien y Johnson, 2012). En este sentido, Lennon et al. (2012) muestran mediante un metaanálisis los resultados de 10 estudios los cuales apoyan la hipótesis de que la depresión influye positivamente en la adopción de comportamientos de riesgo en mujeres heterosexuales. Además, exploran la efectividad de la intervención para disminuir los niveles de depresión y la conducta sexual de riesgo. Los resultados determinan que los grupos que reciben intervención disminuyen significativamente la depresión y el comportamiento sexual de riesgo. Así pues, la reducción de la sintomatología depresiva parece desempeñar un papel clave en la disminución de la conducta de riesgo. Congruentemente una investigación realizada con una muestra de 976 hombres sudafricanos establece que los hombres con síntomas depresivos refieren, en mayor medida, un uso no sistemático del preservativo en la última relación sexual (Nduna, Jewkes, Dunkle, Shai y Colman, 2010). Por su parte, Houston, Sandfort, Dolezal y Carballo-Diéguez (2012) realizan otro trabajo en hombres que tienen sexo con hombres cuyo objetivo es analizar si los síntomas depresivos están asociados con el uso no sistemático del preservativo y si, a su vez, esta relación depende del estado serológico. Los resultados determinan que en hombres VIH negativos, los síntomas depresivos están asociados con el uso inconsistente del preservativo. Para los participantes VIH positivos, los síntomas depresivos no se asocian con relaciones sexuales sin protección.

Por el contrario, existen otros estudios que no hallan relación alguna entre ambas variables (VanZile-Tamsen, Testa, Harlow y Livingston, 2006) o que consideran que la relación está mediada por otros constructos como, la autoeficacia (Alvy et al., 2011; Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino et al., 2017; Lee, Salman y Fitzpatrick, 2009) o la homofobia interiorizada (Frost, Parsons y Nanín, 2007). Concretamente, Crepaz y Marks (2001) realizaron un metaanálisis que examinaba la influencia de los negativos (sintomatología depresiva, ansiedad e ira) sobre el comportamiento sexual. Los resultados determinan que, en general, existe poca evidencia de la influencia que ejercen estos factores sobre la conducta sexual de riesgo. Concretamente, los tamaños del efecto no son significativos ni la ira ($r = .10$), ni en los síntomas depresivos ($r = .04$) ni en la ansiedad ($r = .03$). Paralelamente, Alvy et al. (2011) que analizan la asociación entre la sintomatología depresiva

y la asunción de riesgos una muestra de 1.540 HSH comprueban que la autoeficacia para el uso del preservativo y las estrategias de afrontamiento de escape cognitivo median entre la sintomatología depresiva y la conducta sexual de riesgo, sugiriendo que la vulnerabilidad psicosocial juega un papel importante en la adopción de conductas de salud.

2.3. HOMOFOBIA Y BIFOBIA

La homofobia se define como una actitud negativa hacia aquellas personas que aman y/o se sienten atraídas sexualmente por personas del mismo sexo e implica diferentes formas de discriminación como acoso, rechazo o violencia verbal y/o física (Herek, 2007). Este término fue acuñado por el tradicional y patologizador sobre la homosexualidad que hasta entonces imperaba. Esta visión ayudó a centrar la atención en los problemas de discriminación que sufrían las personas homosexuales por parte de la sociedad y no en la propia condición de homosexual (Herek, 2004).

Basándose en las investigaciones y teorías sobre el racismo, las actitudes y creencias homofóbicas pueden comprender desde actitudes discriminatorias explícitas y manifiestas en forma de agresiones psicológicas, verbales o físicas (Carrera-Fernández, Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro y Vallejo-Medina, 2013; D'augelli, Pilkington y Hershberger, 2002) hasta actitudes más sutiles e implícitas que permanecen aparentemente silenciadas e invisibles en la sociedad, tales como los discursos religiosos que hablan de la homosexualidad como patología o la difusión de la supuesta incapacidad de las personas homosexuales para ejercer el rol de padre o madre (Dominguez y Montalbán, 2017; Kirby, McKenzie-Green, McAra-Couper y Nayar, 2017; Moskowitz, Rieger y Roloff, 2010). Cabe destacar que diversas investigaciones determinan que este fenómeno está fuertemente influenciado por el género, ya que generalmente los hombres presentan actitudes más homofóbicas que las mujeres (García-Barba, Castro-Calvo, Salmerón-Sánchez y Ballester-Arnal, 2017; Romero, Morera y Wiebe, 2015).

La investigación actual sobre los prejuicios hacia las personas homosexuales distingue entre dos tipos de homofobia, una más tradicional y antigua y otra moderna (Morrison y Morrison, 2003). Mientras que la homofobia tradicional considera la homosexualidad antinatural y por tanto un pecado o enfermedad, la homofobia moderna considera que, si bien las personas homosexuales tienen derecho a existir, no necesitan una legislación específica que los proteja puesto que el rechazo hacia los gays y las lesbianas no existe.

Una de las actitudes homofóbicas más tradicionales y explícitas que todavía está presente en nuestra sociedad está circunscrita al ámbito del VIH. En este sentido algunas personas todavía consideran que el VIH y el sida están asociados inequívocamente con la práctica de coito anal

entre hombres homosexuales (Welch y Johnson, 1992). Esta idea tiene sus fundamentos en los primeros años de la epidemia del VIH donde algunos investigadores creyeron erróneamente que este virus sólo afectaba a hombres homosexuales (Sáez y Carrascosa, 2011), llegando a emplear nombres como "gay plague", "gay cancer" o "gay-related immune deficiency". Aunque posteriormente se demostró que no existían colectivos de riesgo sino prácticas de riesgo, el hecho de que en la actualidad los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres constituyan, en España y en otros los países desarrollados, uno de los subgrupos poblacionales más afectados por el VIH (Folch, Casabona, Muñoz y Zaragoza, 2005; Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017) sigue perpetuando esta idea entre algunos sectores de la población.

Las creencias homofóbicas que relacionan el VIH con los hombres homosexuales podrían ser una variable que explicase el uso no sistemático del preservativo. Campbell (1995) determina que el uso inconsistente del preservativo por parte de las personas heterosexuales podría ser un intento de desvincularse del sida debido al miedo homofóbico. Algunos hombres heterosexuales creen es muy poco probable infectarse con VIH al considerar que las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer son seguras y libres de riesgo (Flood, 2003). Un estudio llevado a cabo con jóvenes españoles concluye que el 99% de las personas encuestadas cree que el coito vaginal es una práctica que puede transmitir el VIH si no se utiliza preservativo, porcentaje que se reduce al 85.5% cuando se pregunta por el coito anal (Ballester et al., 2009).

En la actualidad existen pocos trabajos que analicen la influencia de las actitudes homofóbicas en el uso del preservativo en hombres y mujeres heterosexuales. Un estudio llevado a cabo por Welch y Johnson (1992) concluye que un mayor nivel de homofobia reduce la percepción de riesgo de infectarse por VIH en la práctica del coito anal sin preservativo entre un hombre y una mujer. Flood (2003) realiza un estudio cualitativo sobre prácticas sexuales de riesgo en una muestra de hombres heterosexuales australianos entre 18 y 26. Los resultados revelan que una de las cinco razones principales por la que los hombres no usan el preservativo está circunscrita a la imposibilidad percibida de infectarse por VIH al considerar que su círculo social, la "comunidad heterosexual" y las relaciones heterosexuales constituyen entornos seguros, sin peligro de VIH.

2.4. HOMOFOBIA Y BIFOBIA INTERIORIZADA

La homofobia interiorizada u homonegatividad interiorizada se define como "*la interiorización de actitudes homofóbicas imperantes en la sociedad por parte de las propias personas homosexuales o bisexuales*" (Newcomb y Mustanski, 2011). Según Flebus y Montano (2012) esta variable puede ser considerada como un constructo psicológico heterogéneo que incluiría:

incapacidad para visibilizarse públicamente como homosexual, sentimientos negativos relacionados con ser gay o lesbiana, deseo de cambiar la orientación sexual, prejuicios hacia los homosexuales, actitudes morales y religiosas negativas hacia la homosexualidad, actitudes negativas hacia el matrimonio entre personas del mismo sexo y la paternidad, incapacidad para aceptar la homosexualidad como una expresión natural de la sexualidad humana e incapacidad para participar en actividades organizadas por el colectivo LGTB (Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales).

Los prejuicios y las creencias negativas sobre la homosexualidad están tan extendidas en nuestra sociedad que la homofobia interiorizada es una característica común del desarrollo psicosocial de las personas homosexuales y bisexuales (Flebus y Montano, 2012). Es más, la persona con una orientación sexual diferente a la heterosexual sufre rechazo y/o aislamiento social mucho antes de reconocerse como homosexual o bisexual de manera que construye su identidad en base a este rechazo. A pesar de la exclusión de la homosexualidad de la lista de trastornos mentales y del progresivo reconocimiento de derechos legales y sociales que en algunos países han dado lugar a una mayor aceptación de la diversidad afectivo-sexual, las personas homosexuales todavía viven en un entorno social en el que impera la creencia cultural de que la heterosexualidad es la única orientación sexual normativa y tolerable. Por tanto, la homofobia interiorizada resulta del aprendizaje, consciente o inconsciente, de las opiniones negativas, los prejuicios, los estereotipos y los comportamientos homófobos característicos del contexto heterosexista en el que estamos inmersos. Según Gonsiorek (1995), la homofobia interiorizada puede manifestarse tanto a nivel consciente como inconsciente. La homofobia interiorizada manifiesta se presenta cuando las personas se sienten inferiores o de segunda clase de forma consciente. Estas creencias pueden derivar en comportamientos autodestructivos como el abuso de sustancias o las relaciones violentas. Dado lo psicológicamente doloroso y autodestructivo de esta situación, la mayoría de las personas que presentan homofobia interiorizada la exteriorizan de forma encubierta. Aunque estas personas muestran públicamente sentimientos y actitudes de autoaceptación, también albergan algunos mitos y prejuicios hacia su propia homosexualidad.

En la actualidad, diversas investigaciones han documentado los efectos negativos que la homofobia interiorizada puede tener sobre la salud mental de las personas no heterosexuales (Newcomb y Mustanski, 2011). Concretamente, un estudio llevado a cabo con una muestra de 220 gais y lesbianas por Igartua, Gill y Montoro (2003) encuentra cómo los sentimientos negativos sobre la propia orientación sexual se asociaron con, un mayor nivel de ansiedad, una mayor sintomatología depresiva y la presencia de ideación suicida. Estos resultados son apoyados por otras investigaciones similares (Gençöz y Yüksel, 2006; Lewis, Derlega, Griffin y Krowinski, 2003). Otros problemas

psicológicos relacionados con la homofobia interiorizada son: baja autoestima (Gençöz y Yüksel, 2006; Peterson y Gerrity, 2006), problemas de relación social (Gaines et al., 2005) o consumo de drogas (Morell-Mengual, Gil-Llario, Ballester-Arnal y Salmerón-Sánchez, 2017).

La homofobia interiorizada también presenta fuertes implicaciones para la salud sexual en hombres homosexuales (Newcomb y Mustanski, 2011; Pyun et al., 2014; Smolenski, Stigler, Ross, y Rosser, 2011), hombres que tienen sexo con hombres seropositivos (Amola y Grimmett, 2015; M. W. Ross, Rosser y Neumaier, 2008) y mujeres que tienen sexo con mujeres (I.R. Williamson, 2000). Crosby, Salazar, Mena y Geter (2016) realizan un estudio cuyo objetivo es evaluar el nivel de homofobia internalizada y su relación con la conducta sexual de riesgo en una muestra de hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres. Los resultados indican que los hombres con mayor nivel de homofobia interiorizada refirieron un menor uso del preservativo en el coito anal y en el sexo oral, menor frecuencia en la realización de las pruebas de detección de anticuerpos en los últimos 12 meses y menores habilidades para negociar el uso del preservativo con una nueva pareja. De manera similar, Rosario, Hunter, Maguen, Gwadz y Smith (2001) determinan que los hombres que sienten mayor incomodidad al revelar públicamente su orientación e identidad sexual son más propensos a haber mantenido relaciones sexuales anales sin protección. Ratti, Bakeman y Peterson (2000) investigan el comportamiento sexual de alto riesgo en una muestra de hombres canadienses y determinan que la homofobia interiorizada explica el 7% de la varianza en el sexo oral sin preservativo y el 5% de la varianza en el coito anal sin preservativo.

En contraste con las investigaciones anteriormente descritas, otros trabajos no reportan vínculos significativos entre la homofobia interiorizada y la conducta sexual de riesgo (Morell-Mengual et al., 2017; Newcomb y Mustanski, 2011) o presentan vínculos indirectos a través de otras variables (Ratti et al., 2000). En cuanto a la ausencia de vínculo entre ambas variables, Dudley, Rostosky, Korfhage y Zimmerman (2004) analizan la influencia de algunos constructos psicológicos sobre la conducta sexual de riesgo en una muestra de hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. Los resultados determinan que la homofobia interiorizada no se relaciona con la frecuencia de uso del preservativo en el sexo anal en los 3 últimos meses. Por lo que se refiere a la presencia de vínculos indirectos entre variables, Parsons, Bimbi, Koken y Halkitis (2005) establecen una relación indirecta entre la homofobia interiorizada y la conducta sexual de riesgo a través del abuso sexual infantil. De manera similar, Kashubeck-West y Szymanski (2008) establecen una relación indirecta entre ambas variables a través del consumo de drogas en el contexto previo a una relación sexual o durante la actividad sexual. Por su parte, Dew y Chaney (2005) determinan que la homofobia interiorizada se asocia con la compulsividad sexual y es esta variable la que se asocia, a su vez, con comportamientos sexuales de riesgo, tanto en el sexo oral como en el coito anal.

3. VARIABLES CONDUCTUALES

Las variables de carácter conductual constituyen el medio a través del cual las personas realizan una determinada acción dirigida a conseguir un objetivo específico. Los diversos modelos explicativos de promoción de la salud (ver capítulo 3) recogen diversas variables conductuales indispensables en la prevención de la conducta sexual de riesgo. Específicamente, las variables analizadas en este epígrafe son el consumo de alcohol y otras drogas (recogido en la Teoría de la Conducta Planeada y en el Modelo Transteórico el Cambio); la asertividad sexual (establecida en el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales y en la Teoría Cognitivo-Social) y la compulsividad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales (contempladas indirectamente en el Modelo de Creencias de Salud y en la Teoría de la Conducta Planeada).

3.1. CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

El consumo de alcohol y otras sustancias estupefacientes constituye en la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública. Según la Encuesta sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES) realizada por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2017) en 2015 un 62.1% de la población de 15 a 64 años había consumido alcohol en los últimos treinta días previos a la realización de la encuesta, concentrándose el consumo en los fines de semana especialmente en los jóvenes entre 15 y 34 años. La proporción que lo había hecho diariamente en este mismo período fue más reducida, alrededor del 9.3% de la población entrevistada. A pesar de que el alcohol es la sustancia psicoactiva más extendida entre la población, los datos del estudio indican un consumo moderado de otros tipos de drogas en los últimos doce meses como el cannabis (9.5%), los hipnosedantes sin receta (2.3%), la cocaína en polvo y/o base (2%), el éxtasis (0.6%), los alucinógenos (0.6%) y las anfetaminas/speed (0.5%).

En los últimos 12 meses, la extensión del consumo de drogas es superior en todas las sustancias en hombres, a excepción de los hipnosedantes, aunque las diferencias se han reducido en los últimos años en el caso del alcohol o el cannabis (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2017). En cuanto a la evolución de la frecuencia de consumo de diferentes sustancias se observa un aumento en el año 2009 en el caso del alcohol, el éxtasis y el cannabis, en el 2003 del cannabis, en el 2013 de la cocaína, y una prevalencia estable en el caso de los alucinógenos.

Se trata por tanto de un problema grave de salud que afecta a una parte importante de la sociedad, en su mayoría joven, y de forma diferencial en función del género y la orientación sexual (Gil et al., 2010; Marshal, Friedman, Stall y Thompson, 2009). En cuanto a la influencia del género, un estudio realizado por Gil et al. (2010) en el que se analiza la frecuencia de relaciones sexuales

bajo los efectos del alcohol y otras drogas concluye que los hombres obtienen un porcentaje medio superior tanto en la frecuencia de consumo de alcohol (29.3%) como de otras drogas (12.7%) en su última relación sexual, con respecto a las mujeres (17% y 5.6%, respectivamente).

En cuanto a la influencia de la orientación sexual, Marshal et al. (2009) realizan un estudio longitudinal que realiza un análisis sistemático de las trayectorias individuales de consumo de sustancias en personas heterosexuales y homosexuales. Los resultados determinan que los hombres y mujeres homosexuales refieren mayores tasas de consumo de sustancias durante la adolescencia. Durante la juventud, el consumo de sustancia estupefacientes sigue siendo mayor entre las personas homosexuales.

El abuso del alcohol y las drogas genera múltiples problemas personales e individuales tales como desarrollo de trastornos psicopatológicos, déficit en el ajuste psicológico, comportamiento agresivo o violento y lesiones o muertes asociadas a accidentes de tráfico (Saban y Flisher, 2010). No obstante, a pesar de las numerosas consecuencias que el consumo de drogas tiene para la salud, muchas personas presentan una baja percepción de riesgo asociada sobretodo, aunque no exclusivamente, a las sustancias que pueden adquirirse legalmente. Por si fuera poco, numerosos estudios concluyen la existencia de una gran cantidad de personas que mantienen relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas. En algunos casos las sustancias se toman en el contexto previo a la relación sexual (Becoña et al., 2011) y en otros casos su consumo se mantiene durante la actividad sexual (Bourne et al., 2015; McCall et al., 2015).

Algunas teorías han intentado proporcionar una explicación en relación al consumo de sustancias asociado a la conducta de riesgo. Concretamente, Steele y Josephs (1990) proponen la Teoría de la Miopía Alcohólica para explicar los efectos del alcohol en el comportamiento social. De acuerdo con este, el alcohol es una sustancia que reduce la capacidad cognitiva y propicia que las personas se centren únicamente en las señales más salientes (por ejemplo, la intimidad y el placer sexual inmediato). Las señales menos salientes (por ejemplo, la sospecha de que la pareja podría estar infectada con el VIH u otra ITS) requieren recursos cognitivos adicionales para su procesamiento y, por tanto, es menos probable que una persona que está bajo la influencia del alcohol evalúe dichos riesgos. Por lo tanto, cuando se está intoxicado, la capacidad de considerar estas señales inhibitorias disminuye y es menos probable que se ponga en práctica la conducta de salud. Además, esta teoría subraya que el efecto del alcohol sobre la cognición es lineal, por tanto, cuanto más intoxicada está una persona, más grande será su miopía.

Los efectos del alcohol u otras drogas sobre la conducta son amplios e incluyen, entre otros aspectos, una fuerte interferencia en el juicio o en el proceso de toma de decisiones Steele y

Josephs (1990). Cuando una persona está bajo los efectos de alguna sustancia estupefaciente tiene una percepción incrementada respecto a la posibilidad de mantener un encuentro sexual y esto conlleva una mayor probabilidad de adoptar alguna conducta de riesgo (Gil et al., 2010). Un metaanálisis realizado por Leigh (2002) que analiza datos de ocho estudios sobre la influencia que ejerce el consumo de alcohol u otras drogas sobre el uso del preservativo concluye que las personas que consumen cualquier tipo de sustancia estupefaciente en el contexto previo a una relación sexual son menos propensas a usar el preservativo de forma consistente. Por el contrario, otras investigaciones han concluido que mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o de otras drogas reduce la probabilidad de realizar conductas sexuales de alto riesgo, como la no utilización del preservativo (Kerr, Washburn, Morris, Lewis y Tiberio, 2015; Walsh et al., 2014). Por tanto, los resultados obtenidos en los estudios que analizan la asociación entre ambas variables son inconsistentes (Allen, Myers y Ray, 2015).

En el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres, una investigación realizada por Jacques et al. (2015) determina que el consumo de ciertas drogas es una parte normativa de las dinámicas sexuales e incide directamente en algunas prácticas. Así, por ejemplo, la cocaína no solo se consume por sus efectos recreativos, sino que también se consume buscando sus propiedades analgésicas y dilatadoras del esfínter anal. Las drogas más consumidas son los nitritos inhalados o *poppers* (33.8% en los menores de 30 años y 41.8% en los mayores de 30 años), el cannabis (39% en los menores de 30 años y 24.8% en los mayores de 30 años) y la cocaína (22.1% en los menores de 30 años y 18.6% en los mayores de 30 años) (Folch et al., 2010). Por su parte, otro estudio llevado a cabo con una muestra de 80 HSH revela que el 66.3% afirma haber mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas, siendo la marihuana (47.7%), la cocaína (10.4%) y el Popper (8.8%) las drogas más consumidas (Hernández, Caudillo y Flores, 2017).

A pesar que la literatura es inconsistente en su apoyo a la existencia de una asociación significativa entre el consumo de drogas y el uso del preservativo, varios estudios realizados específicamente en hombres que tienen sexo con hombres obtienen una relación significativa (Folch et al., 2015). Un estudio online realizado con una muestra de 2.916 hombres homosexuales y bisexuales determina que el consumo de alcohol, poppers, metanfetamina, cocaína y marihuana incrementa la probabilidad de mantener relaciones sexuales anales sin preservativo (Hirshfield, Remien, Humberstone, Walavalkar y Chiasson, 2004). Según Tobin, Yang, King, Latkin y Curriero (2016) los hombres que consumen más de una droga de forma simultánea son más propensos a referir conductas sexuales de riesgo como el sexo anal u oral sin preservativo.

Contrariamente, un metaanálisis realizado Vosburgh, Mansergh, Sullivan y Purcell (2012) que analiza la influencia del consumo de once drogas diferentes sobre el uso del preservativo en

diversas muestras de hombres que tienen sexo con hombres determina que únicamente el consumo de metanfetamina y el abuso de alcohol se asocian consistentemente con el comportamiento sexual de riesgo. Además, Purcell, Moss, Remien, Woods y Parsons (2005) destacan que el consumo de alcohol, metanfetamina, poppers o ketamina ingerido en el contexto previo a una relación sexual únicamente incrementa la probabilidad de adoptar comportamientos de riesgo en personas VIH positivas o que desconocen su estado serológico, pero no en personas VIH negativas.

En hombres y mujeres heterosexuales, Becoña et al. (2011) realizan un estudio donde analizan la frecuencia con la que se mantienen relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol u otras drogas en una muestra de 607 jóvenes consumidores de cocaína y/o éxtasis. Entre las personas que refieren haber consumido cocaína en el último año, el 66.6% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol (el 57.7% algunas veces, el 7.6% la mayoría de las veces y el 1.5% siempre) y el 23.4% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de otras drogas (el 17.1% algunas veces, el 5.1% la mayoría de las veces y el 1.2% siempre). Entre las personas que refieren haber consumido éxtasis en el último año, el 70.1% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol (el 59% algunas veces, el 8.9% la mayoría de las veces y el 2.2% siempre) y el 29% ha mantenido relaciones sexuales bajo el efecto de otras drogas (el 22.1% algunas veces, el 4.8% la mayoría de las veces y el 2.1% siempre).

Rehm, Shield, Joharchi y Shuper (2012) realizan otro metaanálisis que recoge 12 estudios que analizan la asociación entre nivel de alcohol en sangre y la probabilidad autopercebida de usar preservativo durante el coito. En general los resultados avalan la asociación entre ambas variables, en el sentido de que cuanto mayor es el consumo de alcohol mayor será la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección. Por su parte, Smith et al. (2010) llevan a cabo un trabajo que analiza la asociación entre el consumo de cannabis y el comportamiento sexual de riesgo en una muestra de 8.656 australianos entre 16 y 64 años. Los resultados indican que el consumo de cannabis se asocia con un mayor número de parejas sexuales, tanto para hombres como para mujeres. Por su parte, el consumo diario de cannabis incrementa la probabilidad de haber recibido un diagnóstico de una ITS, si bien esta asociación solo aparece en mujeres. Seth, Wingood, DiClemente y Robinson (2011) centran su atención en mujeres analizando la relación existente entre el consumo de alcohol y las conductas sexuales de riesgo. Los análisis de regresión logística concluyen que las mujeres que consumen alcohol son más propensas a mantener relaciones sexuales con múltiples parejas. Además, el consumo de alcohol aumenta la probabilidad de haber recibido un diagnóstico positivo por alguna ITS y disminuye la frecuencia de uso del preservativo con parejas ocasionales durante los 12 últimos meses.

En contraposición a los resultados previamente descritos, Neilson, Eakins, Davis, Norris y George (2017) realizan un trabajo en el que analizan minuciosamente el papel que ejerce la intoxicación etílica aguda sobre la capacidad para negociar y usar el preservativo en una muestra de 313 hombres heterosexuales consumidores no problemáticos de alcohol entre 21 y 30 años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a una de las cuatro condiciones experimentales: sin alcohol, placebo, dosis baja de alcohol (.04%) o dosis alta de alcohol (.08%). Los resultados del estudio revelan que los hombres que recibieron una dosis alta de alcohol reportaron intenciones más altas de usar preservativos que aquellos que recibieron una dosis más baja.

3.2. ASERTIVIDAD SEXUAL

El estudio de las habilidades sociales en las distintas áreas de la psicología ha sido y es uno de los temas más relevantes en las últimas décadas. Según Gismero (1998) la conducta socialmente habilidosa o asertiva es el conjunto de respuestas verbales y no verbales mediante las que una persona expresa, en un determinado contexto, sus necesidades, preferencias, opiniones, sentimientos o derechos sin una ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en las demás personas, que conlleva un auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir un refuerzo externo.

MacGreene y Navarro (1998) destacan que la asertividad (AS) es una habilidad específica adscrita a cada situación. En este sentido, existen personas con una gran capacidad para defender los propios derechos o expresar enfado o disconformidad que no poseen suficientes habilidades para iniciar, por ejemplo, interacciones sexuales positivas o negociar el uso del preservativo. Por tanto, es necesario evaluar el nivel de asertividad en situaciones específicamente sexuales empleando instrumentos y técnicas que recojan este constructo específico.

La asertividad sexual ha sido, cada vez más, una variable incluida en las teorías que explican la conducta sexual de riesgo (Noar, 2007). Las teorías más recientes, como el Modelo de Habilidades de Conducta-Información-Motivación (J.D. Fisher y Fisher, 1992), incluyen un componente de comunicación diádica que establece que las habilidades de comunicación sexual son estrategias necesarias para el uso consistente del preservativo. Otras teorías más clásicas, como el Modelo de Acción Razonada (Ajzen, 1991) y la Teoría Social Cognitiva (Bandura, 1977) han ampliado sus planteamientos iniciales para incorporar el papel de la comunicación sexual como una variable moduladora que puede explicar el uso del preservativo a través de las actitudes (Widman, Golin y Noar, 2013).

La asertividad sexual ha sido conceptualizada de diferentes formas. Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad propuesta por Morokoff et al. (1997) define esta habilidad como

la capacidad para iniciar la actividad sexual, rechazar toda actividad sexual no deseada y negociar las prácticas sexuales deseadas. Por su parte, Dunn, Lloyd y Phelps (1979) defendieron años atrás este constructo como «*el reconocimiento de uno mismo como un ser sexual y el uso, con poca ansiedad, de un conjunto de habilidades conductuales para obtener satisfacción sexual de uno mismo y de su pareja*» (p. 294). En general, las personas con alta asertividad sexual se caracterizan por (Kelley, Orchowski y Gidycz, 2016; Kennedy y Jenkins, 2011; Morokoff et al., 1997): iniciar la relación sexual y dominar la situación para que acontezca de la forma deseada; evitar y/o rechazar una relación sexual o una práctica sexual no deseada; e insistir y negociar el uso de métodos anticonceptivos de barrera a pesar de la existencia de presiones por parte de la pareja para no utilizarlos.

En esta área resulta muy importante distinguir entre la comunicación sexual y la asertividad sexual. Según Noar, Carlyle y Cole (2006) la comunicación sexual referida al condón constituye únicamente una discusión informativa sobre el uso del preservativo; por el contrario, la asertividad sexual constituye una conversación persuasiva, en la que una de las partes trata de convencer a la otra para que se use el preservativo. Además, los estudios que compararan ambas variables determinan que la comunicación persuasiva tiene mayores probabilidades de éxito que la comunicación informativa (Zamboni, Crawford y Williams, 2000).

Actualmente la literatura científica apoya la idea de que la asertividad sexual constituye un elemento central de la sexualidad humana relacionado con la adopción de conductas de salud (Javier et al., 2008; Morokoff et al., 1997; Widman, Noar, Choukas-Bradley y Francis, 2014). Concretamente, un metaanálisis realizado por Noar et al. (2006) que analiza datos de 55 estudios con un tamaño poblacional acumulado de 18.529 sujetos confirma la relación existente entre la comunicación sexual y el uso del preservativo; encontrando además varios factores que moderan esta relación, como el tema y el formato de la comunicación. Específicamente, la relación entre las habilidades comunicativas y el uso del preservativo es más fuerte en aquellos estudios que evalúan específicamente la asertividad para el uso de métodos preventivos. Finalmente, cabe destacar que el efecto de la relación entre ambas variables se mantiene tanto en estudios longitudinales como en estudios transversales.

A pesar que los resultados en distintos subgrupos poblaciones son consistentes (Santos-Iglesias y Iglesias, 2010), los hallazgos previamente descritos no analizan de forma independiente variables como el género y la orientación sexual; y, por lo tanto, no está claro si la asertividad influye del mismo modo en hombres y mujeres, en homosexuales o bisexuales y heterosexuales. Sin embargo, se sabe que los patrones de interacción y socialización sexual difieren significativamente de unos colectivos a otros. Por ejemplo, las mujeres que tienen sexo con mujeres tienen

menor probabilidad de negociar el uso del preservativo o la barrera de látex al haberse socializado en una cultura que invisibiliza su sexualidad y sus riesgos para la salud (Arend, 2000; Logie et al., 2014; Orcasita et al., 2014). En este sentido, Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López y Agudelo (2007) realizan un estudio con una muestra de 225 mujeres y 105 hombres cuyo objetivo es analizar las variables predictoras del uso del preservativo femenino. Los resultados indican que, tanto en chicos como en chicas, la disposición a hablar con una pareja para proponer y negociar el uso del preservativo es una de las variables que mejor explican el uso de este método preventivo. Por su parte, Noar, Morokoff y Redding (2002) analizan la influencia de la asertividad sexual en el uso de métodos preventivos en una muestra de hombres determinando que aquellos hombres con mayores habilidades de comunicación y negociación son significativamente menos propensos a mantener relaciones sexuales sin protección.

Robles et al. (2006) indagan los efectos de un entrenamiento en habilidades de comunicación sexual y uso correcto y consistente del preservativo en una muestra de hombres y mujeres jóvenes sexualmente activos. La evaluación realizada tras la intervención establece que el grupo que ha recibido el entrenamiento conductual refiere mayores habilidades para iniciar y mantener una conversación sobre sexualidad, así como en la capacidad para negociar y usar correctamente el preservativo. En cuanto a las medidas conductuales se observa un incremento en el uso del preservativo en la última relación sexual. Congruentemente, Javier et al. (2008) implementan una intervención preventiva para el VIH basada en la teoría del aprendizaje social en muestra de 214 mujeres heterosexuales donde se trabajaba, la comunicación sexual asertiva, las habilidades de negociación y la autoeficacia del uso del preservativo. Los resultados revelan que las mujeres que participan en la intervención refirieron una mayor capacidad para proponer o negociar el uso del preservativo, siendo esta variable un predictor significativo de su uso.

3.3. COMPULSIVIDAD SEXUAL

El término compulsividad sexual fue introducido por primera vez por el terapeuta sexual Michael Quadland (1985). Aunque en la actualidad no existe una única postura sobre cómo describir y entender este constructo psicológico, ni tan siquiera en el término a utilizar para su definición (por ejemplo, hipersexualidad, impulsividad sexual, deseo sexual hiperactivo, conducta sexual compulsiva, etc.), algunos autores establecen la coexistencia de tres visiones diferenciadas según su conceptualización desde un punto de vista categórico o dimensional (Castro-Calvo, Ballester-Arnal y Gil-Llario, 2015). Entre quienes defienden el carácter categorial (es decir, como una patología que requiere diagnóstico e intervención) existen autores que consideran la compulsividad

sexual un trastorno de naturaleza sexual, cuya etiqueta diagnóstica sería hipersexualidad (Kafka, 2010). Por otro lado, otros autores la consideran una adicción no tóxica, es decir comportamental o psicológica, por lo que prefieren emplear el término de adicción al sexo (Goodman, 1992). Finalmente, existe una visión completamente opuesta que considera la compulsividad sexual como una dimensión que, si bien su extremo superior correspondería con un diagnóstico clínico, puede presentar diferentes grados no patológicos e influir, en mayor o menor medida, sobre la conducta sexual de los individuos (Kalichman y Cain, 2004).

Desde una perspectiva dimensional, Kalichman y Cain (2004) definen la compulsividad sexual como un constructo o rasgo psicológico caracterizado por una fuerte desinhibición sexual y un pobre control de impulsos sexuales que provoca problemas en la vida diaria, perturbaciones en las relaciones sociales y dificultades laborales. En este sentido, las personas con alta compulsividad sexual se caracterizan por una elevada frecuencia de la actividad sexual; una incapacidad por mantener relaciones estables; un consumo excesivo de material pornográfico; una inversión de tiempo exagerada fantaseando con encuentros sexuales o pensamientos eróticos; y una racionalización y minimización de las consecuencias de su conducta (Kafka, 2010; Kalichman y Rompa, 1995; Liao, Lau, Tsui, Gu y Wang, 2015).

Diversos trabajos atribuyen a la compulsividad una fuerte base biológica. Kafka (2010) y Mes-ton y Frohlich (2000) establecen que el incremento del nivel de dopamina y el decremento de los niveles de serotonina constituiría un patrón anormal de neurotransmisión que explicaría la respuesta sexual desmedida. Según la hipótesis de desregulación de la dopamina, la actividad sexual serviría como estimulante endógeno de la liberación de dopamina que aumentaría significativamente los niveles basales de este neurotransmisor; una vez el cerebro se hubiese habituado a estos niveles, el sexo perdería su función recreativa y se convertiría gradualmente en una necesidad mediante la cual regular los niveles de dopamina (Hall, 2011).

Indiscutiblemente, desde una concepción biopsicosocial existen también algunas variables psicológicas (por ejemplo, la búsqueda de sensaciones sexuales y la sintomatología depresiva) y sociales (por ejemplo, la edad, el género o la orientación sexual) que ejercen una fuerte influencia sobre este constructo. En este sentido, se han realizado numerosas investigaciones que demuestran la existencia de un vínculo positivo y significativo entre la compulsividad sexual y la sintomatología depresiva (Schultz, Hook, Davis, Penberthy y Reid, 2014) y búsqueda de sensaciones sexuales (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez, Gil-Llario y Salmerón-Sánchez, 2013). En cuanto a la orientación sexual, los investigadores determinan que los niveles de compulsividad son significativamente más altos en personas homosexuales y bisexuales que en personas heterosexuales (Missildine, Feldstein, Punzalan y Parsons, 2005). En una reciente revisión, Muise, Milhausen,

Cole y Graham (2013) analizan el nivel de compulsividad sexual en hombres y mujeres con diferentes orientaciones sexuales. Los resultados determinan que las puntuaciones medias de los hombres heterosexuales oscilaban entre 14 y 18 puntos mientras que las de hombres homosexuales o bisexuales se sitúa entre 16.5 y 20 puntos. En mujeres sucedía algo similar, con un rango de puntuación entre 11 y 14.3 en mujeres heterosexuales y entre 14 y 17.1 en mujeres homosexuales o bisexuales.

La compulsividad sexual también se asocia con algunos comportamientos sexuales de riesgo que incrementan la probabilidad de infectarse con el VIH u otra ITS (Dodge, Reece, Cole y Sandfort, 2004; Parsons, Grov y Golub, 2012). Por tanto, esta variable resulta útil en la comprensión de la conducta sexual. Aunque generalmente los estudios se han centrado en la influencia que ejerce esta dimensión en población homosexual masculina (Grov, Parsons y Bimbi, 2010) también se han desarrollado estudios con hombres y mujeres heterosexuales (Liao et al., 2015; McBride, Reece y Sanders, 2008) e incluso con mujeres que tienen sexo con mujeres (Castro-Calvo et al., 2016).

Diversos estudios realizados con hombres que tienen sexo con hombres determinan que esta variable se asocia con mayores niveles de homofobia interiorizada (Dew y Chaney, 2005), mantener relaciones sexuales bajo la influencia de alcohol u otras drogas (Grov et al., 2010) un mayor número de parejas sexuales (Schnarrs et al., 2010) y practicar coito anal receptivo o insertivo sin protección (Coleman et al., 2010; Smolenski, Ross, Risser y Rosser, 2009). Específicamente, Grov et al. (2010) realizan un estudio en el que analizan la asociación entre la compulsividad sexual y la conducta sexual de riesgo en una muestra de 1.214 hombres homosexuales y bisexuales estadounidenses. Los resultados determinan que la compulsividad sexual se asocia con diversas conductas de riesgo, incluyendo la práctica del coito anal receptivo o insertivo sin preservativo con parejas del mismo o diferente estado serológico; el consumo de drogas en el contexto previo a una relación sexual; el *barebacking* o la preferencia por mantener relaciones sexuales sin preservativo; el número de parejas sexuales y el interés por mantener relaciones sexuales desprotegidas. Esta variable también se asocia con haber realizado distintas prácticas sexuales no normativas (por ejemplo, sexo en grupo, *fisting*, intercambio de semen entre bocas, etc.), que incrementan el riesgo de transmisión del VIH. Congruentemente, otra investigación similar realizada por Parsons y Bimbi (2007) determina que los hombres que adoptan conductas sexuales de riesgo voluntaria y conscientemente (identidad *bareback*) presentan altos niveles de compulsividad sexual.

Las investigaciones realizadas con hombres y mujeres heterosexuales se han centrado en la influencia que ejerce la compulsividad sexual en el uso del preservativo. En este sentido los resultados determinan que, al igual que sucede el colectivo de HSH, las personas con altas puntuaciones en compulsividad sexual refieren un mayor número de conductas sexuales de riesgo y un mayor

número de parejas sexuales (Ballester-Arnal, Gómez-Martínez et al., 2013; McCoul y Haslam, 2001). En este sentido, una investigación realizada por Dodge et al. (2004), en una muestra de hombres, establece que las personas con alta compulsividad sexual presentan un uso inconsistente del preservativo, mantienen relaciones sexuales con un mayor número de parejas esporádicas y presentan mayores tasas de prevalencia e incidencia de ITS. En esta línea, Liao et al. (2015) determinan que los hombres con mayor compulsividad han mantenido relaciones sexuales con múltiples parejas en los últimos 6 meses, refieren un uso inconsistente del preservativo con parejas esporádicas y presentan mayores tasas de incidencia de diversas ITS. En mujeres, Stupiansky, Reece, Middlestadt, Finn y Sherwood-Laughlin (2009) realizan una investigación que analiza la influencia de la compulsividad sexual en las relaciones sexuales con parejas esporádicas. Los resultados concluyen que las mujeres que puntúan más alto en compulsividad sexual son cuatro veces más propensas a practicar sexo oral y vaginal con una pareja con la que no se tienen una relación estable.

Respecto al colectivo de mujeres que tienen sexo con mujeres, uno de los pocos trabajos que analiza la influencia que ejerce la compulsividad sexual en el uso de métodos preventivos con parejas estables y parejas esporádicas determina que la frecuencia con la que se usa la barrera de látex no se relaciona con esta variable ni en la práctica del cunnilingus, del anilingus o del tribadismo (Castro-Calvo et al., 2016).

3.4. BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES

La Búsqueda de Sensaciones Sexuales (BSS) o Sexual Sensation Seeking es un rasgo de personalidad caracterizado por la tendencia a conseguir niveles óptimos de excitación sexual y a implicarse en experiencias sexuales novedosas (Kalichman et al., 1994). Las personas con alta búsqueda de sensaciones sexuales se caracterizan por participar en actividades o situaciones capaces de provocar experiencias intensas e inusuales (por ejemplo, uso de juguetes sexuales, videos eróticos, encuentros sexuales desinhibidos, sensaciones físicas intensas, etc.) que las personas con baja búsqueda de sensaciones sexuales valorarían como peligrosas o arriesgadas. La diferencia entre ambos grupos radica en la distinta valoración que se hace del peligro (Chico, 2000). En general son más sensibles a la recompensa que al castigo y por ello prefieren los beneficios inmediatos que les aportan las prácticas sexuales de riesgo que las consecuencias negativas posteriores. Tradicionalmente, la BSS ha sido evaluada mediante la Sensation Seeking Scale (Kalichman y Rompa, 1995) que incluye diversos ítems relacionados con las conductas sexuales. No obstante, recientemente DiClemente et al. (2010) han desarrollado un instrumento específico para población adolescente, la Sexual Sensation Seeking Scale for Adolescents (SSSA).

La investigación atribuye a la búsqueda de sensaciones una base biológica y un alto grado de heredabilidad (Roberti, 2004). Distintos marcadores bioquímicos como el nivel de monoaminooxidasa (MAO) (Carrasco, Saiz-Ruiz, Díaz-Marsá, Cesar y López-Ibor, 1999; Ward, Catts, Norman, Burrows y McConaghy, 1987), los niveles de testosterona y los niveles de noradrenalina (Gerra et al., 1999) han demostrado una relación significativa con el rasgo de búsqueda de sensaciones. Las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones tienen niveles bajos de MAO. Por su parte, los niveles de testosterona y noradrenalina están positivamente correlacionados con la búsqueda de sensaciones.

Stoel, De Geus y Boomsma (2006) realizan un análisis del grado de heredabilidad de la búsqueda de sensaciones en una muestra de gemelos monocigóticos y dicigóticos. Los resultados revelaron que entre el 30% - 60% de la varianza podría atribuirse a la herencia. Por tanto, resulta factible pensar que dicho constructo resulte también modulado por variables psicosociales como, el género, la edad, la orientación sexual y la compulsividad sexual. Los estudios revelan que los hombres buscan en promedio más sensaciones sexuales que las mujeres, independientemente del contexto cultural de la muestra analizada (Gaither y Sellbom, 2003; Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal, Giménez-García y Castro-Calvo, 2015; Gullette y Lyons, 2006). Con respecto a la edad, la búsqueda de sensaciones es más pronunciada durante la adolescencia y la juventud, disminuyendo gradualmente en la adultez (Chico, 2000).

Los estudios comparativos en función de la orientación sexual presentan resultados contrapuestos. Un estudio llevado a cabo con hombres norteamericanos determina que las homosexuales buscan más sensaciones que los heterosexuales (McCoul y Haslam, 2001). Por su parte, otro trabajo donde se evalúa la búsqueda específica de sensaciones sexuales determina que las personas heterosexuales son quienes más sensaciones sexuales buscan, aunque esas diferencias vienen moduladas por el género. Las mujeres heterosexuales buscan más sensaciones sexuales que las mujeres homosexuales. Entre los hombres no se hallan diferencias significativas, por lo que ambos buscan el mismo nivel de sensaciones sexuales (Gil-Llario et al., 2015).

Diferentes investigaciones sobre factores de riesgo para la infección por VIH han demostrado que la búsqueda de sensaciones sexuales es uno de los predictores más potente del comportamiento sexual de riesgo (Hoyle, Fejfar y Miller, 2000) que incrementa hasta en un 7% la probabilidad de no usar preservativo (Gil-Llario, Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal y Morell-Mengual, 2016). Además, también se ha establecido que la búsqueda de sensaciones sexuales influye en el mantenimiento de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras drogas (Heidinger, Gorgens, y Morgenstern, 2015; Hendershot, Stoner, George y Norris, 2007; Kalichman et al., 1994). Estas relaciones han sido ampliamente evaluadas en diversas poblaciones.

En hombres y mujeres heterosexuales la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona positivamente con la experiencia y la excitación sexual, la realización de comportamientos sexuales de riesgo y el consumo de alcohol previo a un encuentro sexual (Hendershot et al., 2007; Mashegoane, Moalusi, Ngoepe y Peltzer, 2002; Norris et al., 2009). Los estudios realizados únicamente con hombres heterosexuales concluyen que la búsqueda de sensaciones sexuales incrementa significativamente el riesgo de practicar coito vaginal y anal sin preservativo (Hess, Reynolds y Fisher, 2014). En este sentido, McCoul y Haslam (2001) comprueban que esta variable está relacionada positivamente con la frecuencia con la que se mantienen relaciones sexuales sin preservativo y el número de parejas sexuales.

Con respecto a las mujeres, un estudio llevado a cabo por Gaither y Sellbom (2003) en población universitaria indica que la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona positivamente con el número de parejas con las que se mantienen relaciones sexuales en los tres últimos y con el número de encuentros sexuales en los que no se usa el preservativo. Congruentemente, un estudio longitudinal llevado a cabo por Voisin, Tan y DiClemente (2013) con una muestra de 715 mujeres estadounidenses que analiza si la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona longitudinalmente con algunos factores relacionados con las ITS establece que efectivamente esta variable se relaciona con el uso inconsistente del preservativo, el número de parejas sexuales, la frecuencia de comunicación sexual con la pareja, la autoeficacia para rechazar relaciones sexuales no protegidas y el temor a la negociación del uso del preservativo.

En hombres que tienen sexo con otros hombres la búsqueda de sensaciones sexuales se relaciona con la experiencia sexual, la realización de comportamientos sexuales de riesgo y un mayor consumo de alcohol u otras drogas antes de un encuentro sexual (Heidinger et al., 2015; Matarelli, 2013). Específicamente, Berg (2008) realiza un estudio cuyo objetivo es identificar los factores de riesgo asociados con el sexo sin preservativo o "*barebacking*" en una muestra de 240 HSH que buscan parejas online. Los resultados determinan que la búsqueda de sensaciones sexuales se asocia significativamente con esta práctica. Congruentemente, otro estudio realizado por Gao et al. (2017) afirma que los HSH con alta puntuación de búsqueda de sensaciones sexuales tienen mayores actitudes negativas hacia el uso del preservativo, mayor número de parejas sexuales esporádicas y mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales en grupo. Finalmente, los estudios de Kalichman et al. (1994) y Kalichman y Rompa (1995) determinaron que esta variable correlaciona de forma positiva con la práctica del coito anal sin preservativo, el número de parejas con las que se han mantenido relaciones sexuales a lo largo de la vida, el consumo de alcohol en el contexto previo a una relación sexual y la compulsividad sexual.

4. ESTRESORES VITALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

Los estresores relacionados con la vivencia de la sexualidad constituyen experiencias negativas relacionadas con la violencia y la humillación que acontecen a lo largo de la vida, sobre todo durante la infancia y adolescencia, y generan estrés y malestar. Algunos de los modelos de promoción de la salud analizados en el capítulo como, la Teoría de la Conducta Planeada o el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales hacen referencia explícita a la influencia que ejercen ciertos estresores o factores psicosociales sobre la salud sexual. Concretamente, aquí se analizan la victimización homofóbica y el abuso sexual.

4.1. VICTIMIZACIÓN HOMOFÓBICA

La exclusión de la homosexualidad de la lista de trastornos mentales en el año 1973 y el progresivo reconocimiento de derechos legales y sociales han favorecido un mayor clima de tolerancia hacia la diversidad afectivo-sexual. Sin embargo, las personas homosexuales y bisexuales aún viven en un entorno heterosexista donde prevalece la creencia cultural de que la heterosexualidad es la única orientación sexual válida y aceptable, y donde todavía se ejerce violencia contra ellos (Franklin, 2000; Katz-Wise y Hyde, 2012).

En la mayoría de los países del mundo, la victimización por motivos de orientación sexual se sustenta sobre la base de la heteronormatividad y los roles de género (Ortiz-Hernández y Granados-Cosme, 2006). Si bien muchos homosexuales cumplen los comportamientos y expectativas asociadas a su género, algunos desafían esas reglas preestablecidas. Estas transgresiones del género pueden servir de excusa en las conductas de hostigamiento y victimización (Carrera-Fernández et al., 2013; Rieger, Linsenmeier, Gygax, García y Bailey, 2010). Normalmente está violencia se fundamenta en la orientación sexual percibida y no en la orientación sexual referida (Pichardo, 2007). Tradicionalmente, el rol de género masculino ha sido menos flexible que el rol de género femenino (Katz-Wise y Hyde, 2012). Esta circunstancia incrementa la probabilidad de que un hombre sea identificado como gay y sufra una mayor victimización (Friedman et al., 2011; Ortiz-Hernández y Granados-Cosme, 2006).

Como señala Pichardo (2007), la violencia ejercida sobre personas homosexuales se expresa con diferentes formas activas de violencia física y verbal, con un rechazo silencioso e institucionalizado de las personas identificadas como homosexuales y con una limitación a su acceso a derechos, espacios, reconocimiento, prestigio o poder. En la actualidad, las estadísticas e informes específicos revelan un progresivo aumento del número de comportamientos y/o actitudes violentas hacia personas no heterosexuales, tanto durante la etapa escolar (Carrera-

Fernández et al., 2013; Russell, Caitlin, Toomey, Diaz y Jorge, 2011) como en la adultez (Franklin, 2000; Ministerio del Interior, 2017).

Uno de los contextos donde la violencia ejercida sobre personas homosexuales se produce con mayor fuerza e impunidad es el ámbito educativo (Pichardo, 2007). Un estudio de FELGTB (2013) llevado a cabo con 653 homosexuales españoles menores de 25 años, revela que el tipo de acoso escolar homofóbico más frecuente es el psicológico, perpetrado a través de burlas e imitaciones (64%), divulgación de rumores (69%), insultos (71%) y comentarios despectivos (72%). En segundo lugar, destaca la violencia relacional con actitudes de aislamiento o exclusión (39%) e impedimentos en la participación social (39%). Respecto a la violencia física, un 5% ha recibido palizas, un 6% ha recibido acoso o agresiones sexuales, un 23% ha sufrido amenazas y un 36% ha sido víctima de golpes o empujones. Por último, cabe destacar que el 14% ha sido victimizado a través del móvil o Internet. Durante la etapa adulta, la victimización es perpetrada a través de los denominados delitos de odio «*infracciones penales y administrativas cometidas contra las personas o la propiedad por cuestiones de raza, etnia, religión o práctica religiosa, edad, diversidad funcional, orientación o identidad sexual, situación de pobreza y exclusión social, o cualquier otro factor similar, como las diferencias ideológicas*» (Ministerio del Interior, 2017).

En la actualidad, diversas investigaciones han documentado los efectos negativos que la victimización por motivos de orientación sexual puede tener sobre la salud mental de las personas homosexuales (Friedman et al., 2011; Katz-Wise y Hyde, 2012). Las experiencias de hostigamiento durante la adolescencia y adultez están relacionadas con un amplio rango de problemas psicológicos como: la depresión, la ansiedad, la ideación y/o conducta suicida, el estrés post traumático, la baja autoestima y el consumo de drogas (Herek, Gillis y Cogan, 1999; Poteat y Espelage, 2005; Russell et al., 2011).

Este tipo de victimización también presenta fuertes implicaciones sobre la conducta sexual de riesgo (Logie y Earnshaw, 2015; Russell et al., 2011). En este sentido, Bontempo y D'Augelli (2002) analizan el efecto que tiene la victimización homofóbica escolar y en la salud de una muestra de 315 hombres y mujeres homosexuales o bisexuales. Los resultados de este estudio determinan que las personas que reportan altos niveles de victimización en la escuela refieren un mayor número de conductas sexuales de riesgo (consumo de alcohol en la última relación sexual y uso no sistemático del preservativo) en comparación con sus compañeros heterosexuales que también reportan altos niveles de victimización escolar.

Russell et al. (2011) realizan una investigación similar que analiza la presencia de diversas variables psicopatológicas, el consumo de drogas y la conducta sexual de riesgo en una muestra de 245 hombres y mujeres homosexuales o bisexuales entre 21 y 25 años. La victimización homofóbica

ocurrida durante la etapa escolar se asocia, de manera independiente, con haber sido diagnosticado alguna vez por una infección de transmisión sexual. Las personas que experimentaron altos niveles de victimización escolar refieren una mayor probabilidad percibida a infectarse por VIH en comparación con aquellas personas que reportan bajos niveles de victimización.

Los hallazgos previamente descritos no efectúan un análisis independiente en hombres que tienen sexo con hombres y mujeres que tienen sexo con mujeres. Este nivel de concreción resulta muy necesario ya que ambos grupos presentan características diferenciales en cuanto a su conducta sexual (Bailey et al., 2004; Folch et al., 2014; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013; Schick et al., 2012) y su socialización sexual y educación sexual (Arend, 2003; Hergenrather et al., 2016; Logie et al., 2015) que pueden ser determinantes. En este sentido, Miller, Reed, McNall y Forney (2013) realizan un trabajo que analiza la prevalencia de la victimización sexual, el abuso psicológico y la violencia física en una muestra de 180 hombres que tienen sexo con hombres entre 14 y 24 años. Los análisis de regresión jerárquica determinan que la violencia sexual, el trauma emocional y la violencia física se asocian de forma independiente y positiva con el uso inconsistente del preservativo. Por su parte, Logie y Rwigema (2013) realizan una investigación en una muestra de 444 mujeres lesbianas, bisexuales y queers cuyo objetivo es examinar la inferencia del estigma sexual y la victimización homofóbica sobre la conducta sexual. Los resultados determinan que las mujeres con menor nivel de victimización y mayores conocimientos sobre ITS presentan prácticas sexuales más seguras.

4.2. ABUSO SEXUAL

La conducta de abuso incluye aquellas actividades que una persona realiza sin querer participar, sin dar permiso o sin entenderlas. Entre los distintos tipos de abuso existentes, el abuso sexual es el más relevante por su prevalencia, su invisibilidad y sus consecuencias a corto y largo plazo (Barth, Bermetz, Heim, Trelle y Tonia, 2013; Byrne, 2018). Según Reiter, Bryen y Shachar (2007) podemos definir el abuso sexual como cualquier relación sexual no deseada realizada para la gratificación de otra persona. Este contacto incluye tocamientos no deseados y actividad sexual forzada, sea oral, anal o vaginal, obligando a la víctima a realizar actos sexuales dolorosos o degradantes.

La victimización sexual es un importante problema de la salud pública que afecta especialmente a las mujeres, pero también a aquellas personas con algún tipo de diversidad funcional (Basile, Breiding y Smith, 2016). Los índices de violencia y abuso sexual perpetrados contra personas con DFI son significativamente más altos que entre personas sin diversidad funcional. Concretamente, los hombres y mujeres con DFI tienen cuatro veces más posibilidades de convertirse

en víctimas de abuso sexual que las personas sin diversidad funcional (Martin et al., 2006; Mitra et al., 2011). Esta mayor vulnerabilidad no sólo se debe a los déficits en el funcionamiento intelectual y adaptativo derivados del grado de severidad de su discapacidad, sino también a factores de riesgo extrínsecos o dinámicos, es decir el modo en que la sociedad se relaciona y educa a este tipo de personas (M.H. Fisher, Hodapp y Dykens, 2008; Verdugo et al., 2002).

En relación con los aspectos intrínsecos, la discapacidad con un nivel de afectación moderado o grave sobre las habilidades adaptativas aumenta la probabilidad de victimización sexual entre las mujeres (Casteel, Martin, Smith, Gurka y Kupper, 2008). En cuanto al funcionamiento intelectual, varios estudios determinan que la mayor parte de los abusos son perpetrados contra aquellas personas con un déficit leve o moderado (Balogh et al., 2001; Pan, 2007). Finalmente, diversos trabajos realizados con mujeres concluyen que las dificultades lingüísticas también son un factor que aumenta el riesgo de victimización sexual (Brownlie, Jabbar, Beitchman, Vida y Atkinson, 2007; Martinello, 2015), ya que dificulta la posibilidad de interrumpir el acto de abuso o el relato posterior de los hechos.

Por lo que se refiere a los aspectos extrínsecos, la falta de información en materia de sexualidad es uno de los factores de mayor riesgo (Liou, 2014; Swango-Wilson, 2009). Diversos estudios evidencian la poca educación sexual que reciben estas personas a lo largo de sus vidas (Borawska-Charko et al., 2017; Schaafsma et al., 2017), desconociendo, por tanto, qué prácticas sexuales son adecuadas o inadecuadas y con quién se pueden o no llevar a cabo. Frecuentemente la persona victimizada no es consciente de que lo está sucediendo (McGuire y Bayley, 2011). La falta de intimidad también es un factor que facilita el abuso sexual en determinados ambientes y con determinadas personas (Verdugo et al., 2002). Muchas personas con DFI están acostumbradas a que los demás vulneren su intimidad de forma sistemática (Healy, McGuire, Evans y Carley, 2009), y por tanto les cuesta más reconocer aquellas situaciones que pueden comportar un abuso sexual. Por otra parte, los mitos y falsas creencias que un sector de la sociedad tiene sobre la sexualidad de las personas con DFI son un factor indirecto que puede incrementar el riesgo de abuso (Franco et al., 2012). Esta norma social imperante impide que estas personas puedan tomar decisiones personales y lograr una expresión libre de su sexualidad (McDaniels y Fleming, 2016).

Los estudios internacionales sobre prevalencia determinan tasas de abuso en mujeres con DFI que oscilan entre porcentajes bajos comprendidos entre 7.4% y 19.1% (Mitra et al., 2016; Pan, 2007) a porcentajes más altos entre 24% y 60% (Haydon, McRee y Tucker Halpern, 2011; Swango-Wilson, 2009). En el caso de los hombres, las tasas varían en porcentajes bajos situados entre 4.2% y 13.9% (Mitra et al., 2011; Pan, 2007) a porcentajes más altos entre 16% y 30% (Swango-Wilson,

2009). En España, un reciente estudio llevado a cabo por Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) con 360 personas con DFI leve o moderada, concluye que el 9.4% de las mujeres y el 2.8% de los hombres refieren haber sido victimizados sexualmente.

Las estimaciones sobre la prevalencia son inconsistentes debido a los criterios empleados para determinar la presencia de abuso sexual, las fuentes de datos utilizadas y las diferencias culturales entre los distintos países (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). Solo se informa de un pequeño porcentaje de todos los abusos sexuales que se producen (Pan, 2007). Frecuentemente, las mujeres que sufren abusos no son capaces de reconocerlo, y aunque lo reconozcan, no siempre se sienten apoyadas para hablar de ello (Eastgate, Van Driel, Lennox y Scheermeyer, 2011). Entre los hombres, muchos casos son silenciados por vergüenza ya que se presupone que un hombre debe ser capaz de defenderse y evitar que tales actos ocurran (Mitra et al., 2016). Afortunadamente, en los últimos años el número de denuncias presentadas, tanto por parte de las propias víctimas como por los adultos allegados, han ido aumentando progresivamente (Cambridge et al., 2011).

Hasta la fecha se han realizado pocas investigaciones que analicen los efectos que tiene el abuso sobre la salud de las personas con DFI. Además, muchas de las consecuencias son desconocidas porque no existe una única trayectoria psicopatológica ya que el grado de afectación es personal (Byrne, 2018). Plummer y Findley (2012) sugieren que la victimización sexual contra las personas con DFI puede exacerbar o causar problemas de salud física y/o psicológica. Por su parte, Rowsell, Clare y Murphy (2013) y Verdugo et al. (2002) observan un aumento en la frecuencia y en la severidad en un amplio rango de síntomas psicológicos, fisiológicos, sociales, sexuales y conductuales. Thompson, Potter, Sanderson y Maibach (1997) determinan que el abuso sexual sufrido por cualquier persona durante la niñez es un factor de riesgo para la conducta sexual de riesgo para la infección por VIH en la edad adulta. En este sentido, Polusny y Follette (1995) realizan una revisión sistemática cuyo objetivo es analizar las consecuencias del abuso sexual infantil durante la adultez. Los resultados establecen que las personas que han sufrido abuso sexual reportan un peor funcionamiento de las relaciones sociales e interpersonales, mayor insatisfacción sexual y mayor disfunción y desajuste, incluyendo comportamientos sexuales de riesgo. Otro estudio longitudinal realizado por Hamburger et al. (2004) que examina la relación entre los antecedentes de abuso físico o sexual y el uso del preservativo en una muestra de 214 mujeres concluye que las mujeres con antecedentes de abuso son cinco veces menos propensas a informar un uso no sistemático del preservativo en comparación con aquellas mujeres sin antecedentes de abuso.

Además de las consecuencias a largo plazo que tiene el abuso sexual sobre la conducta sexual de riesgo, el propio acto de abuso también puede ser una vía de transmisión del VIH u otra ITS.

Además, con respecto a la conducta de abuso cabe distinguir entre el abuso en el que no media un consentimiento previo y el abuso en el que, si bien existe un consentimiento inicial, éste es revocado en algún momento tras el inicio de la relación sexual. Un estudio realizado por Eastgate et al. (2011) determina que, en relación a la capacidad para declinar cualquier actividad sexual no deseada con una pareja estable, las personas con DFI varían sustancialmente en cuanto a su capacidad de comprensión con respecto a sus derechos. Mientras que algunas personas entienden que pueden negarse a mantener relaciones sexuales con sus parejas, otras personas presentan bastante confusión al respecto. En relación a la capacidad para declinar cualquier actividad sexual no deseada con una persona con la que no se mantienen una relación estable, todas las personas refieren entender que lo apropiado es rechazar dichas insinuaciones sexuales no deseadas.

RESUMEN...

En resumen, los tres principales tipos de variables que, según los modelos explicativos de la conducta sexual, explican el uso del preservativo y/o la barrera de látex son de tipo cognitivo, afectivo-emocional y conductual. Además, existen una serie de estresores vitales relacionados con la sexualidad que también pueden incidir sobre la conducta sexual.

Entre las **variables de tipo cognitivo** destacan los sesgos en información y las creencias erróneas; la percepción de riesgo y gravedad; y la autoeficacia. A menudo los comportamientos de riesgo son consecuencia de los déficits en *información y de las creencias erróneas*. También se detectan sesgos informativos a la hora de discriminar las prácticas seguras de las que no lo son. Por ejemplo, existe un considerable número de personas que creen que no es posible infectarse por VIH a través del sexo oral. Actualmente, gran parte de la población general sigue percibiendo el sida como una enfermedad marginal. En este sentido, las personas que no se *perciban en riesgo* de contraer el VIH no atenderán a la información de los programas preventivos y no adoptarán estrategias preventivas. Por su parte, la *autoeficacia* modula tanto la capacidad para adoptar una determinada conducta de prevención frente a la infección por VIH como la habilidad para negociar el uso del preservativo.

Entre las **variables de tipo afectivo-emocional** destacan la autoestima; la sintomatología depresiva; la homofobia sutil y manifiesta; y la homofobia interiorizada. La *autoestima* constituye una variable facilitadora en la adopción de conductas protectoras. Las personas con una actitud

positiva hacia sí mismas que aceptan la responsabilidad de sus acciones, se auto-motivan y controlan las circunstancias de su entorno suelen tener unas conductas más racionales y basadas en el cuidado de la propia salud. La *sintomatología depresiva* influye positivamente en la adopción de comportamientos sexuales de riesgo. Esta relación se establece en forma de U invertida, manera que cuando la sintomatología es severa las personas refieren un bajo interés sexual. Los comportamientos de riesgo también pueden verse modulados por el grado de *homofobia*. Algunas personas heterosexuales todavía consideran que el VIH está asociado con la práctica de coito anal entre hombres homosexuales y que las relaciones heterosexuales entre un hombre y una mujer están exentas de riesgo. La *homofobia interiorizada* es una característica común del desarrollo de las personas homosexuales y bisexuales, sustentada bajo los valores del contexto heterosexista actualmente vigente. En general, las personas que sienten mayor incomodidad al revelar su orientación sexual son más propensas a mantener relaciones sexuales desprotegidas y presentan menores habilidades para negociar el uso del preservativo.

Entre las *variables de tipo conductual* destacan el consumo de alcohol u otras drogas, la asertividad sexual, la compulsividad sexual; y la búsqueda de sensaciones sexuales. El *consumo de alcohol u otras drogas* puede provocar una disminución en la percepción del riesgo y una sobrevaloración de las propias capacidades. Las personas que consumen drogas mantienen, en mayor medida, relaciones sexuales sin protección existiendo una relación positiva entre el consumo de sustancias estupefacientes y la conducta de riesgo. La *asertividad sexual* consiste en la habilidad para plantear el uso de preservativo, realizar conductas sexuales seguras y negarse a mantener relaciones en aquellos casos en los que la pareja prefiera mantener una relación sin protección. La literatura científica determina que esta variable constituye un elemento clave para la adopción de conductas de salud. La *compulsividad sexual* provoca una fuerte desinhibición sexual y un pobre control de impulsos que puede repercutir negativamente sobre la conducta sexual. Los estudios establecen que las personas con altas puntuaciones en compulsividad sexual refieren mantener relaciones sexuales con un mayor número de parejas esporádicas, usar el preservativo y otros métodos preventivos de forma inconsistente y haber recibido un diagnóstico de una ITS en alguna ocasión. Finalmente, la *búsqueda de sensaciones sexuales* constituye un factor de riesgo para la infección por VIH que incrementa la probabilidad de prescindir del uso del preservativo. Específicamente, las personas con alta búsqueda de sensaciones sexuales presentan un mayor consumo de alcohol previo a un encuentro sexual, actitudes más negativas hacia el preservativo y mayor número de parejas sexuales esporádicas.

Los principales *estresores vitales relacionados con la sexualidad* son la victimización homofóbica y el abuso sexual. Existe una relación positiva entre la *victimización homofóbica* acontecida

durante la etapa escolar, el diagnóstico de una ITS, y una relación negativa con el uso del preservativo. Este tipo de victimización también presenta implicaciones sobre la conducta sexual de forma indirecta a través de un mayor consumo de sustancias estupefacientes o la presencia de síntomas psicopatológicos. La *victimización sexual* es un importante problema de la salud pública que afecta especialmente a las personas con diversidad funcional. Los pocos trabajos existentes que realizan un análisis de los efectos del abuso sexual sobre la salud de las personas con DFI determinan que estas personas adoptan, en mayor medida, comportamientos de riesgo y son menos propensas a utilizar el preservativo. Además de sus consecuencias a largo plazo el propio acto de abuso puede ser una vía de transmisión del VIH u otra ITS.

La revisión de la literatura especializada en torno a la prevención del VIH evidencia dos limitaciones que, por el momento, ningún estudio ha solventado. La primera y más importante tiene que ver con el estudio de las variables que inciden en la adopción de conductas de riesgo en subgrupos poco estudiados como, las mujeres que tienen sexo con mujeres o las personas con diversidad funcional intelectual. En este momento, desconocemos qué factores permiten predecir e identificar a aquellas personas con un riesgo significativamente mayor de prescindir del uso del preservativo y/o la barrera de látex. Aunque en la actualidad se han desarrollado numerosas investigaciones que demuestran que ciertas variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales actúan como precursores de la conducta de riesgo en población general seguimos sin conocer si esas mismas u otras predicen la conducta en los colectivos menos estudiados. Por tanto, es necesario contar con investigaciones rigurosas y sistemáticas que permitan establecer un perfil de riesgo para diseñar e implementar acciones preventivas específicas.

Por otra parte, diversos estudios evidencian que la sexualidad femenina y masculina es distinta y que equipararla conlleva graves errores de sobregeneralización. Esto no es menos cierto cuando hablamos de la conducta preventiva, sin embargo, muchos de los conocimientos que se asumen como válidos y extrapolables en mujeres constituyen generalizaciones derivadas de estudios realizados en hombres heterosexuales. Por ello es necesario elaborar un perfil diferencial para hombres y mujeres que permita identificar las particularidades de cada género y establecer programas preventivos que recojan los aspectos diferenciales que inciden en el uso de métodos preventivos de barrera.

III. ESTUDIO EMPÍRICO

5. Objetivos e hipótesis

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo general de la presente tesis doctoral es la obtención de un modelo que permita explicar el comportamiento sexual de riesgo en: (1) hombres heterosexuales; (2) mujeres heterosexuales; (3) hombres que tienen sexo con hombres; (4) mujeres que tienen sexo con mujeres; (5) y personas con diversidad funcional intelectual, evaluado a través de la frecuencia de uso del preservativo o la barrera de látex con parejas esporádicas en la práctica sexual de mayor riesgo en cada colectivo.

Dada la amplitud de dicho objetivo se concreta para su operacionalización en los siguientes objetivos específicos e hipótesis:

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: realizar un análisis descriptivo de las conductas sexuales y la frecuencia de uso del preservativo y la barrera de látex con parejas esporádicas en hombres heterosexuales.

- ❖ **HIPÓTESIS 1:** las conductas sexuales más practicadas serán el coito vaginal, la felación y el cunnilingus.
- ❖ **HIPÓTESIS 2:** el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal será inferior al 75%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: explorar la existencia de un perfil diferencial en hombres heterosexuales con uso consistente o uso inconsistente del preservativo en la práctica de coito vaginal con parejas.

- ❖ **HIPÓTESIS 3:** los hombres con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en, compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia sutil y manifiesta, consumo de drogas y búsqueda de sensaciones sexuales. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, vulnerabilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: identificar la combinación de variables que mejor permita explicar el uso inconsistente del preservativo en hombres heterosexuales que practican coito vaginal con parejas esporádicas.

- ❖ **HIPÓTESIS 4:** Algunas de las variables analizadas permitirá predecir y clasificar a un alto porcentaje de hombres heterosexuales que usen inconsistentemente el preservativo (alta sensibilidad y especificidad), si bien el valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente variables como la búsqueda de sensaciones sexuales, la asertividad, la compulsividad sexual y la autoeficacia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: realizar un análisis descriptivo de las conductas sexuales y la frecuencia de uso de del preservativo y la barrera de látex con parejas esporádicas en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

❖ **HIPÓTESIS 5:** las conductas sexuales más practicadas serán el coito anal y la felación.

❖ **HIPÓTESIS 6:** el uso sistemático del preservativo en el coito anal será inferior al 75%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: explorar la existencia de un perfil diferencial en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con uso consistente o uso inconsistente del preservativo en la práctica de coito anal con parejas esporádicas.

❖ **HIPÓTESIS 7:** los hombres con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia interiorizada, consumo de drogas, búsqueda de sensaciones sexuales y victimización homofóbica. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, vulnerabilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: identificar la combinación de variables que mejor permita explicar el uso inconsistente del preservativo en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres que practican coito anal con parejas esporádicas.

❖ **HIPÓTESIS 8:** La combinación de algunas de las variables permitirá predecir correctamente a un alto porcentaje de hombres que usen inconsistentemente el preservativo, no obstante, su capacidad predictiva variará entre variables. Así, variables como la búsqueda de sensaciones sexuales, la autoeficacia, la compulsividad sexual y la asertividad tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 7: realizar un análisis descriptivo de las conductas sexuales y la frecuencia de uso del preservativo y la barrera de látex con parejas esporádicas en mujeres heterosexuales.

❖ **HIPÓTESIS 9:** las conductas sexuales más practicadas serán el coito vaginal, la felación y el cunnilingus.

❖ **HIPÓTESIS 10:** el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal será inferior al 75%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 8: Explorar la existencia de un perfil diferencial en mujeres heterosexuales con uso consistente o uso inconsistente del preservativo en la práctica de coito vaginal con parejas esporádicas.

- ❖ **HIPÓTESIS 11:** las mujeres con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia sutil y manifiesta, consumo de drogas y búsqueda de sensaciones sexuales. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, vulnerabilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 9: identificar la combinación de variables que mejor permita explicar el uso inconsistente del preservativo en mujeres heterosexuales que practican coito vaginal con parejas esporádicas.

- ❖ **HIPÓTESIS 12:** La asertividad, la búsqueda de sensaciones sexuales, la autoeficacia y el temor percibido, tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente. Estas variables permitirán predecir y clasificar correctamente a un alto porcentaje de mujeres heterosexuales que usan inconsistentemente el preservativo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 10: realizar un análisis descriptivo de las conductas sexuales y la frecuencia de uso del preservativo y la barrera de látex con parejas esporádicas en mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres.

- ❖ **HIPÓTESIS 13:** las conductas sexuales más practicadas serán el cunnilingus, el tribadismo y la penetración vaginal táctil.
- ❖ **HIPÓTESIS 14:** el uso sistemático de la barrera de látex será muy bajo con valores inferiores al 4%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 11: Explorar la existencia de un perfil diferencial entre mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres con uso o no de la barrera de látex en la práctica del cunnilingus con parejas esporádicas.

- ❖ **HIPÓTESIS 15:** las mujeres que no usan la barrera de látex obtendrán mayores puntuaciones en, compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia interiorizada, consumo de drogas, búsqueda de sensaciones sexuales y victimización homofóbica. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, vulnerabilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

OBJETIVO ESPECÍFICO 12: identificar la combinación de variables que mejor permita explicar el no uso de la barrera de látex en mujeres que mantienen relaciones sexuales con mujeres que practican cunnilingus con parejas esporádicas.

- ❖ **HIPÓTESIS 16:** La combinación de algunas de las variables del estudio predecirá y clasificará correctamente a un alto porcentaje de mujeres que no usan la barrera de látex, si bien el

valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así, variables como la autoeficacia, la asertividad y el consumo de drogas tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente.

OBJETIVO ESPECÍFICO 13: realizar un análisis descriptivo de las conductas sexuales y la frecuencia de uso del preservativo con parejas esporádicas en hombres y mujeres heterosexuales con DFI.

- ❖ **HIPÓTESIS 17:** las conductas sexuales más prácticas serán las masturbaciones mutuas, el coito vaginal y el sexo oral.
- ❖ **HIPÓTESIS 18:** el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal no superará el 60%.

OBJETIVO ESPECÍFICO 14: explorar la existencia de un perfil diferencial en hombres y mujeres heterosexuales con DFI con uso consistente o uso inconsistente del preservativo en la práctica de coito vaginal.

- ❖ **HIPÓTESIS 19:** los hombres y mujeres con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en riesgo de abuso sexual. Por el contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, fiabilidad atribuida al preservativo, temor percibido al VIH y autoeficacia.

OBJETIVO ESPECÍFICO 15: identificar la combinación de variables que mejor permita explicar el uso inconsistente del preservativo en hombres y mujeres heterosexuales con DFI que practican coito vaginal.

- ❖ **HIPÓTESIS 20:** La combinación de algunas de las variables consideradas en el estudio permitirá predecir y clasificar correctamente a un alto porcentaje de hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual que realizan un uso inconsistente del preservativo (alta sensibilidad y especificidad), si bien el valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así, variables como la autoeficacia, los conocimientos y el riesgo de abuso sexual tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente.

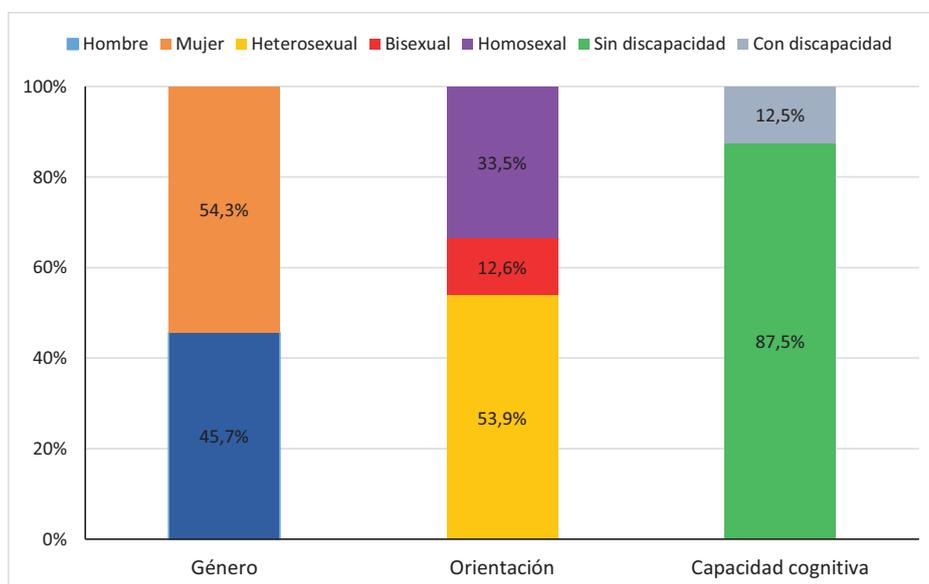
6. Metodología

1. PARTICIPANTES

La muestra del estudio está compuesta por 2.041 personas, clasificadas en cinco grupos en función del género, la orientación sexual y el grado de capacidad cognitiva: (1) hombres heterosexuales; (2) mujeres heterosexuales; (3) hombres que tienen relaciones sexuales con hombres; (4) mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres; y (5) hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual. A continuación, se presentan los datos sociodemográficos de cada grupo siguiendo la misma estructura que se seguirá en la presentación de resultados (ver figura 15).

Figura 15.

Distribución de los participantes por género, orientación sexual y capacidad cognitiva



Fuente: elaboración propia

Hombres heterosexuales. Este grupo está compuesto por 386 participantes. La gran mayoría (86%) tenía entre 18 y 29 años en el momento de la evaluación, decreciendo paulatinamente el porcentaje de participantes con edades superiores. La media de edad fue de 24.61 años (DT = 6.74). En la muestra evaluada están representadas todas las regiones de la geografía española. Así, se observa que el mayor porcentaje pertenece a zona centro-este (60.4%), seguido de la zona centro-oeste (12.2%), zona norte (8.8%), levante (7%), zona sur (6.5%) y zona este (5.2%). Un 94% de los participantes refieren haber mantenido relaciones sexuales en alguna ocasión y el 58.8% tiene pareja estable. Tan solo una minoría (el 10.9%) afirma ser creyente practicante, mientras

que el resto se reparte entre creyentes no practicantes (19.2%) y sobre todo ateos o agnósticos (67.9%). Respecto al nivel educativo alcanzado, la gran mayoría poseía estudios secundarios (48.5%) o universitarios (47.9%), seguido muy de lejos por un 1.8% que poseía estudios primarios y un 1.7% que tenía el título de doctor.

Mujeres heterosexuales. Esta muestra está conformada por 670 mujeres procedentes de diversos puntos de la geografía española, concretamente el 38.8% reside en la zona centro-este, el 17.3% en Levante, el 13.6% en la zona este, el 13.1% en la zona sur, el 11.1% en la zona norte y finalmente el 5.9% en la zona centro-oeste. El rango de edad está comprendido entre los 18 y los 59 años ($M = 24.92$; $DT = 6.70$); 13.9% mujeres menores de 20 años, 64.4% mujeres entre 20 y 29 años, 12.4% mujeres entre 30 y 39 años, 3.4% mujeres entre 40 y 49 años y 1.2% de 50 años o más. Con respecto a la situación de pareja, el 33.4% afirma ser soltera y el 66.6% tener pareja estable. En cuanto al nivel educativo alcanzado, el 50.9% tiene un grado o posgrado universitario, el 45.8% posee estudios secundarios, el 1.8% tiene el título de doctor y solo el 1.8% tienen estudios primarios. El 66.3% de las encuestadas se identificaban como ateas o agnósticas, el 24.9% creyentes no practicantes y el 8.8% creyentes practicantes, predominando casi exclusivamente la religión católica.

Hombres que tienen sexo con hombres. Este grupo está conformado por 405 hombres con edades comprendidas entre 18 y 60 años, siendo la edad media de 29 años ($M = 28.94$; $DT = 9.35$) y las edades más frecuentes, de 20 a 29 años (53.8%) y de 30 a 39 años (21.2%). La muestra evaluada reside en diferentes regiones de la geografía española, concretamente el 38.8% vive en la zona centro-este, el 17.3% en Levante, el 13.6% en la zona este, el 13.1% en la zona sur, el 11.1% en la zona norte y el 5.9% en la zona centro-oeste. La distribución en función de si los participantes tenían o no pareja resultó prácticamente idéntica, con un porcentaje ligeramente mayor (50.9%) que afirmaba mantener una relación estable. Por nivel educativo, el 60% poseía estudios universitarios (56.8% estudios de grado o postgrado y 3.2% estudios de doctorado), el 39% estudios secundarios, mientras que solo el 1% tenía estudios primarios. Respecto a las creencias religiosas, la gran mayoría se identificó como ateo o agnóstico (74.1%), seguido muy de lejos por un 20% que afirmaba ser creyente no practicante y un 5.8% que refería ser creyente practicante.

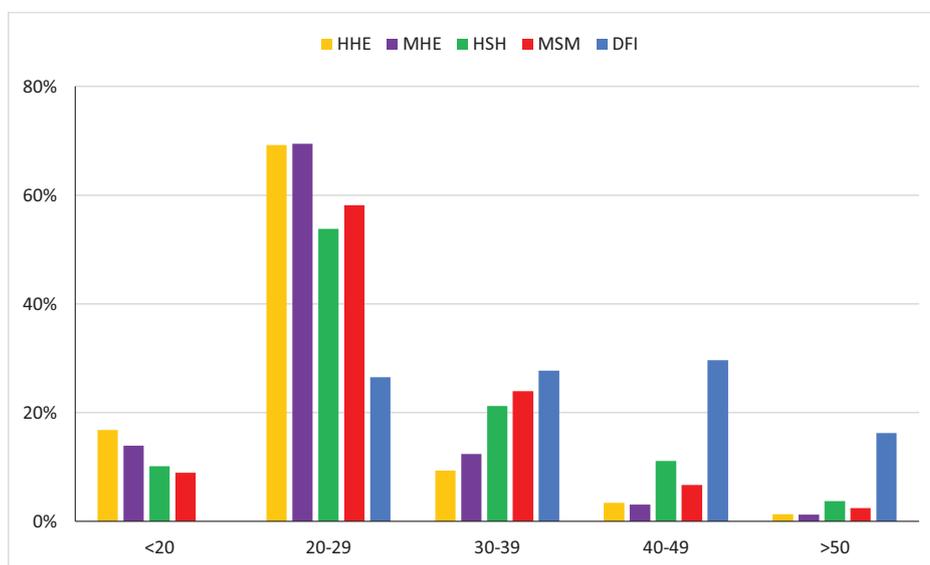
Mujeres que tienen sexo con mujeres. Esta muestra está compuesta por 327 mujeres procedentes de diferentes áreas de la geografía española, concretamente el 27.2% reside en la zona centro-este, el 18.7% en Levante, el 11.1% en la zona norte el 16.2% en la zona este, el 12.2% en la zona sur y finalmente el 8.6% en la zona centro-oeste. La mitad de la muestra (58.1%) tenía entre 20 y 29 años en el momento de la evaluación, decreciendo progresivamente el porcentaje

de participantes con edades superiores. La media de edad fue de 27.82 años (DT = 8.10). Más de la mitad de la muestra (66.1%) refiere mantener una relación de pareja estable y el 68% refiere estar soltera. En cuanto al nivel educativo, el 52.9% tiene un grado o posgrado universitario, el 42.8% posee estudios secundarios, el 2.8% tiene el título de doctor y el 1.5% tiene estudios primarios. Tan solo una minoría (11.3%) afirma ser creyente practicante, mientras que el resto se reparte entre creyentes no practicantes (15.3%) y sobre todo ateas o agnósticas (81.7%).

Hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual. La muestra está compuesta por 142 hombres y 111 mujeres con diverso grado de diversidad funcional intelectual beneficiarios de algún tipo de recurso asistencial, ya sea un Centro Ocupacional o un Servicio de Estancia Diurna. El rango de edad está comprendido entre 20 y 64 años (M = 38.52; DT = 10.48). Según el grado de discapacidad, el 55.4% tiene una discapacidad leve (n = 140) y el 44.6% una discapacidad moderada (n = 113). Con respecto a la situación de pareja, el 32% refiere estar soltero y el 68% refiere mantener relaciones con una pareja estable. Toda la muestra evaluada reside en la Comunidad Valenciana. Así, se observa que el 75.2% vive en la provincia de Valencia (n = 190) y el 24.8% vive en la provincia de Castellón (n = 63).

Figura 16.

Distribución de los participantes por rangos de edad



HHE: hombres heterosexuales; MHE: mujeres heterosexuales; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; MSM: mujeres que tienen sexo con mujeres; DFI: hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual

Fuente: elaboración propia

Tabla 2.
Principales características sociodemográficas de los subgrupos evaluados

	HHE (n = 386 N (%) o M (DT)	HSH (n = 405 N (%) o M (DT)	MHE (n = 670 N (%) o M (DT)	MSM (n = 327 N (%) o M (DT)	DFI (n = 253 N (%) o M (DT)
<i>Edad</i>					
Edad media	24.61 (6.74)	28.94 (9.35)	24.92 (6.70)	27.82 (8.10)	38.52 (10.48)
<i>Pareja estable</i>					
Si	227 (58.8%)	206 (50.9%)	446 (66.6%)	216 (66.1%)	172 (68%)
No	141 (41.2%)	199 (49.1%)	224 (33.4%)	111 (33.9%)	81 (32%)
<i>Residencia</i>					
Norte (Galicia, Asturias, País Vasco, Navarra, Cantabria y La Rioja)	34 (8.8%)	46 (11.4%)	97 (14.5%)	56 (17.1%)	-
Centro-este (Madrid y Castilla La-Mancha)	233 (60.4%)	157 (38.8%)	275 (41%)	89 (27.2%)	-
Centro-oeste (Castilla León y Extremadura)	47 (12.2%)	24 (5.9%)	87 (13%)	28 (8.6%)	-
Sur (Andalucía y Canarias)	25 (6.5%)	53 (13.1%)	49 (7.3%)	40 (12.2%)	-
Este (Aragón y Cataluña)	20 (5.2%)	55 (13.6%)	83 (12.4%)	53 (16.2%)	-
Levante (Com. Valenciana, Murcia y Baleares)	27 (7%)	70 (17.3%)	79 (11.8%)	61 (18.7%)	253 (100%)
<i>Nivel educativo</i>					
Estudios primarios	7 (1.8%)	4 (1%)	10 (1.5%)	5 (1.5%)	-
Estudios secundarios (ESO, FP y bachillerato)	188 (48.5%)	158 (39%)	307 (45.8%)	140 (42.8%)	-
Estudios universitarios (grado o master)	185 (47.9%)	230 (56.8%)	341 (50.9%)	173 (52.9%)	-
Doctorado	6 (1.7%)	13 (3.2%)	12 (1.8%)	9 (2.8%)	-
<i>Creencias religiosas</i>					
Creyente practicante	50 (12.9%)	24 (5.9%)	59 (8.8%)	11 (3%)	-
Creyente no practicante	74 (19.2%)	81 (20%)	167 (24.9%)	50 (15.3%)	-
Ateo o agnóstico	262 (67.9%)	300 (74.1%)	444 (66.3%)	267 (81.7%)	-

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La selección de los distintos cuestionarios se realizó con el objetivo de evaluar con rigor y profundidad las variables consideradas en los distintos modelos de prevención de la conducta sexual de riesgo. En este sentido, todos los instrumentos seleccionados están adaptados en población española y cuentan con adecuadas propiedades psicométricas, aunque la batería destinada a cada subgrupo no contiene los mismos instrumentos.

Las personas con diversidad funcional intelectual completaban una batería compuesta por un cuestionario *Ad-Hoc* de información sociodemográfica, una entrevista semiestructurada y tres cuestionarios psicométricos. La evaluación a través de esta batería requería, aproximadamente, de entre 60 y 90 minutos.

Tabla 3.

Distribución de los instrumentos de evaluación en cada subgrupo

	HHE	MHE	HSH	MSM	DFI
<i>EVALUACIÓN DE VARIABLES COGNITIVAS</i>					
Cuestionario de Prevención del sida	X	X	X	X	
Cuestionario sobre Sexualidad para personas con Discapacidad Intelectual					X
Escala breve de Autoeficacia para el Uso del Preservativo	X	X	X		X
Escala de Autoeficacia para el Uso de la Barrera de Látex				X	
<i>EVALUACIÓN DE VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES</i>					
Escala de autoestima de Rosenberg	X	X	X	X	
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos	X	X	X	X	
Escala de Homofobia Sutil y Manifiesta	X	X			
Escala breve de Homofobia Interiorizada			X	X	
<i>EVALUACIÓN DE VARIABLES CONDUCTUALES</i>					
Escala de Asertividad Sexual	X	X	X	X	
Escala de Compulsividad Sexual	X	X	X	X	
Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales	X	X	X	X	
<i>EVALUACIÓN DE ESTRESORES VITALES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD</i>					
Escala de Gravedad de la Victimización Homofóbica			X	X	
Cuestionario de Detección del Riesgo de Abuso Sexual					X

HHE: hombres heterosexuales; MHE: mujeres heterosexuales; HSH: hombres que tienen sexo con hombres; MSM: mujeres que tienen sexo con mujeres; DFI: hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual

Las personas sin diversidad funcional completaban una evaluación más extensa compuesta por un cuestionario *Ad-Hoc* de información sociodemográfica, información sobre sus prácticas sexuales y hasta once cuestionarios y escalas distintas. La administración de algunos cuestionarios dependía de la orientación sexual del participante. A los participantes heterosexuales se les administró un cuestionario específico sobre homofobia manifiesta y sutil. Por el contrario, a los participantes homosexuales se les administró un cuestionario alternativo para determinar sus niveles de homofobia interiorizada y uno adicional para detectar la presencia o ausencia de victimización homofóbica. Los participantes invertían, aproximadamente, una media de entre 90 y 120 minutos para completar toda la batería.

A continuación, se describen con detalle cada uno de los instrumentos empleados durante la fase de evaluación.

2.1. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Cuestionario Ad-Hoc de Información Sociodemográfica. Este cuestionario recoge información sobre el sexo, la edad, la Comunidad Autónoma de residencia, la orientación sexual (heterosexual/bisexual/homosexual), si se tiene o no pareja estable, el nivel educativo alcanzado (estudios primarios, estudios secundarios, estudios de grado o postgrado, y doctorado) y las creencias religiosas (creyente practicante/creyente no practicante/ateo o agnóstico). Únicamente aquellas personas que afirmaban ser creyentes (practicantes o no practicantes) podían indicar de forma voluntaria la religión profesada.

2.2. INSTRUMENTOS SOBRE VARIABLES COGNITIVAS

CPS. Cuestionario de Prevención del sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino, Morell-Mengual, Giménez-García y Ballester-Arnal, 2018). Instrumento compuesto por 48 ítems que recoge información sobre diversos aspectos relacionados con la prevención del VIH/sida. Se incluyen cuestiones relacionadas con los conocimientos sobre vías de transmisión, las actitudes y creencias, las prácticas sexuales, el uso de métodos preventivos, el consumo de sustancias estupefacientes y la percepción de riesgo. Los ítems tienen distintos formatos de respuesta: 21 ítems con escala tipo Likert, 25 ítems dicotómicos y 2 ítems abiertos. A continuación, se presentan más detalladamente estos seis componentes. El análisis de la fiabilidad del instrumento, evaluado a través del coeficiente alfa de Cronbach con 6.000 estudiantes universitarios, reveló una buena consistencia interna ($\alpha = .62$). Por su parte, la correlación test-retest realizada con 200 sujetos a los que se volvió a aplicar el instrumento tres semanas después es de .84. En cuanto a la validez concurrente se obtuvo una

buena correlación (.74) con un Índice de Riesgo compuesto por coito vaginal o anal sin preservativo, frecuencia sexual y consumo de alcohol o drogas durante la última relación sexual. En el presente estudio se obtiene una buena consistencia interna ($\alpha = .71$).

A. Conocimientos sobre las vías de transmisión. Apartado compuesto por 13 ítems que explora la información real sobre las posibles vías de transmisión en distintas conductas relacionadas con la vida cotidiana (compartir vasos o cubiertos, compartir el cepillo de dientes, etc.) y las prácticas sexuales (contacto con líquido preseminal, contacto con flujo vaginal, etc.). Los ítems se contestan mediante formato de respuesta dicotómico «Sí» o «No».

B. Actitudes y creencias. Este componente aborda dos áreas diferentes: percepción de gravedad del sida y actitudes hacia el preservativo/barrera de látex como métodos preventivos. La gravedad del sida se evalúa mediante un ítem «*Consideras que actualmente el sida es una enfermedad...*» de respuesta múltiple (nada, algo, bastante o mucho). A su vez, las actitudes hacia el preservativo y hacia la barrera de látex se contemplan a través de 4 ítems que evalúan, por una parte la fiabilidad atribuida («*Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del VIH*») y «*Hasta qué punto consideras que la barrera de látex es un método fiable de prevención sexual del VIH*») y, por otra, la percepción de inconvenientes asociados a su uso («*Cuál es la principal dificultad o inconveniente que encuentras para usar el preservativo*») y «*Cuál es la principal dificultad o inconveniente que encuentras para usar la barrera de látex*»).

C. Percepción de riesgo y temor. La percepción de riesgo se contempla mediante la valoración que las personas hacen sobre el riesgo de infección por VIH «*que probabilidad o riesgo percibes de infectarte con el VIH (sida)*». Del mismo modo, se evalúa el temor percibido ante la ocurrencia de una posible infección por VIH «*que temor te produce la posibilidad de infectarte con el VIH (sida)*». Ambas preguntas se responden mediante una escala de oscila entre 0 y 100.

D. Conductual sexual. Este apartado recoge información sobre las prácticas sexuales realizadas a lo largo de la vida en cuatro áreas: sexualidad propia (*masturbación*), sexo oral (*felación*, *cunnilingus* y *anilingus*), sexo vaginal (*coito vaginal*, *tribadismo* y *penetración vaginal táctil o mediante juguetes sexuales*) y sexo anal (*coito anal* y *penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales*). Los ítems se responden mediante formato dicotómico de respuesta «Sí» o «No». Además, existe una tercera opción «*No procede*» para aquellas prácticas que según la orientación sexual o el género de la persona no sean pertinentes.

E. Uso de métodos preventivos. Este componente evalúa el uso del preservativo y la barrera de látex diferenciando entre aquellas prácticas realizadas con una pareja estable «*con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales realizadas con una pareja estable*» y aquellas realizadas con parejas esporádicas «*con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales realizadas con parejas esporádicas*». Se contesta mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones: "nunca", "algunas veces", "bastantes veces" o "siempre". Además, existe una quinta opción de respuesta «*No procede/No tengo esta práctica*» para aquellos ítems que según la orientación sexual no sean pertinentes o para aquellas personas que no mantenga determinadas prácticas sexuales con parejas estables o esporádicas.

F. Consumo de alcohol u otras drogas. Subapartado conformado por 3 enunciados que indagaban la práctica de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol, cannabis, u otras drogas durante los últimos seis meses. Los ítems se responden mediante un formato dicotómico de respuesta «*Sí*» o «*No*».

CUSEXDI. Cuestionario sobre Sexualidad para personas con Discapacidad Intelectual (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). Instrumento compuesto por 26 ítems que recoge información sobre diversos aspectos relacionados con la prevención del VIH/sida en personas con diversidad funcional intelectual. Incluye cuestiones relacionadas con los conocimientos sobre vías de transmisión, las actitudes, la autoeficacia, la percepción de riesgo, las prácticas sexuales y el uso del preservativo. Los ítems se contestan mediante distintos formatos de respuesta: 10 ítems con escala tipo Likert y 16 ítems dicotómicos. A continuación, se describen los seis componentes. En el presente estudio se obtiene una buena consistencia interna ($\alpha = .65$).

A. Conductual sexual. Este apartado recoge información sobre las prácticas sexuales realizadas a lo largo de la vida: masturbación, sexo oral, coito vaginal, coito anal y otras. Los ítems se responden mediante formato dicotómico de respuesta «*Sí*» o «*No*». Además, existe una tercera opción de respuesta «*No procede*» para aquellas prácticas que según la orientación sexual o el género de la persona no sean pertinentes.

B. Uso de métodos preventivos. Este componente evalúa el uso del preservativo en las distintas prácticas sexuales realizadas. Se contesta mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones: "nunca", "algunas veces", "bastantes veces" o "siempre". Además, existe una quinta opción «*No procede/No tengo esta práctica*» para aquellos ítems que según la orientación sexual no sean pertinentes o para aquellas personas que no hayan realizado determinadas prácticas sexuales.

- C. Conocimientos sobre las vías de transmisión.** Subescala compuesta por 10 ítems que evalúa la información que se tiene sobre las vías de transmisión en distintas conductas relacionadas con la vida cotidiana (compartir el cepillo de dientes, compartir vasos o cubiertos, etc.) y en distintas prácticas sexuales (contacto con semen, contacto con sudor, etc.). Los ítems se contestan mediante formato de respuesta dicotómico «Sí» o «No».
- D. Actitudes y percepción de riesgo.** Este componente aborda dos áreas diferentes: temor percibido y actitudes hacia el preservativo como método preventivo. La actitud hacia el preservativo se evalúa mediante un ítem «*Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método efectivo para no contagiarte de sida*» de respuesta múltiple (nada, algo, bastante o mucho). El temor percibido se evalúa mediante la valoración que las personas hacen sobre el miedo que les genera una posible infección por VIH «*señala de 0 a 10 el miedo que te da coger el sida*».
- E. Autoeficacia para el uso del preservativo.** Apartado compuesto por 5 ítems que evalúa diferentes habilidades relacionadas con el uso del preservativo en distintos escenarios previos a una relación sexual: (1) en la compra, (2) en el proceso de negociación con la pareja, (3) en el momento de ponérselo y (4) en una situación en la que se ha ingerido alcohol. Los ítems se responden mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 «*totalmente en desacuerdo*» a 5 «*totalmente de acuerdo*».

EBAP. Escala breve de Autoeficacia para el Uso del Preservativo (Ballester et al., 2013). Instrumento compuesto por 7 ítems (por ejemplo, "*me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el preservativo o ponérselo a mi pareja*" o "*estoy seguro/a de que recordaría utilizar el preservativo aunque haya consumido alcohol u otras drogas*") que describen diferentes habilidades relacionadas con el uso del preservativo en distintos escenarios previos a una relación sexual: (1) en la adquisición o compra, (2) en el momento previo a la relación sexual, (3) en el proceso de negociación con la pareja, (4) en el momento de ponérselo, (5) en una situación en la que se ha ingerido alcohol u otras drogas y (6) en una situación de máxima excitación sexual. Los participantes deben responder en función de su grado de acuerdo mediante una escala tipo Likert de 5 puntos que va de 1 «*totalmente en desacuerdo*» a 5 «*totalmente de acuerdo*». La puntuación total se calcula sumando los puntos asignados a cada ítem (contabilizando de forma inversa los reactivos tres, cuatro y seis), obteniendo una puntuación mínima de 7 y máxima de 35. Mayores puntuaciones indican mayor percepción de autoeficacia. El análisis de la fiabilidad llevado a cabo por Ballester et al. (2013) con una muestra de 3530 estudiantes universitarios, revela una aceptable consistencia interna, evaluada a través del coeficiente Alpha de Cronbach ($\alpha = .54$). Cabe destacar que en el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .69.

EABL. Escala de Autoeficacia para el Uso de la Barrera de látex (Morell-Mengual, Gil-Llario y Castro-Calvo 2016). Instrumento elaborado a partir de los ítems de la Escala de Autoeficacia para el uso del Preservativo de Ballester et al. (2013). Está compuesta por 7 ítems (por ejemplo, "*Me resulta/resultaría cómodo hablar acerca del uso de la barrera de látex con una pareja antes de comenzar la relación sexual*" o "*Si tengo que sugerir a una pareja que usemos barrera de látex, tengo/tendría miedo de que me rechace*") que evalúan distintos supuestos relacionados con la barrera de látex: (1) en la adquisición o compra, (2) en el momento previo a la relación sexual, (3) en el proceso de negociación con la pareja, (4) en el momento de ponérselo, (5) en una situación en la que se ha ingerido alcohol u otras drogas y (6) en una situación de máxima excitación sexual. Se responde mediante una escala tipo Likert de 5 alternativas que indican el grado de acuerdo o desacuerdo con cada enunciado: 1 = *Totalmente en desacuerdo*, 2 = *Bastante en desacuerdo*, 3 = *Ni en acuerdo ni en desacuerdo*, 4 = *Bastante de acuerdo* y 5 = *Totalmente de acuerdo*. Los ítems uno, dos, cinco y siete están formulados en sentido directo y los ítems tres, cuatro y seis en sentido inverso, obteniéndose una puntuación mínima de 7 y máxima de 35. Mayores puntuaciones indican mayor percepción de autoeficacia hacia el uso de la barrera de látex. El análisis factorial realizado mostró una estructura factorial bidimensional que explicaba el 62.89% del total de la varianza (Morell-Mengual, Gil-Llario y Castro-Calvo, 2016). El primer componente "*Expectativas positivas de autoeficacia (EA-POS)*" explicó el 45.60% de la varianza, mientras que el segundo factor "*Expectativas negativas de autoeficacia (EA-NEG)*" explicó el 17.29%. El análisis de las propiedades psicométricas revela una buena consistencia interna tanto de la escala total ($\alpha = .80$) como de las dos subescalas, EA-POS ($\alpha = .78$) y EA-NEG ($\alpha = .78$). En el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .80 para la escala total y de .75 y .77 para las subescalas EA-POS y EA-NEG, respectivamente.

2.3. INSTRUMENTOS SOBRE VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES

RSES. Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). La RSES es un cuestionario autoadministrado compuesto por 10 ítems (por ejemplo: "*tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente*" o "*soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas*") que evalúan la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. El instrumento se contesta mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde 1 «*totalmente en desacuerdo*» a 4 «*totalmente de acuerdo*». La puntuación total se calcula sumando los puntos asignados a cada ítem, contabilizando de forma inversa los reactivos dos, cinco, seis, ocho y nueve, obteniendo un valor entre 10 y 40. A mayor puntuación, mayor nivel de autoestima. La adaptación española de

Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007) utilizada en este trabajo no especifica puntos de corte que permitan discriminar entre personas con alta y baja autoestima. La RSES ha sido traducida a 28 idiomas y administrada a casi 17.000 personas en 53 países (Schmitt y Allik, 2005). Su estructura unifactorial ha sido prácticamente invariante en todos los estudios. La proporción de varianza explicada por el primer componente varió de 24.6% en la República Democrática del Congo hasta 54.4% en Israel, hallándose una media del 41.4%. La consistencia interna media de los 53 países fue de .81. El valor más bajo se encuentra en la República Democrática del Congo ($\alpha = .45$) y el más alto en Israel y Reino Unido ($\alpha = .90$). La traducción y adaptación española de la RSES también revela una estructura unidimensional. La consistencia interna revela buena fiabilidad tanto en la primera administración ($\alpha = .85$) como en la segunda ($\alpha = .88$) y el valor test-retest obtenido mediante correlación de Pearson es de .84. En el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .88.

CES-D. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Radloff, 1977). La CES-D es una escala autoadministrada compuesta por 20 ítems que evalúa diversos aspectos relacionados con la sintomatología depresiva como, por ejemplo: la dificultad para dormir, la tristeza o la dificultad para concentrarse. No está específicamente diseñada para establecer un diagnóstico clínico de depresión, sino para identificar niveles elevados de sintomatología depresiva en población general sin diagnóstico clínico. En esta investigación se utilizó la versión breve traducida y adaptada a la población española de Herrero y Gracia (2007) compuesta por 7 ítems (por ejemplo, “sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza” o “me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo”), y elaborada a partir de la versión reducida de la CES-D de 9 ítems de Santor y Coyne (1997). La escala de puntuación implica indicar la frecuencia que mejor describe cómo se ha sentido la persona durante la última semana, según las siguientes alternativas: 0 = Menos de un día; 1 = Uno o dos días; 2 = Tres o cuatro días y 3 = Cinco o siete días. La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en los siete reactivos que componen la escala, valorando de forma inversa el ítem seis por tener un significado positivo respecto a la depresión. El rango de puntuación oscila entre 7 y 28. El punto de corte establecido para determinar la presencia de síntomas clínicamente significativos es una puntuación igual o superior a 9 (Salinas-Rodríguez et al., 2013). El estudio de la fiabilidad de la escala original indica una buena consistencia interna tanto en población general ($\alpha = .85$) como en pacientes clínicos ($\alpha = .90$). La adaptación española presenta una estructura unidimensional que explica el 51% del total de la varianza. El análisis de las propiedades psicométricas revela una consistencia interna tanto en el primer panel ($\alpha = .82$) como en el segundo ($\alpha = .85$) y una adecuada fiabilidad test-retest. En el presente estudio se obtiene una buena consistencia interna ($\alpha = .86$).

EHSM. Escala de Homofobia Sutil y Manifiesta (Quiles, Betancor, Rodríguez, Rodríguez y Coello, 2003). La escala de homofobia sutil y manifiesta es un instrumento compuesto por 17 ítems que evalúa dos tipos de actitudes homofóbicas: (1) homofobia manifiesta (por ejemplo: *“por su propia condición, los/as homosexuales nunca alcanzarán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales”*) y (2) homofobia sutil (por ejemplo: *“las ideas que los/as homosexuales pueden inculcar a un niño son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual”*). El instrumento se elaboró a partir de los ítems de la Blatant and Subtle Prejudice Scales de Pettigrew y Meertens (1995). Para ello, se adaptaron los 10 ítems referidos al componente de prejuicio manifiesto (cuatro pertenecientes al factor de intimidad y seis pertenecientes al factor de amenaza y rechazo) y 7 de los 10 ítems correspondientes al componente de prejuicio sutil, ya que los otros tres presentaban características inadecuadas para referirse a las personas homosexuales. Los enunciados se responden mediante una escala de respuesta tipo Likert con siete opciones de respuesta que van desde 1 *«Totalmente en desacuerdo»* a 7 *«Totalmente de acuerdo»*. La puntuación total referida al prejuicio manifiesto se calcula sumando los puntos asignados a cada ítem, contabilizando de forma inversa los reactivos dos, cuatro, siete, ocho y diez, obteniendo un valor entre 10 y 70. Mientras que para obtener la puntuación referida al prejuicio sutil, se suman los puntos asignados contabilizando de forma inversa los reactivos catorce, dieciséis y diecisiete, obteniendo una puntuación entre 7 y 49. Una mayor puntuación indica mayor homofobia sutil y manifiesta. El análisis de componentes principales de la escala de homofobia manifiesta revela una estructura factorial bidimensional que explica el 43.5% del total de la varianza. El primer componente *“Intimidad”* explicó el 22.68% de la varianza, mientras que el segundo factor *“Rechazo”* explicó el 20.89%. El estudio de la fiabilidad revela una buena consistencia interna tanto de la escala total ($\alpha = .71$) como de las dos subescalas, intimidad ($\alpha = .67$) y rechazo ($\alpha = .62$). El análisis de componentes principales de la escala de homofobia sutil muestra, al igual que la primera, una estructura bidimensional. El primer factor *“diferencias culturales y de valores”* explicó el 28.4% de la varianza, mientras el segundo componente *“Sentimientos Positivos”* explicó el 24.3%. En conjunto, ambos explicaron 52.74% de la varianza. El análisis de la fiabilidad muestra buena consistencia interna tanto en las dos subescalas, diferencias culturales ($\alpha = .62$) y sentimientos positivos ($\alpha = .77$), como en la escala total ($\alpha = .63$). En el presente estudio se obtiene una buena consistencia de ambas escalas, homofobia manifiesta ($\alpha = .82$) y homofobia sutil ($\alpha = .74$).

SIHS. Escala breve de Homofobia Interiorizada (Currie, Cunningham y Findlay, 2004). La SIHS es un cuestionario compuesto por 13 ítems relacionados con la homofobia internalizada (por ejemplo, *“es importante para mí controlar quién conoce mi homosexualidad o bisexualidad”* o *“la mayoría de homosexuales y/o bisexuales prefieren los encuentros sexuales anónimos”*) que evalúa

tres aspectos concretos. El primer factor «*identificación pública como homosexual (IPH)*» recoge diversos sentimientos relacionados con la visibilización pública de la propia homosexualidad. El segundo factor «*confort sexual con personas homosexuales (CSEX)*» evalúa algunos mitos relacionados con la promiscuidad o con la incapacidad para mantener relaciones afectivas estables. El tercer factor «*confort social con personas homosexuales (CSOC)*» evalúa la capacidad para relacionarse socialmente con otras personas abiertamente homosexuales. Cabe destacar que la versión utilizada en este estudio es la traducción y validación española llevada a cabo por Morell-Mengual et al. (2017). Se responde mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco alternativas que van desde 1 «*Totalmente en desacuerdo*» hasta 5 «*Totalmente de acuerdo*». El rango de puntuación oscila entre 13 y 65, una mayor puntuación indica mayor homofobia interiorizada. La consistencia interna del cuestionario original es de .78 (Currie et al., 2004). Por su parte, los análisis psicométricos realizados con la adaptación española revelan una buena fiabilidad tanto de la escala total ($\alpha = .80$) como de sus tres factores: IPH ($\alpha = .76$), CSEX ($\alpha = .79$) y CSOC ($\alpha = .70$). Cabe destacar que en el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .81 en la escala total y de .76 en IPH, de .80 en CSEX y de .69 en CSOC.

2.4. INSTRUMENTOS SOBRE VARIABLES CONDUCTUALES

SAS. Escala de Asertividad Sexual (Morokoff et al., 1997). La versión utilizada para el presente estudio es la traducción y validación española de Sierra, Vallejo-Medina y Santos-Iglesias (2011). La SAS es una escala compuesta por 18 ítems (por ejemplo: “*Me niego a tener sexo si no me apetece, incluso si mi pareja insiste*” o “*Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex*”) que evalúan tres aspectos de la asertividad sexual. La primera subescala (Inicio) mide la frecuencia con la que una persona comienza una relación sexual de manera deseada; la segunda dimensión (Rechazo) evalúa la frecuencia con la que una persona es capaz de impedir una práctica sexual concreta o una relación sexual no deseada y la última (Embarazo e Infecciones de transmisión sexual) mide la frecuencia con la que una persona insiste en el uso del preservativo y/o la barrera de látex. Los ítems se responden mediante una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 0 «*Nunca*» y 4 «*Siempre*». La puntuación de cada dimensión se calcula sumando los puntos asignados a cada ítem, contabilizando de forma inversa los reactivos tres, cuatro y seis para la primera subescala, ocho, diez y once para la segunda y trece, catorce y dieciséis para la tercera, obteniendo un valor entre 0 y 24. Una mayor puntuación indica mayor asertividad sexual. Además, Sierra, Santos-Iglesias y Vallejo-Medina (2012) proporcionan baremos para hombres y mujeres entre 18 y 88 años. El análisis psicométrico de la escala original muestra una buena consistencia interna tanto en estudiantes universitarias: Total ($\alpha = .79$), Inicio ($\alpha = .82$),

Rechazo ($\alpha = .80$) y E-ETS ($\alpha = .85$) como en mujeres con conductas sexuales de riesgo: Total ($\alpha = .82$), Inicio ($\alpha = .77$), Rechazo ($\alpha = .74$) y E-ETS ($\alpha = .82$). Además, se ha observado una buena fiabilidad test-retest de entre .60 y .71 a los seis meses y de entre .59 y .69 al año. Por su parte, la adaptación realizada con población española muestra una estructura trifactorial que explica el 48% del total de la varianza. A su vez, los estudios de la fiabilidad llevados a cabo por Sierra et al. (2011) y (Sierra et al. (2012) revelan adecuadas propiedades psicométricas, obteniéndose unos coeficientes omegas de entre .77 y .80 en Inicio, .76 y .77 en Rechazo y .85 y .89 en E-ETS. En el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .82 en la subescala E-ETS.

SCS. Escala de Compulsividad Sexual (Kalichman y Rompa, 1995). En el presente estudio se utiliza la versión española de Ballester-Arnal, Gómez-Martínez et al. (2013) compuesta por 10 reactivos (por ejemplo, "*tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales*" o "*mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida*") que describen diversas situaciones relacionadas con el comportamiento sexual compulsivo, las preocupaciones sexuales y diversos pensamientos sexuales intrusivos. El instrumento se responde mediante una escala de respuesta tipo Likert con cuatro alternativas que van desde 1 «*nada característico en mí*» hasta 4 «*muy característico en mí*». La puntuación total se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem, obteniendo un valor que oscila entre 10 y 44. No se especifica un punto de corte que permita discriminar entre personas con alta o baja compulsividad sexual. A mayor puntuación, mayor compulsividad sexual. El análisis psicométrico de la escala original (Dodge et al., 2004; Kalichman y Rompa, 1995) muestra una buena consistencia interna en hombres homosexuales ($\alpha = .86$), en hombres y mujeres con bajos ingresos ($\alpha = .81$) y en estudiantes universitarios ($\alpha = .82$). La traducción y adaptación con estudiantes universitarios revela una estructura factorial bidimensional que explican el 52.74% del total de la varianza: (1) "falta de control de impulsos" e (2) "interferencia de los comportamientos sexuales". El estudio de la fiabilidad indica una buena consistencia interna tanto de la escala total ($\alpha = .84$) como de las dos subescalas, falta de control ($\alpha = .79$) e interferencia ($\alpha = .72$). Por su parte, la correlación test-retest es de .73. En el presente estudio se obtiene un Alpha de Cronbach de .85 para la escala total y de .78 y .76 para la subescalas falta de control e interferencia, respectivamente.

SSSS. Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995). La SSSS es una escala que evalúa la búsqueda de sensaciones sexuales. La versión utilizada para la presente investigación es la adaptación española elaborada por Gil-Llario, Morell-Mengual, Giménez-García, Salmerón-Sánchez y Ballester-Arnal (2018). El instrumento está compuesto por 11 reactivos relacionados con las conductas sexuales (por ejemplo, "*en las relaciones sexuales, para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona*" o "*he dicho cosas*

que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo"). Se contesta mediante una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que van desde 1 «nada característico en mí» a 4 «muy característico en mí». La puntuación total se calcula sumando los puntos asignados en cada ítem, obteniendo un valor que oscila entre 11 y 44. No se proporciona un punto de corte que permita discriminar entre personas con alta o baja búsqueda de sensaciones sexuales, pero sí baremos. Una mayor puntuación indica una mayor búsqueda de sensaciones sexuales. El análisis de la fiabilidad de la escala original muestra una buena consistencia interna en estudiantes universitarios ($\alpha = .83$), en hombres homosexuales y bisexuales ($\alpha = .79$) y en mujeres y hombres con bajos ingresos ($\alpha = .81$) (Gaither y Sellbom, 2003; Kalichman y Rompa, 1995). La traducción y adaptación con estudiantes adolescentes presenta una estructura factorial bidimensional que explica el 48.98% del total de la varianza: (1) "atracción por las Sensaciones Físicas (ASF)" y (2) "búsqueda de Nuevas Experiencias (BNE)". El estudio de la fiabilidad indica una buena consistencia interna tanto de la escala total ($\alpha = .82$) como de las dos subescalas, ASF ($\alpha = .76$) y BNE ($\alpha = .82$). El Alpha de Cronbach para la muestra del presente estudio es de .74 para la escala de ASF, de .86 para la escala de BNE y .80 para la escala total.

2.5. INSTRUMENTOS SOBRE ESTRESORES RELACIONADOS CON LA SEXUALIDAD

GVH-7. Escala de Gravedad de la Victimización Homofóbica (Ballester-Arnal, Morell-Mengual, Gil-Llario, Salmerón-Sánchez y Castro-Calvo, 2015). Instrumento compuesto por 7 ítems que evalúa la gravedad de la victimización homofóbica en relación a tres tipos de violencia: (1) violencia psicológica (por ejemplo, "Me han insultado o ridiculizado", (2) violencia relacional (por ejemplo, "Me han dejado de hablar") y (3) violencia física (por ejemplo, "Me han amenazado" o "Me han propinado golpes o empujones"). El instrumento se elaboró a partir del estudio sobre violencia homofóbica de FELGTB (2013) y se contesta mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde debe indicarse la frecuencia con la que se experimentan los diversos comportamientos recogidos en cada ítem: 0 = *Nunca*, 1 = *Raramente*, 2 = *A veces*, 3 = *A menudo o habitualmente*, 4 = *Muy a menudo o a diario*. La puntuación referida a la violencia psicológica y relacional se calcula sumando los puntos asignados a los ítems uno, dos, tres y siete, obteniendo un valor entre 0 y 16. Mientras que, para obtener la puntuación referida a la violencia física, se suman los puntos asignados en los ítems cuatro, cinco y seis, obteniendo una puntuación entre 0 y 12. El análisis factorial la GVH-7 reveló una estructura bifactorial que explicó el 70.46% del total de la varianza. La fiabilidad de la escala y de sus factores se calculó en términos de consistencia interna a través del alfa de Cronbach. Tanto la escala global ($\alpha = .83$) como las dos subescalas, violencia psicológica-relacional ($\alpha = .81$) y violencia física ($\alpha = .74$), mostraron una buena fiabilidad. El Alpha de

Cronbach de la escala total obtenido en este estudio es de .86 para la escala total, de .84 para la subescala de violencia psicológica-relacional y de .80 para la subescala de violencia física.

DRAS. Cuestionario de Detección del Riesgo de Abuso Sexual (Gil-Llario, Ballester-Arnal, Morrell-Mengual, Caballero-Gascón y Castro-Calvo, 2018). El DRAS es un cuestionario autoadministrado compuesto por 19 ítems (por ejemplo, "*si alguien intentase abusar sexualmente de mí, yo debería gritar: ¡Para! ¡Ayuda! ¡Socorro!*" o "*si abusaran de mí debería ir a contárselo a la policía*") que realiza un screening del riesgo de abuso sexual en personas con discapacidad intelectual leve o moderada en cinco dimensiones. El primer factor "aceptación del abuso por afecto" evalúa la probabilidad de ser víctima de abuso sexual por parte de personas del entorno más cercano. El segundo factor "negación del riesgo asociado a lugares" valora la percepción del riesgo de abuso sexual en distintas ubicaciones. El tercer factor "percepción de factores de riesgo y autoprotección" evalúa diversas variables que incrementan o disminuyen la probabilidad de victimización, como el consumo de alcohol o el dominio de habilidades de afrontamiento. El cuarto factor "desconocimiento de los límites corporales" evalúa los conocimientos que la persona posee en relación con el espacio personal. El quinto factor "revelación del abuso" valora la capacidad de hacer pública la experiencia de abuso sexual en caso de que acontezca. El instrumento se responde mediante una escala de respuesta dicotómica con las alternativas de «verdadero» y «falso». La puntuación total se calcula sumando un punto por cada respuesta incorrecta, obteniendo un valor que oscila entre 0 y 19. Una mayor puntuación indica un mayor riesgo de abuso sexual. El análisis factorial del DRAS reveló una estructura penta factorial que explicó el 53.26% de la varianza. La fiabilidad de la escala y de sus factores revela una buena consistencia interna tanto de la escala global ($\alpha = .82$) como de sus cinco factores, aceptación del abuso por afecto ($\alpha = .93$), negación del riesgo asociado a lugares ($\alpha = .73$), percepción de factores de riesgo y autoprotección ($\alpha = .75$), desconocimiento de los límites corporales ($\alpha = .70$) y revelación del abuso ($\alpha = .74$). Además, la escala presenta una adecuada estabilidad temporal ($r = .47$) y una buena validez predictiva. El Alpha de Cronbach de la escala total obtenido en este estudio es de .72.

3. PROCEDIMIENTO

La investigación comenzó con una exhaustiva revisión de los principales modelos y variables implicadas en la prevención sexual del VIH. Esta búsqueda permitió identificar alrededor de dieciocho variables relacionadas, en mayor o menor grado, con el uso sistemático del preservativo y/o la barrera de látex. Posteriormente se realizó una búsqueda de los principales instrumentos de evaluación para dichas variables. De todos los cuestionarios identificados algunos fueron

desechados por no cumplir los requisitos psicométricos básicos o no ajustarse a los objetivos específicos de esta investigación.

Algunos instrumentos estaban originalmente en español o disponían de una versión traducida y validada, otros en cambio estaban en inglés, de modo que fueron traducidos. Para su traducción se siguieron las directrices establecidas para la adaptación de instrumentos psicométricos (Harkness, Pennell y Schoua-Glusberg, 2004). Específicamente, dos psicólogos con alta competencia en inglés realizaron traducciones independientes que posteriormente se pusieron en común. En esta fase se prestó especial atención a las cuestiones de género, de manera que la redacción de los reactivos resultara inclusiva tanto para mujeres como para hombres. Esta versión preliminar fue administrada a un pequeño grupo piloto quienes respondieron el cuestionario y señalaron aquellos que ítems que, a su juicio, presentaban problemas de comprensión. Tras realizar los cambios sugeridos se dispuso de la versión final que se incluyó en la batería de evaluación.

Para algunas variables no existían instrumentos específicos o estos no cumplían los objetivos del estudio por lo que también se elaboraron tres cuestionarios relacionados con la autoeficacia para el uso de la barrera de látex, la severidad de la victimización homofóbica y la detección del riesgo de abuso sexual. En su construcción un grupo de expertos en psicología de la salud y psicología de la educación, pertenecientes al equipo de investigación SALUSEX de la Universitat de valència, generaron un conjunto de ítems a partir de diversos estudios e instrumentos atingentes. Los ítems de cada instrumento fueron revisados por dos expertos a los que se les solicitó una exhaustiva evaluación de cada enunciado según los siguientes criterios de calidad: corrección sintáctica, comprensión semántica y adecuación de los ítems al constructo específico. Siguiendo las sugerencias realizadas, se eliminaron los reactivos que presentaban problemas de formulación, se reescribieron algunos enunciados utilizando expresiones alternativas y se agruparon aquellos ítems con contenido similar. La versión corregida del instrumento se administró a un pequeño grupo de personas para comprobar su comprensión.

El CUSEXDI, el DRAS y la EBAP conformaron, junto con un breve cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos, la batería de evaluación para las personas con diversidad funcional intelectual. En una aplicación preliminar se comprobó que su cumplimentación no conllevaba más de 90 minutos. La batería de evaluación para personas sin diversidad funcional intelectual estaba compuesta por el Cuestionario de Prevención del Sida, diversos cuestionarios autoaplicados en función del género y la orientación sexual (EBAP, EABL, SCS, RSES, CES-D, EHSM, SIHS, SAS, SSSS y GVH-7) y un breve cuestionario *ad hoc* de datos sociodemográficos. Se estimó que el tiempo requerido para cumplimentar esta batería rondaba entre 1 hora y media y 2 horas. Una vez elaboradas las baterías de evaluación, se inició la fase de reclutamiento. El objetivo inicial era conseguir que al

menos 1.450 personas (300 hombres heterosexuales, 300 mujeres heterosexuales, 300 hombres que tienen sexo con hombres, 300 mujeres que tienen sexo con mujeres y 250 personas con diversidad funcional intelectual) completaran la evaluación.

Los participantes sin diversidad funcional intelectual pertenecientes a la población general se reclutaron de forma online. Para ello se estableció contacto vía email con diversas asociaciones, ONGs, entidades y colectivos (por ejemplo, Federación Española de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales, Cruz Roja, el Instituto de la Juventud, la Federación de estudiantes, etc.) solicitándoles su colaboración y proporcionándoles toda la información necesaria sobre el estudio que se iba a desarrollar. En cada comunidad autónoma se estableció contacto con un número suficiente de asociaciones para asegurar la representatividad y la extrapolación de los datos a todo el estado español, tanto peninsular como insular. A continuación, las entidades que manifestaron su interés en colaborar publicaron, a través de sus redes sociales (Facebook y Twitter, principalmente) o sus páginas webs, un mensaje que proporcionada información sobre el estudio y un enlace que remitía a la batería de cuestionarios. Al inicio se informaba de la voluntariedad de su participación, así como del anonimato y la confidencialidad de los datos proporcionados. Durante los meses de septiembre del 2014 y febrero del 2015, 1.599 personas respondieron la batería de los cuales 11 fueron eliminados por presentar un patrón de respuestas extremo en más de tres instrumentos.

Para la obtención de la muestra de personas con diversidad funcional intelectual en primer lugar, se contactó con los responsables de las dos principales redes de centros de día existentes para esta población en la Comunidad Valenciana: la coordinadora de recursos de atención a personas con diversidad funcional intelectual (COPAVA) y el Instituto Valenciano de Acción Socio-Sanitaria (IVASS). Una vez expuesto el objetivo y protocolo de evaluación del estudio, ambas aceptaron colaborar. De los 54 centros gestionados por estas instituciones, se seleccionaron 23 para su participación en el estudio. A fin de asegurar la representatividad de la muestra, en la selección de los centros se siguió un procedimiento de muestreo aleatorio estratificado en función de la densidad de población (Lohr, 2010): así, se priorizaron los centros situados en núcleos urbanos con una densidad media de población (los que acumulan las mayores tasas de población con diversidad funcional) y se complementó la evaluación con centros situados en núcleos con mayor y menor densidad de población. En cada centro se evaluó una media de 11 usuarios/as. Para su participación en el estudio, debían cumplir los siguientes criterios de inclusión: 1) tener al menos 18 años; 2) haber sido diagnosticado de discapacidad intelectual entre leve y moderada a través de un test de inteligencia normalizado y; 3) contar con las habilidades de comprensión y de comunicación necesarias para completar satisfactoriamente la evaluación. De la investigación se

excluyó a los usuarios con discapacidad intelectual grave y profunda y aquellos cuyos tutores legales no hubieran autorizado su participación. Respecto al procedimiento, varios evaluadores del equipo de investigación SALUSEX con experiencia clínica con personas con diversidad funcional intelectual se encargaron de evaluar de forma individual a cada uno de los usuarios. A aquéllos con una apropiada capacidad de comprensión lectora se les explicó cómo completar los instrumentos y se les apoyó durante su cumplimentación; a los usuarios con una capacidad lectora limitada, se les aplicaron los instrumentos en formato entrevista y con un mayor apoyo en claves visuales (sobre todo en el caso del cuestionario DRAS). El tiempo medio por evaluación fue de 80 minutos, 10 de los cuales se dedicaban a facilitar un clima de confianza con el usuario.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En el primer bloque se analiza la frecuencia (%) de las prácticas sexuales más realizadas y del uso del preservativo y la barrera de látex con parejas esporádicas. Según el género, la orientación sexual y el grado de capacidad cognitiva de los participantes se establecen cinco grupos (hombres heterosexuales, mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres que tienen sexo con mujeres y personas con diversidad funcional intelectual) analizados independientemente para evitar que las características distintivas de cada colectivo interfieran la interpretación de los efectos atribuibles a la variable independiente.

En el segundo bloque se realiza un análisis comparativo de las puntuaciones obtenidas por los participantes en las distintas variables en función de la frecuencia de uso del preservativo o la barrera de látex, estableciendo dos subgrupos dentro del total de cada grupo. Por un lado, el subgrupo de riesgo está compuesto por aquellos hombres y mujeres heterosexuales que refieren un uso inconsistente del preservativo en coito vaginal; aquellos hombres que tienen sexo con hombres que presentan un uso inconsistente del preservativo en el coito anal; aquellas mujeres que tienen sexo con mujeres que no utilizan nunca la barrera de látex en el cunnilingus; y aquellas personas con diversidad funcional intelectual que no usan el preservativo en el coito vaginal. Por otro lado, el subgrupo de no riesgo está compuesto por aquellos hombres y mujeres heterosexuales que refieren un uso sistemático del preservativo en coito vaginal; aquellos hombres que tienen sexo con hombres que presentan un uso consistente del preservativo en el coito anal; aquellas mujeres que tienen sexo con mujeres que usan la barrera de látex en el cunnilingus; y aquellas personas con diversidad funcional intelectual que utilizan el preservativo en el coito vaginal.

El estadístico de contraste empleado para el análisis de las variables continuas (por ejemplo, puntuación en asertividad sexual) fue el estadístico t de Student. La magnitud de las diferencias en

dicho contraste se estimó a partir de la d de Cohen para el tamaño del efecto. En este caso, tamaños del efecto de alrededor de .20 fueron considerados pequeños, cercanos a .50 moderados y de .80 grandes (J. Cohen, 1988). El estadístico de contraste empleado para el análisis de las variables categóricas (por ejemplo, consumo de alcohol) fue el Chi Cuadrado. La magnitud de las diferencias en dicho contraste se estimó mediante el cálculo de la V de Cramer. En este caso, tamaños del efecto en torno a .10 son considerados pequeños, alrededor de .30 moderados y cercanos a .50 grandes (Ellis, 2010). La relación entre la frecuencia de uso del preservativo o la barrera de látex y las distintas variables se estima a través de correlaciones bivariadas (r de Pearson).

En el tercer y último bloque se integra en un único modelo los resultados obtenidos durante los análisis previos a través de una regresión logística binaria, con el objetivo de predecir o estimar la probabilidad de que un sujeto adopte medidas preventivas frente al VIH en función de determinadas características cognitivas, afectivas y conductuales. La variable dependiente del modelo fue el uso sistemático o no del preservativo en hombres y mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y personas con diversidad funcional intelectual; o la barrera de látex en mujeres que tienen sexo con mujeres. Las variables independientes son aquellas que durante los análisis previos demuestran su importancia para discriminar entre personas con prácticas sexuales seguras e inseguras. Entre estas variables se incluían algunas continuas (por ejemplo, las puntuaciones en la escala de autoeficacia) y otras categóricas (por ejemplo, haber consumido alcohol en el contexto previo a una relación sexual). El método para la introducción de variables fue el de método hacia delante (Wald). El ajuste se valoró a través de los índices de bondad de ajuste (Prueba de Hosmer-Lemeshow), de los valores de capacidad predictiva y significación (β , E.T., p , OR), del porcentaje de varianza explicada (R^2 de Nagelkerke) y de su sensibilidad y especificidad clasificando participantes.

Los datos se analizan mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 24. Para todas las pruebas realizadas se consideró un nivel de significación estadística de $p < .05$ ($\alpha = 5\%$).

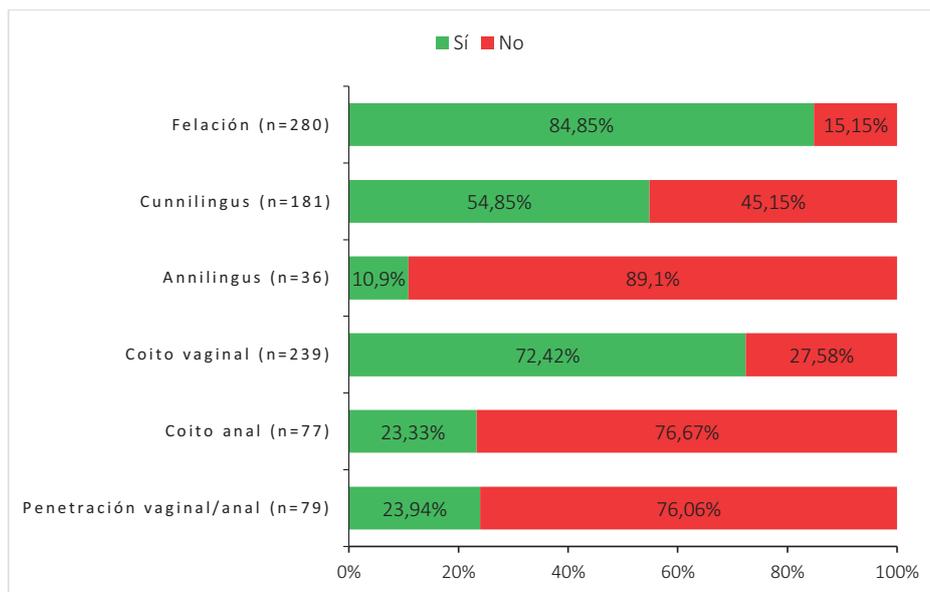
7. Resultados

1. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN HOMBRES HETEROSEXUALES

1.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Respecto al tipo de prácticas sexuales más realizadas con parejas esporádicas (ver figura 17), el 84.85% refiere haber recibido una felación (n = 280), mientras que la segunda práctica más realizada es el coito vaginal con un porcentaje del 72.42% (n = 239). Contrariamente, las conductas menos mencionadas son el annilingus y el coito anal con porcentajes del 10.90% (n = 36) y 23.33% (n = 77), respectivamente. Cabe destacar que un 50.21% refiere realizar otro tipo de prácticas sexuales diferentes a las anteriormente descritas, por ejemplo, uso de juguetes sexuales, masturbaciones mutuas, etc.

Figura 17.
Prácticas sexuales en hombres heterosexuales



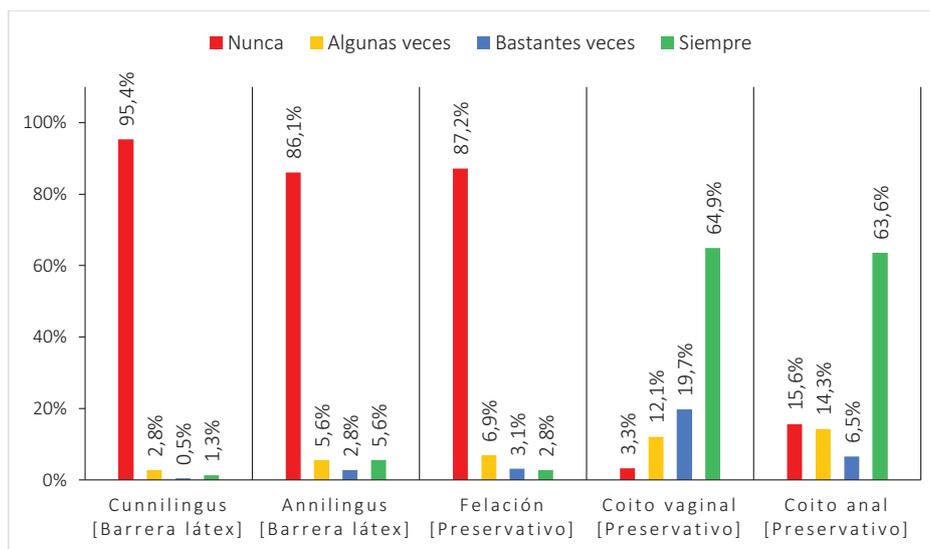
Fuente: elaboración propia

Entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con parejas esporádicas todavía existe un porcentaje considerable que no utiliza sistemáticamente el preservativo en las distintas conductas sexuales analizadas (ver figura 18). La práctica que menor uso del preservativo presenta es la felación con un porcentaje de uso sistemático del 2.8% (n = 8), seguido del coito anal con un 63.6% (n = 49) y el coito vaginal con un 64.9% (n = 155). Por su parte, el uso de la barrera de látex

presenta tasas prácticamente anecdóticas. Solo es utilizada sistemáticamente por el 3.3% de quienes practican cunnilingus ($n = 6$) y por el 5.6% de quienes practican annilingus ($n = 2$).

Figura 18.

Métodos preventivos utilizados por hombres heterosexuales



Fuente: elaboración propia

La selección de la variable criterio, empleada para el análisis del perfil diferencial en hombres heterosexuales con prácticas sexuales protegidas o no protegidas, se llevó a cabo considerando dos variables. Por una parte, se tuvo en consideración el riesgo biológico que implica cada práctica sexual (felación, cunnilingus, annilingus, coito vaginal, coito anal y penetración vaginal/anal táctil o mediante juguetes sexuales) y su frecuencia de realización con parejas esporádicas. Y, por otra parte, se consideró el porcentaje de uso sistemático de algún método preventivo de barrera (preservativo o barrera de látex).

En relación a las cifras obtenidas (ver figuras 17 y 18), se descartó el coito anal ya que, si bien es la práctica de mayor riesgo, solo es realizada por un pequeño porcentaje de los hombres que mantienen relaciones con parejas esporádicas (23.33%). También se descartó la felación porque, a pesar de ser la práctica más realizada (84.85%), es también la que menor riesgo biológico conlleva de todas las conductas analizadas y la que menor porcentaje de uso sistemático del preservativo presenta. Finalmente, se eligió como variable criterio la frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. Esta elección está motivada por dos razones: se trata de una

de las conductas sexuales más practicadas (72.42%) y presenta un elevado riesgo biológico para la infección por VIH.

La frecuencia de uso del preservativo se evaluó mediante el ítem 4.3 perteneciente al Cuestionario de Prevención Sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018): "*¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito vaginal realizado con parejas esporádicas?*". La respuesta, establecida mediante una escala tipo Likert de cinco alternativas, podía ser: "*no tengo esta práctica*", "*nunca*", "*algunas veces*", "*bastantes veces*" o "*siempre*". Puesto que la única práctica segura frente a la infección por VIH es el uso sistemático o "*siempre*" del preservativo, ya que las respuestas que revelan un uso inconsistente ("*algunas veces*" o "*bastantes veces*") implican algún riesgo en menor o mayor medida, se decidió establecer dos grupos:

1. **HOMBRES QUE USAN CONSISTENTEMENTE EL PRESERVATIVO (UCP):** conformado por quienes refieren un uso sistemático del preservativo (64.41%).
2. **HOMBRES QUE USAN INCONSISTENTEMENTE EL PRESERVATIVO (UIP):** compuesto por quienes no usan el preservativo nunca o lo hacen de forma no sistemática (35.59%).

Así pues, si bien la muestra inicial está formada por 386 hombres heterosexuales, solamente el 61.92% practica, o ha practicado recientemente relaciones coitales vaginales con parejas esporádicas. Por tanto, la muestra empleada para la realización de los análisis estadísticos queda finalmente conformada por 239 hombres con edades comprendidas entre 17 y 56 años ($M = 25.06$; $DT = 6.80$). De ellos, 155 pertenecen al grupo que UCP y 84 pertenecen al grupo que UIP. La distribución por edad ($t = 1.470$; $p = .143$), nivel educativo ($\chi^2 = 2.772$; $p = .462$) y nacionalidad ($\chi^2 = .018$; $p = .893$) fue equivalente en ambos grupos.

1.2. VARIABLES COGNITIVAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nivel de conocimientos sobre VIH

El 82.01% de la muestra analizada presenta un nivel de conocimientos alto acerca de las vías de transmisión del VIH, obteniendo una puntuación media de 10.22 ($DT = 1.77$) sobre una puntuación máxima de 13. Considerando los tres rangos establecidos a efectos interpretativos (conocimientos bajos, de 0 a 4 puntos; conocimientos medios, de 5 a 8 puntos; y conocimientos altos de 9 a 13 puntos); un 37.2% de quienes UIP y un 34.7% de quienes UCP presentan niveles medios, mientras que un 62.8% de los que UIP y un 65.3% de quienes UCP presentan niveles altos.

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 4) observamos que los hombres que UCP presentan mayores conocimientos globales que los hombres

que UIP, aunque estas diferencias no resultan significativas ($M = 10.25$ vs. $M = 18.18$; $p = .782$). El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de conocimientos no alcanza significación estadística ni en la escala global ($r = .047$; $p = .468$) ni en sus dos factores: objetos ($r = .009$; $p = .889$) y fluidos corporales ($r = .048$; $p = .464$).

Tabla 4.
Conocimientos VIH en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
OBJETOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 1)	4.06	.77	4.05	.86	.172	.01
FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 2)	6.94	1.44	7.01	1.40	-.311	.05
CONOCIMIENTOS GLOBALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	10.18	1.75	10.25	1.79	-.276	.04

Actitudes hacia el VIH

Los hombres que UIP perciben mayor vulnerabilidad ante una posible infección por VIH ($M = 17.55$ vs. $M = 14.54$) y menor temor con respecto a los hombres que UCP ($M = 58.56$ vs. $M = 56.62$). En ninguna de las dos variables aparecen diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 5). Del mismo modo, tampoco se encuentran diferencias significativas en la gravedad atribuida a la enfermedad en función de la frecuencia de uso del preservativo; el nivel de gravedad percibido es similar entre quienes UIP y quienes UCP ($M = 3.01$ vs. $M = 2.98$; $p = .690$).

El análisis de correlación llevado a cabo entre la frecuencia de uso del preservativo y las actitudes hacia el VIH únicamente alcanza significación estadística con el riesgo percibido ($r = .169$; $p = .009$).

Tabla 5.
Actitudes sobre VIH en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
VULNERABILIDAD PERCIBIDA	17.55	19.94	14.54	16.10	1.265	.17
TEMOR PERCIBIDO	58.56	38.06	56.62	36.34	.388	.05
SEVERIDAD PERCIBIDA	3.01	.73	2.98	.56	.399	.05

Autoeficacia

Los hombres que UCP presentan mayor autoeficacia que los hombres que UIP, siendo estas diferencias significativas tanto en la escala total (M = 30.17 vs. M = 27.02; $p = .001$) como en dos de sus tres factores, incomodidad (M = 13.79 vs. M = 12.17; $p = .001$) y barreras percibidas» (M = 7.74 vs. M = 6.25; $p = .001$). Los tamaños del efecto obtenidos en estas comparaciones son grandes, con valores que oscilan entre $d = .66$ y $d = .76$. Las situaciones ante las que, ambos grupos, se perciben más autoeficaces son aquellas que se refieren a una posible evaluación negativa o a un rechazo por parte de la pareja cuando se sugiere el uso del preservativo.

Tabla 6
Autoeficacia en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento cómodo o seguro a la hora de comprar condones	4.49	.87	4.32	1.04	-1.243	.17
2. Me resulta cómodo hablar acerca del uso del condón con una pareja antes de comenzar la relación sexual	4.12	1.08	4.33	.97	1.537	.20
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos condón, tengo miedo de que me rechace [†]	4.24	1.12	4.65	.70	3.086**	.44
4. No me siento seguro a la hora de sugerir el uso del condón a una nueva pareja ya que ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ITS [†]	4.39	1.05	4.71	.65	2.508*	.36
5. Estoy seguro de que recordaría usar el condón aunque haya consumido alcohol u otras drogas	3.35	1.45	4.05	1.06	3.931***	.55
6. Me siento incómodo a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja [†]	3.54	1.52	4.43	1.12	4.730***	.31
7. Estoy seguro de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	2.90	1.45	3.68	1.30	4.118***	.56
INCOMODIDAD (FACTOR 1)	12.17	2.62	13.79	1.78	5.063***	.72
BARRERAS PERCIBIDAS (FACTOR 2)	6.25	2.59	7.74	1.89	4.634***	.66
ADQUISICIÓN (FACTOR 3)	8.61	1.64	8.65	1.64	.203	.02
AUTOEFICACIA (PUNTUACIÓN TOTAL)	27.02	4.46	30.17	3.74	5.512***	.76

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Un análisis detallado de los ítems (ver tabla 6) revela que los hombres que UCP obtienen puntuaciones superiores en todas las cuestiones planteadas, excepto en el ítem 1 referido a la comodidad a la hora de comprar preservativos, en el que los hombres UIP perciben mayor nivel de autoeficacia.

Concretamente, se observan diferencias estadísticamente significativas en cinco de sus siete afirmaciones: ítem 3 «*miedo al rechazo cuando se sugiera su uso*» (M = 4.65 vs. M = 4.24; $p = .003$); ítem 4 «*incomodidad porque la pareja piense que se desconfía de su salud*» (M = 4.71 vs. M = 4.39; $p = .014$); ítem 5 «*recordar utilizarlo aun habiendo consumido alcohol u otras drogas*» (M = 4.05 vs. M = 3.35; $p = .001$); ítem 6 «*ponérselo a uno mismo o ponérselo a la pareja*» (M = 4.43 vs. M = 3.54; $p = .001$), e ítem 7 «*parar en el momento de mayor excitación para ponérselo*» (M = 3.68 vs. M = 2.90; $p = .001$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de autoeficacia alcanza significación estadística en la escala global ($r = .368$; $p = .001$) y en los factores incomodidad ($r = .361$; $p = .001$) y barreras percibidas ($r = .328$; $p = .001$), pero no en el factor adquisición ($r = .010$; $p = .884$).

Finalmente, cabe destacar que prácticamente la totalidad de la muestra (99.2%) presenta niveles medio-altos en autoeficacia, obteniendo una puntuación media de 24.85 (DT = 5.97) sobre una puntuación máxima de 35. Considerando la estimación de tres rangos interpretativos (autoeficacia baja, de 7 a 16 puntos; autoeficacia media, de 17 a 25 puntos; y autoeficacia alta de 26 a 35 puntos); un 41.7% de quienes UIP y un 16.8% de quienes UCP obtienen niveles medios, mientras que el 57.1% de los que UIP y el 82.6% de los que UCP obtienen niveles altos. Cabe destacar que esta distribución presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 18.206$; $p = .001$).

1.3. VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Autoestima

La puntuación media obtenida por la muestra analizada (M = 33.24; DT = 5.71) supera holgadamente el punto de corte que determina un nivel alto de autoestima (≤ 30 puntos). Aplicando los tres rangos interpretativos establecidos en la adaptación española (autoestima baja, de 10 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 29 puntos; y autoestima alta de 30 a 40 puntos); determinamos la existencia de un mayor porcentaje de hombres con baja autoestima (15.5%) y un menor porcentaje con alta autoestima (73.8%) entre quienes UIP que entre quienes UCP (10.3% y 80.6%, respectivamente).

Analizando las diferencias en función del uso del preservativo (ver tabla 7) observamos que los hombres que UCP presentan mayores niveles de autoestima con respecto a los hombres que UIP (M = 33.33 vs. M = 33.07), aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .740$). Concretamente, los hombres que UCP obtienen puntuaciones superiores en todas las cuestiones analizadas, excepto en el grado de utilidad que se siente en determinadas ocasiones, donde

los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones. En ambos grupos, los sujetos evaluados perciben mayor autoestima con respecto a sus sentimientos de valía, éxito y capacidad. Contrariamente, los supuestos que menor autoestima generan son el bajo nivel de positividad que se tiene hacia uno mismo y el deseo de respetarse más.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel general de autoestima no alcanza significación estadística ($r = .025$; $p = .706$).

Tabla 7.

Nivel de autoestima en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	3.23	.99	3.29	.83	-.533	.07
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso [†]	3.52	.67	3.52	.77	.012	-
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas	3.31	.78	3.40	.72	-.095	.12
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	3.40	.75	3.45	.74	-.466	.07
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso [†]	3.26	1.00	3.26	1.04	.028	-
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	3.13	.90	3.15	.85	-.148	.02
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo	3.07	.89	3.15	.84	-.665	.09
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo [†]	3.19	1.00	3.20	.96	-.072	.01
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones [†]	3.33	.83	3.23	.90	.851	.12
10. A veces pienso que no sirvo para nada [†]	3.62	.74	3.68	.76	-.569	.08
AUTOESTIMA (PUNTUACIÓN TOTAL)	33.07	5.87	33.33	5.63	-.333	.05

Nota: [†]ítems invertidos

Sintomatología depresiva

La puntuación obtenida por los hombres que UIP ($M = 5.43$, $DT = 4.41$) y los que UCP ($M = 6.03$, $DT = 4.61$) se encuentra por debajo del punto de corte establecido para determinar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (≤ 9 puntos). No obstante, el análisis de frecuencias determina la existencia de un mayor porcentaje de personas con sintomatología clínicamente depresiva en el grupo que UCP (18.7%) que en el grupo que UIP (17.9%).

La prueba de comparación de medias revela que, aunque los hombres que UCP obtienen puntuaciones ligeramente superiores con respecto a los que UIP ($M = 6.03$ vs. $M = 5.43$), estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .621$). Los análisis realizados con los ítems (ver tabla 8) establecen que, aunque los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todos

los supuestos, a excepción del ítem 6 «*disfruté de la vida*», no se observan diferencias significativas. Entre los hombres que UCP los síntomas que generan mayor severidad sintomatológica están relacionados con la incapacidad para conciliar el sueño adecuadamente y con sentirse deprimido.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la sintomatología depresiva no obtiene significación estadística ($r = .081$; $p = .210$).

Tabla 8.

Sintomatología depresiva en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Sentía cómo si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de familiares y amigos/as	.51	.80	.55	.88	-.383	.05
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	1.07	.92	1.25	.88	-1.421	.20
3. Me sentí deprimido	.52	.84	.63	.92	-.929	.12
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.74	.87	.83	.91	-.788	.10
5. No dormí bien	.93	.93	1.15	.97	-1.723	.23
6. Disfruté de la vida [†]	.94	.96	.85	.88	.753	.10
7. Me sentí triste	.71	.87	.77	.89	-.445	.07
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (PUNTUACIÓN TOTAL)	5.43	4.41	6.03	4.61	-.984	.13

Nota: [†]ítems invertidos

Homofobia manifiesta

Analizando las diferencias según la frecuencia de uso del preservativo (ver tabla 9) se comprueba que los hombres que UPI obtienen mayores puntuaciones en la escala global con respecto a los que UPC ($M = 30.43$ vs. $M = 26.99$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .029$). Al analizar los factores de la escala encontramos diferencias significativas, congruentes con los resultados previamente obtenidos, en el factor de intimidad ($M = 14.63$ vs. $M = 11.91$; $p = .001$). El tamaño del efecto de estas diferencias es medio en el factor de intimidad ($d = .50$) y pequeño en la escala global ($d = .34$).

Los hombres que UCP obtienen menores puntuaciones en todas las cuestiones, excepto en algunos ítems relacionados con la presión social que ejercen las personas homosexuales y con la creencia de que no es necesario implementar medidas legislativas específicas. Cuando realizamos un análisis ítem a ítem se observan diferencias significativas en cuatro cuestiones: ítem 2 «*los homosexuales, en el fondo, son iguales a los heterosexuales*» ($M = 2.92$ vs. $M = 1.82$; $p = .001$); ítem 7 «*si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas*

con otra mujer» (M = 3.20 vs. M = 2.47; p = .016); ítem 9 «el día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe» (M = 1.88 vs. M = 1.29; p = .004); e ítem 10 «si se diera el caso, no me importaría que un homosexual o una homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia» (M = 2.76 vs. M = 2.18; p = .045).

Tabla 9.
Homofobia manifiesta en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Existen muchos grupos de homosexuales que presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales	3.36	1.95	3.64	1.87	-1.017	.38
2. Los homosexuales, en el fondo, son iguales a los heterosexuales [†]	2.92	1.95	1.82	1.25	4.404***	.67
3. Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han logrado, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales	2.41	1.71	2.50	1.55	-.389	.06
4. No creo que los homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan	4.55	2.29	4.58	2.05	-.105	.01
5. Homosexuales y heterosexuales nunca se sentirán a gusto los unos junto a los otros, aunque sean realmente amigos	1.88	1.73	1.58	1.06	1.368	.21
6. Por su propia condición, los homosexuales nunca alcanzarán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales	1.72	1.50	1.48	1.06	1.215	.18
7. Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer [†]	3.20	2.22	2.47	1.83	2.437*	.36
8. Llegado el caso, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo [†]	5.75	1.72	5.45	1.87	1.153	.17
9. El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe [†]	1.88	1.63	1.29	.80	2.966**	.46
10. Si se diera el caso, no me importaría que un homosexual o una homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia [†]	2.76	2.13	2.18	1.68	2.02*	.30
INTIMIDAD (FACTOR 1)	14.63	5.88	11.91	4.93	3.546***	.50
RECHAZO (FACTOR 2)	11.25	6.15	10.49	4.18	1.063	.14
HOMOFOBIA MANIFIESTA (PUNTUACIÓN TOTAL)	30.43	11.97	26.99	8.21	2.214*	.34

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001; [†]ítems invertidos

El análisis de correlación realizado entre el uso del preservativo y la homofobia manifiesta obtiene significación estadística en la escala global ($r = -.193$; $p = .005$) y en el factor de intimidad ($r = -.249$; $p = .001$), pero no en el factor de rechazo ($r = -.094$; $p = .175$).

El 97.1% de la muestra analizada presenta niveles medio-bajos de homofobia manifiesta, obteniendo una puntuación media de 28.43 (DT = 10.64) sobre una puntuación máxima de 70. Considerando la estimación de tres rangos interpretativos (homofobia baja, de 10 a 29 puntos; homofobia media, de 30 a 50 puntos; y homofobia alta de 51 a 70 puntos); un 53.3% de quienes UIP y un 68.4% de quienes UCP obtienen niveles bajos, mientras que un 6.7% de los que UIP y el 0.8% de los que UCP obtienen niveles altos.

Homofobia sutil

La gran mayoría de la muestra analizada (93.7%) presenta niveles medio-bajos de homofobia sutil, obteniendo una puntuación media de 21.28 (DT = 7.78) sobre una puntuación máxima de 49. Considerando la estimación de tres rangos interpretativos (homofobia baja, de 7 a 20 puntos; homofobia media, de 21 a 35 puntos; y homofobia alta de 36 a 49 puntos); un 48% de quienes UIP y un 46.6% de quienes UCP obtienen niveles bajos, mientras que un 9.3% de los que UIP y el 4.5% de los que UCP obtienen niveles altos.

Analizando las diferencias en función de la frecuencia de uso del preservativo (ver tabla 10), los hombres que UPI obtienen mayores puntuaciones en la escala global con respecto a los hombres UPC ($M = 22.36$ vs. $M = 30.68$), aunque estas diferencias no resultan significativas ($p = .134$). Los hombres que UIP obtienen puntuaciones superiores en todos los supuestos, excepto en el ítem 1 referido a la creencia de que los homosexuales deben ser más prudentes y moderados con sus ideas, donde los hombres que UCP puntúan más alto. Los análisis comparativos realizados con los factores e ítems de la escala revelan diferencias significativas en el factor de intimidad ($M = 7.88$ vs. $M = 7.12$; $p = .046$) y en dos ítems referidos a la educación que las familias homoparentales transmiten a sus hijos y a la simpatía que se siente hacia las personas homosexuales: ítem 2 «*las ideas que los homosexuales pueden inculcar a un niño son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual*» ($M = 2.69$ vs. $M = 2.99$; $p = .013$) y ítem 6 «*a menudo siento simpatía por los homosexuales*» ($M = 3.75$ vs. $M = 3.26$; $p = .020$). En estas cuestiones los hombres que UIP son quienes obtienen mayores puntuaciones.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la homofobia sutil no resulta significativo ni en escala total ($r = -.120$; $p = .085$) ni en sus dos factores: sentimientos positivos ($r = -.132$; $p = .057$) y diferencia de valores ($r = -.093$; $p = .181$).

Tabla 10.*Homofobia sutil en hombres heterosexuales con UIP o UCP*

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país donde llegan, creo que los homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más comedidos	2.63	1.82	2.95	1.92	-1.206	.17
2. Las ideas que los homosexuales pueden inculcar a un niño son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual	3.69	2.03	2.99	1.88	2.506*	.36
3. Si los homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse	2.56	1.73	2.54	1.80	.073	.01
4. No creo que haya muchas diferencias en las creencias e ideas de homosexuales y de heterosexuales†	2.88	2.01	2.38	1.52	1.858	.28
5. Creo que los valores religiosos y éticos de los homosexuales son diferentes a los de los heterosexuales	2.72	1.71	2.68	1.72	.145	.02
6. A menudo siento simpatía por los homosexuales†	3.75	1.53	3.26	1.37	2.351*	.34
7. A menudo siento admiración por los homosexuales que conozco†	4.13	1.68	3.86	1.39	1.276	.18
DIFERENCIA DE VALORES (FACTOR 1)	14.48	6.63	13.56	6.05	1.022	.14
SENTIMIENTOS POSITIVOS (FACTOR 2)	7.88	2.98	7.12	2.39	2.009*	.28
HOMOFOBIA SUTIL (PUNTUACIÓN TOTAL)	22.36	8.48	20.68	7.32	1.503	.21

Nota: *p<.05; †items invertidos

1.4. VARIABLES CONDUCTUALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Consumo de drogas

El 66.9% de la muestra refiere consumir alcohol u otras drogas en el contexto previo o durante sus relaciones sexuales; el 66.9% ingiere alcohol, el 16.3% cannabis y el 5.4% otras drogas.

Tabla 11.*Consumo de drogas en hombres heterosexuales con UIP o UCP*

		UIP	UCP	χ^2	V Cramer
Alcohol	No	25%	37.40%	3.797*	.13
	Si	75%	62.60%		
Cannabis	No	76.20%	87.70%	5.323*	.15
	Si	23.80%	12.30%		
Otras	No	86.90%	98.70%	14.760***	.25
	Si	13.10%	1.30%		

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

Los análisis estadísticos realizados (ver tabla 11) determinan que los hombres que UIP presentan un consumo significativamente mayor de alcohol ($p = .034$), cannabis ($p = .018$) y otras drogas ($p = .001$) con respecto a los hombres que UCP.

Por su parte, el análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el consumo de drogas alcanza significación en todas las sustancias analizadas; alcohol ($r = -.127$; $p = .049$), cannabis ($r = -.169$; $p = .009$) y otras drogas ($r = -.247$; $p = .001$).

Asertividad sexual

Globalmente, el 88.7% de la muestra analizada presenta niveles medio-altos en asertividad sexual, con una puntuación media de 15.17 (DT = 6.73) sobre un total máximo de 24 puntos. Aplicando los puntos de corte establecidos por Sierra et al. (2012); un 20.2% de los que UIP y un 6.5% de los que UCP se sitúan por debajo del percentil 15.

Tabla 12.
Asertividad sexual en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera utilizarlos [†]	2.54	1.42	3.64	1.05	-4.578***	.88
2. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera [†]	2.61	1.50	3.41	1.08	-4.357***	.61
3. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	1.51	1.22	2.79	1.40	-7.045***	.97
4. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón [†]	2.00	1.34	2.99	1.25	-5.694***	.76
5. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	1.54	1.34	2.81	1.42	-6.763***	.92
6. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	.90	1.16	2.03	1.66	-6.763***	.79
ASERTIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	11.10	5.59	17.37	6.26	-7.679***	1.06

Nota: *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Los análisis estadísticos realizados (ver tabla 12) determinan que los hombres que UCP presentan mayor nivel de asertividad sexual que los hombres que UIP ($M = 17.37$ vs. $M = 11.10$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .001$) y presentando un tamaño del efecto grande ($d = 1.06$).

Congruentemente con el resultado anterior, los hombres que UCP obtienen puntuaciones significativamente superiores en todos los supuestos recogidos en el instrumento, con tamaños de efecto grandes que oscilan entre $d = .61$ y $d = .97$. Los hombres que UCP perciben mayor asertividad en la negociación del preservativo cuando tienen una fuerte convicción respecto a su uso a pesar de las presiones que pueda realizar la pareja para mantener relaciones sexuales desprotegidas, siendo capaces de rechazar cualquier interacción sexual que no implique su uso. Lógicamente los ítems que generan menor asertividad entre quienes UIP son la capacidad para asegurarse de utilizar el preservativo y el negarse a mantener relaciones sexuales cuando una pareja prefiere no utilizar preservativo.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la asertividad sexual determina una relación estadísticamente significativa y positiva entre ambas variables ($r = .476$; $p = .001$).

Compulsividad sexual

A nivel global, el 98.3% de los hombres presentan niveles medio-bajos en compulsividad sexual, con una puntuación media de 15.80 (DT = 4.95) sobre una puntuación máxima de 44. Considerando los tres rangos establecidos para la interpretación de las puntuaciones (compulsividad baja, de 10 a 19 puntos; compulsividad media, de 20 a 30 puntos; y compulsividad alta de 31 a 40 puntos); un 71.4% de quienes UIP y un 85.2% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 4.8% de los que UIP y un 0% de los que UCP presentan niveles altos.

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 13) observamos que los hombres que UIP presentan mayor nivel de compulsividad sexual que los hombres que UCP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala total ($M = 18.83$ vs. $M = 15.25$; $p = .035$) como en el factor interferencia ($M = 7.94$ vs. $M = 7.03$; $p = .033$). Los tamaños del efecto presentan magnitudes pequeñas con valores de $d = .30$ y $d = .31$, respectivamente. En general ambos grupos perciben mayor sensación de descontrol ante la capacidad para regular sus pensamientos sexuales en contextos no procedentes y ante la dificultad para encontrar parejas que tengan una alta libido sexual. Sin embargo, el ítem que genera mayor sensación de control en ambos grupos está referido a la capacidad para cumplir con las responsabilidades del día a día sin verse afectado por los comportamientos sexuales.

Cuando se realizan análisis comparativos con los ítems de la escala se observan diferencias significativas, con puntuaciones superiores por parte de los hombres que UIP, en cuatro ítems: ítem 2 «*mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida*»

($M = 1.46$ vs. $M = 1.25$; $p = .026$), ítem 3 «*mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana*» ($M = 1.58$ vs. $M = 1.37$; $p = .043$), ítem 4 «*a veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales*» ($M = 1.38$ vs. $M = 1.21$; $p = .050$), e ítem 5 «*a veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control*» ($M = 1.70$ vs. $M = 1.37$; $p = .008$).

Tabla 13.

Compulsividad sexual en hombres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones	1.75	.96	1.54	.76	1.777	.24
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida	1.46	.80	1.25	.54	2.253*	.31
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana	1.58	.87	1.37	.70	2.032*	.27
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales	1.38	.73	1.21	.48	1.980*	.28
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control	1.70	.99	1.37	.69	2.704**	.39
6. Me sorprendo a mí mismo pensando sobre sexo en el trabajo	2.51	1.11	2.28	.95	1.558	.22
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo	1.55	.78	1.45	.68	1.058	.14
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales	1.40	.68	1.31	.58	1.063	.14
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría	1.80	.92	1.73	.96	.582	.07
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo	1.76	1.01	1.66	.88	.775	.11
INTERFERENCIA (FACTOR 1)	7.94	3.51	7.03	2.26	2.442*	.31
IMPULSOS SEXUALES (FACTOR 2)	8.89	3.29	8.21	2.53	1.764	.23
COMPULSIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	16.83	6.15	15.25	4.08	2.126*	.30

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$

El análisis de correlación llevado a cabo entre la frecuencia de uso del preservativo y la compulsividad sexual alcanza significación estadística de signo negativo tanto en la escala global ($r = -.173$; $p = .007$) como en los dos factores: interferencia ($r = -.170$; $p = .008$) e impulsos sexuales ($r = -.136$; $p = .036$).

Búsqueda de sensaciones sexuales

Los hombres que UIP obtienen mayores niveles de búsqueda de sensaciones sexuales que los hombres que UCP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala total ($M = 28.38$ vs. $M = 26.05$; $p = .004$) como en el factor de atracción por las sensaciones físicas ($M = 19.86$ vs. $M = 17.60$; $p = .001$). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto pequeño ($d = .38$) y moderado ($d = .51$), respectivamente. En general, los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todas las cuestiones analizadas, excepto en los ítems 7 y 10 referidos al disfrute por ver videos pornográficos y a la apetencia por autoexplorar la sexualidad, en los cuales los hombres UCP obtienen mayores puntuaciones. Como es lógico, el ítem que genera mayores sensaciones sexuales entre los hombres que UIP es la preferencia por mantener relaciones sexuales sin preservativo.

Tabla 14.*Búsqueda de sensaciones sexuales en hombres heterosexuales con UIP o UCP*

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos	2.39	1.03	2.22	1.05	1.226	.16
2. Las sensaciones físicas son lo más importante del sexo	2.24	.95	1.99	.89	2.031*	.27
3. Disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón	3.26	.95	2.63	1.19	4.521***	.59
4. Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos	1.87	.93	1.23	.53	5.855***	.84
5. En las relaciones sexuales para mi es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona	2.00	.94	1.84	.89	1.313	.17
6. Disfruto de la compañía de personas sexuales	3.14	.89	3.03	.78	1.010	.13
7. Disfruto viendo videos pornográficos	3.00	.94	3.03	.89	-.261	.03
8. He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo	1.95	1.02	1.65	.89	2.425*	.31
9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales	2.88	1.00	2.82	.95	.470	.06
10. Me apetece explorar mi sexualidad	2.60	1.14	2.61	1.05	-.121	.01
11. Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales	3.05	1.01	3.01	.86	.268	.04
ATRACCIÓN POR LAS SENSACIONES FÍSICAS (FACTOR 1)	19.86	4.79	17.60	4.02	3.868***	.51
BÚSQUEDA DE NUEVAS EXPERIENCIAS (FACTOR 2)	8.52	2.79	8.45	2.54	.221	.26
BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	28.38	6.66	26.05	5.57	2.885**	.38

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Un análisis detallado de los ítems de la escala (ver tabla 14) permite determinar que, congruentemente con el resultado anterior, los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todas las cuestiones planteadas, a excepción del ítem 7 «*disfruto viendo videos pornográficos*» (M = 3.00 vs. M = 3.03) y del ítem 10 «*me apetece explorar mi sexualidad*» (M = 2.60 vs M = 2.61). Las diferencias significativas entre ambos grupos, a favor de los hombres que UIP, se observan en cuatro ítems: ítem 2 «*las sensaciones físicas son lo más importante del sexo*» (M = 2.24 vs. M = 1.99; p = .043); ítem 3 «*disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón*» (M = 3.26 vs. M = 2.63; p = .001); ítem 4 «*seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos*» (M = 1.87 vs. M = 1.23; p = .001); e ítem 8 «*he dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo*» (M = 1.95 vs. M = 1.65; p = .016).

El análisis de correlación entre la frecuencia de uso del preservativo y la búsqueda de sensaciones sexuales alcanza significación estadística de signo negativo en la escala total (r = -.169; p = .009) y en el factor de atracción por las sensaciones físicas (r = -.236; p = .001).

La mayor parte de la muestra (82.2%) presenta niveles medio-bajos en búsqueda de sensaciones sexuales, obteniendo una puntuación media de 26.87 (DT = 6.07) sobre una puntuación teórica de 24 puntos. Teniendo presentes los rangos establecidos a efectos interpretativos (BSS baja, de 11 a 21 puntos; BSS media, de 22 a 33 puntos; y BSS alta de 34 a 44 puntos); un 14.3% de quienes UIP y un 21.3% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 25% de los que UIP y un 12.9% de quienes UCP presentan niveles altos. La distribución entre los grupos presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 6.287$; p = .043).

1.5. MODELO PREDICTIVO PARA EL USO DEL PRESERVATIVO EN HOMBRES HETEROSEXUALES

Finalmente se realiza un análisis de regresión logística mediante el método hacia delante (Wald) con el objetivo de determinar qué variables influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo y poder, de este modo, diseñar e implementar programas preventivos específicos y eficaces (Ochoa y Pas, 2006). A partir del ítem 4.3 del Cuestionario de Prevención Sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018) que evalúa la conducta autoinformada de uso del preservativo "¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito vaginal realizado con parejas esporádicas?" se genera una variable dicotómica que constituye la variable dependiente (VD): frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. El valor 1 es asignado al evento de interés; en este caso, no utilizar sistemáticamente el preservativo en las relaciones sexuales (nunca, algunas veces y bastantes veces). Por el contrario, el valor 0 es asignado al comportamiento opuesto;

referir un uso sistemático del preservativo (siempre). A continuación, se introducen todas las variables independientes (VI) previamente estudiadas en los distintos análisis comparativos y que los modelos explicativos de la conducta sexual de riesgo recogen como variables explicativas.

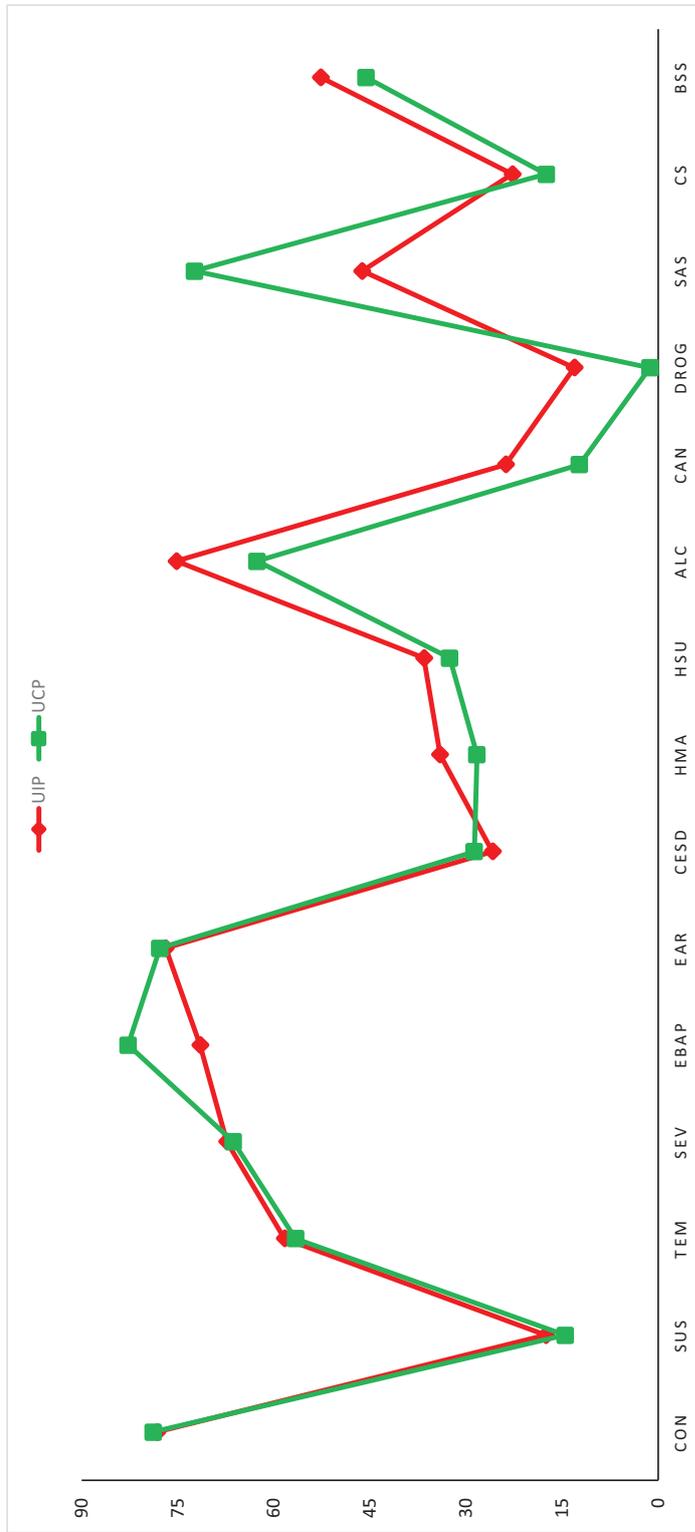
La prueba ómnibus de coeficientes de modelo resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 82.153$; $p = .001$), lo cual indica que las variables independientes analizadas explican la variable dependiente, es decir, que el modelo propuesto ayuda a explicar el uso inconsistente del preservativo. Los valores R cuadrado de Cox y Senell (.291) y R cuadrado de Naglekerke (.400) determinan que el modelo explica entre el 29.1% y el 40% de la varianza de la variable dependiente. Como se observa en la tabla 15, el factor de interferencia (Escala de Compulsividad Sexual) aparece como factor de riesgo para la conducta sexual de riesgo. Mientras que los factores de adquisición, barreras percibidas e incomodidad/miedo al rechazo (EBAP), la asertividad sexual y el no consumo de cannabis u otras drogas distintas del alcohol en el contexto previo a una relación sexual, aparecen como factores de protección. Cabe destacar que, de todas ellas, el hecho de no consumir drogas; y percibir menor incomodidad y menor miedo al rechazo en el uso del preservativo incrementan un 84.7% y un 23.4%, respectivamente, la probabilidad de usar preservativo en la práctica del coito vaginal con parejas esporádicas.

La prueba de Hosmer y Lemeshow alcanza significación estadística ($\chi^2 = 10.518$; $p = .231$), lo cual indica la bondad del ajuste del modelo propuesto. En general, se obtiene un buen resultado de clasificación con una media de 76.6% clasificaciones realizadas correctamente. Los resultados son mejores para la especificidad, puesto que clasifica correctamente al 89.7% de los hombres que usan el preservativo de forma sistemática, y un poco peores para la sensibilidad, puesto que clasifica correctamente al 52.4% de los hombres que usan inconsistentemente el preservativo.

Tabla 15.
Análisis de regresión múltiple en hombres heterosexuales

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC95% para Exp (β)	
							Inf.	Sup.
Consumo de otras drogas	-1.874	.817	5.261	1	.022	.153	.031	.761
Asertividad sexual (SAS)	-.134	.028	23.074	1	.001	.875	.828	.924
Interferencia (SCS)	.133	.058	5.251	1	.022	1.142	1.019	1.279
Adquisición (EBAP)	-.216	.110	3.877	1	.049	.805	.649	.999
Barreras percibidas (EBAP)	-.171	.077	4.993	1	.025	.843	.725	.979
Incomodidad y miedo al rechazo (EBAP)	-.267	.084	10.167	1	.001	.766	.650	.902

Figura 19.
Perfil diferencial entre hombres heterosexuales con UCP o UIP



Nota: CON: conocimientos; SUS: vulnerabilidad percibida; TEM: temor percibido; SEV: severidad percibida; EBAP: autoeficacia para el uso del preservativo; EAR: autoestima; CESD: sintomatología depresiva; HMA: homofobia manifiesta; HSU: homofobia sutil; ALC: consumo de alcohol; CAN: consumo de cannabis; DROG: consumo de otras drogas; SAS: asertividad sexual; CS: compulsioidad sexual; BSS: búsqueda de sensaciones sexuales

Fuente: elaboración propia

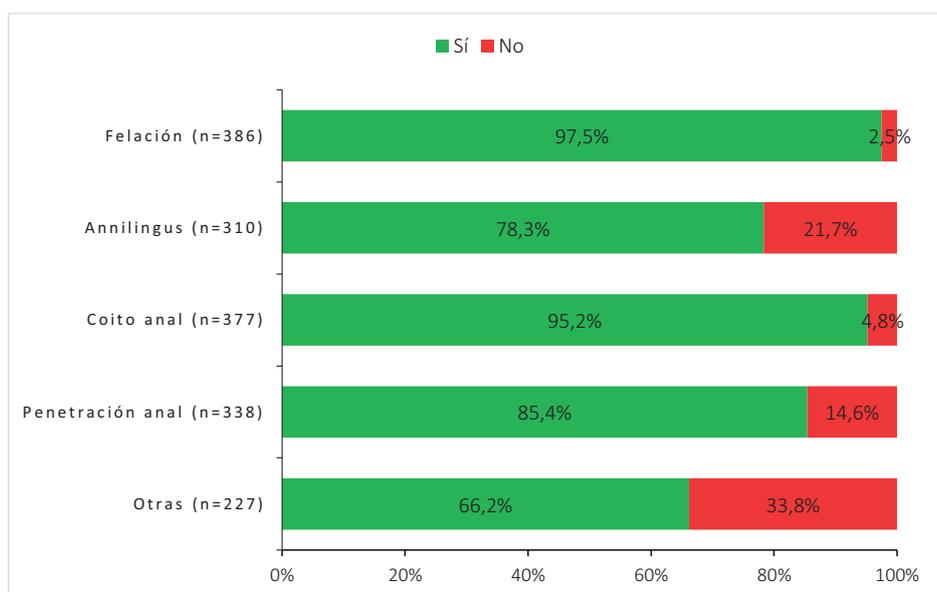
2. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

2.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

La práctica sexual más realizada (ver figura 20) es la felación, referida por el 97.5% de quienes mantienen relaciones con parejas esporádicas (n = 338), mientras que la segunda conducta más practicada es el coito anal con un porcentaje del 95.2% (n = 377). La penetración anal táctil y/o mediante juguetes sexuales y el annilingus ocupan el tercer y cuarto lugar con porcentajes del 85.4% (n = 338) y 78.3% (n = 310), respectivamente. Cabe destacar que un 66.2% refiere realizar otro tipo de prácticas sexuales diferentes a las anteriormente descritas de naturaleza parafilica.

Figura 20.

Prácticas sexuales en hombres que tienen sexo con hombres

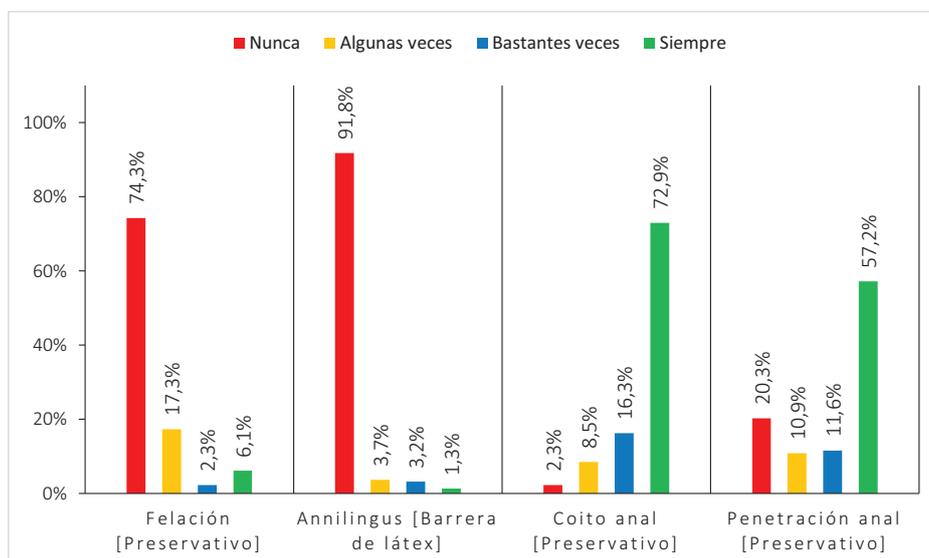


Fuente: elaboración propia

Con respecto a la frecuencia de uso del preservativo (ver figura 20) los datos revelan que todavía existe un elevado porcentaje de hombres que no lo utiliza sistemáticamente, sobre todo en aquellas prácticas sexuales que implican mayor riesgo. La práctica que menor frecuencia presenta es la felación con un porcentaje de uso sistemático del 16.7% (n = 20), seguido de la penetración anal con un 57.2% (n = 78) y el coito anal con un 72.9% (n = 250). Por su parte, la barrera de látex presenta un uso prácticamente despreciable ya que solo es utilizada sistemáticamente por el 1.1% de quienes practican el annilingus (n = 4).

Figura 21.

Métodos preventivos utilizados por hombres que tienen sexo con hombres



Fuente: elaboración propia

La elección de la variable criterio para realizar el perfil diferencial en HSH con uso consistente o inconsistente de preservativo, se realizó teniendo en cuenta los resultados previamente obtenidos. En primer lugar, se consideró el porcentaje de uso sistemático de algún método preventivo de barrera (preservativo o barrera de látex); y, en segundo lugar, se consideró el riesgo biológico que entraña cada práctica sexual (felación, annilingus, coito anal y penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales) y su frecuencia de realización con parejas esporádicas

En relación a los datos obtenidos (ver figuras 20 y 21) se descartó la penetración anal ya que, si bien es una práctica realizada por un gran porcentaje de quienes mantienen relaciones con parejas esporádicas (85.4%) su riesgo está circunscrito al uso compartido de juguetes sexuales cuando no se cambia el preservativo antes de su inserción en el recto de cada miembro de la pareja. Y en este sentido, los datos recogidos indican que cuando se mantienen relaciones sexuales esporádicas la penetración se realiza principalmente con los dedos o mediante el uso de juguetes sexuales no compartidos. También se descartó la felación y el annilingus porque a pesar de ser conductas muy practicadas (97.5 y 78.3%, respectivamente) son, por una parte, las que menor riesgo biológico comportan y, por otra parte, las que menor porcentaje de uso sistemático del preservativo (6.1% o barrera de látex (1.3%) presentan. Finalmente se optó por la frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito anal. Esta elección está motivada por dos razones:

se trata de una práctica realizada por el 95% de los HSH y constituye la conducta de mayor riesgo de infección tanto para la persona penetrada como para la persona que realiza la penetración (Sáez y Carrascosa, 2011).

Mediante el ítem 4.3 perteneciente al Cuestionario de Prevención Sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018): "*¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito anal realizado con parejas esporádicas?*" se evalúa la frecuencia de uso del preservativo. Puesto que las distintas opciones de respuesta eran: "*no tengo esta práctica*", "*nunca*", "*algunas veces*", "*bastantes veces*" o "*siempre*" se decidió conformar dos grupos circunscritos al uso sistemático del preservativo ("*siempre*") y al uso inconsistente ("*algunas veces*" o "*bastantes veces*"):

1. **GRUPO CON USO CONSISTENTE DEL PRESERVATIVO (UCP):** conformado por quienes refieren un uso sistemático del preservativo (72.9%).
2. **GRUPO CON USO INCONSISTENTE DEL PRESERVATIVO (UIP):** compuesto por quienes no usan el preservativo nunca o lo hacen de forma no sistemática (27.1%).

La muestra utilizada para los distintos análisis estadísticos queda conformada por 343 hombres con edades comprendidas entre 17 y 60 años ($M = 29.32$; $DT = 9.43$). De ellos, 250 pertenecen al grupo UCP y 93 pertenecen al grupo UIP. Cabe destacar que la distribución por edad ($t = .379$; $p = .720$) y nacionalidad ($\chi^2 = .021$; $p = .885$) fue equivalente en ambos grupos, pero no por nivel educativo ($\chi^2 = 9.893$; $p = .019$). Cabe destacar que, aunque la muestra inicial está conformada por 405 hombres, únicamente el 84.7% mantiene o ha mantenido en los últimos 12 meses relaciones coitales anales con parejas esporádicas. El 15.3% restante no ha realizado nunca esta práctica, han transcurrido más de 12 meses desde el último coito o únicamente mantienen relaciones con una pareja estable.

2.2. VARIABLES COGNITIVAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nivel de conocimientos sobre VIH

El 94.2% de la muestra analizada presenta un alto nivel de conocimientos acerca de las vías de transmisión del VIH, obteniendo una puntuación media de 11.07 ($DT = 1.47$) sobre una puntuación máxima de 13. Según los rangos de puntuación establecidos a efectos interpretativos (conocimientos bajos, de 0 a 4 puntos; conocimientos medios, de 5 a 8 puntos; y conocimientos altos de 9 a 13 puntos); un 4.3% de quienes UIP y un 6.4% de quienes UCP presentan niveles medios, mientras que un 95.7% de los que UIP y un 93.6% de quienes UCP presentan niveles altos.

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 16) se observa que los hombres que UIP presentan mayores conocimientos globales que los hombres que UCP, aunque estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ($M = 11.08$ vs. $M = 11.06$; $p = .412$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de conocimientos no obtiene significación estadística ni en la escala global ($r = .009$; $p = .872$) ni en sus dos factores: objetos ($r = -.048$; $p = .376$) y fluidos corporales ($r = -.013$; $p = .808$).

Tabla 16.

Conocimientos VIH en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
OBJETOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 1)	4.36	.73	4.40	.73	-.386	.05
FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 2)	7.46	1.17	7.42	1.23	.260	.03
CONOCIMIENTOS GLOBALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	11.08	1.44	11.06	1.48	.063	.01

Actitudes hacia el VIH

Los hombres que UIP perciben mayor vulnerabilidad ($M = 37.86$ vs. $M = 23.89$) y mayor temor ante una posible infección por VIH ($M = 68.96$ vs. $M = 68.44$) con respecto a los hombres que UCP. Estas comparaciones solo alcanzan significación estadística en la variable vulnerabilidad percibida ($p = .001$). Como se observa en la tabla 17, tampoco se encuentran diferencias significativas en la gravedad atribuida a la enfermedad en función de la frecuencia de uso del preservativo. En general, el nivel de gravedad percibido es similar entre quienes UIP y quienes UCP ($M = 2.74$ vs. $M = 2.88$; $p = .140$).

Tabla 17.

Actitudes en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
Vulnerabilidad percibida	37.86	26.77	23.89	22.62	4.812***	.56
Temor percibido	68.96	34.24	68.44	33.10	.126	.02
Severidad percibida	2.74	.79	2.88	.59	-1.484	.20

Nota: *** $p < .001$

El análisis de correlación llevado a cabo entre la frecuencia de uso del preservativo y las actitudes alcanza significación estadística en las variables vulnerabilidad percibida ($r = -.237$; $p = .001$) y severidad percibida ($r = .198$; $p = .001$).

Autoeficacia

Los hombres que UCP presentan mayores niveles de autoeficacia para el uso del preservativo que los hombres que UIP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala total ($M = 29.98$ vs. $M = 25.17$; $p = .001$) como en sus tres factores: miedo al rechazo ($M = 13.48$ vs. $M = 11.43$; $p = .001$), barreras percibidas ($M = 7.61$ vs. $M = 5.94$; $p = .001$) y adquisición ($M = 8.90$ vs. $M = 7.80$; $p = .001$). Los tamaños del efecto de estas comparaciones presentan magnitudes medias y grandes con valores que oscilan entre $d = .58$ y $d = 1.08$.

Tabla 18.

Autoeficacia en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento/sentiría cómodo o seguro a la hora de comprar condones	3.92	1.31	4.36	.99	-2.904**	.38
2. Me resulta/resultaría cómodo hablar acerca del uso del condón con una pareja antes de comenzar la relación sexual	3.87	1.21	4.54	.83	-4.892***	.64
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos condón, tengo/tendría miedo de que me rechace [†]	3.91	1.21	4.53	.92	-4.465***	.57
4. No me siento/sentiría seguro a la hora de sugerir el uso del condón a una nueva pareja ya que él podría pensar que lo hago porque creo que tiene una enfermedad de transmisión sexual [†]	3.94	1.31	4.63	.77	-4.801***	.64
5. Estoy seguro de que recordaría usar el condón aunque haya consumido alcohol u otras drogas	3.23	1.30	3.86	1.1	-4.156***	.52
6. Me siento/sentiría incómodo a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja [†]	3.58	1.39	4.32	1.24	-4.477***	.56
7. Estoy seguro de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	2.72	1.33	3.75	1.30	-6.465***	.78
INCOMODIDAD (FACTOR 1)	11.43	3.13	13.48	2.06	-5.846***	.77
BARRERAS PERCIBIDAS (FACTOR 2)	5.94	2.15	7.61	1.91	-6.939***	.82
ADQUISICIÓN (FACTOR 3)	7.80	2.14	8.90	1.60	-5.142***	.58
AUTOEFICACIA (PUNTUACIÓN TOTAL)	25.17	5.14	29.98	3.61	-8.293***	1.08

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Específicamente los hombres que UCP perciben mayor autoeficacia ante situaciones que requieren proponer o sugerir el uso del preservativo a pesar de la existencia de una posible evaluación negativa o rechazo por parte de la pareja. En ambos grupos, los supuestos que generan menor autoeficacia están relacionados con la capacidad para utilizar el preservativo en un momento de máxima excitación sexual o ante el consumo de alcohol u otras drogas. Las comparaciones realizadas con los ítems (ver tabla 18) permiten concluir que, congruentemente con los hallazgos previos, los hombres que UPC presentan puntuaciones significativamente superiores en todos los ítems, con tamaños de efecto pequeños y medios que oscilan entre $d = .38$ y $d = .78$.

Los análisis de correlación realizados determinan una relación significativa de signo positivo entre la frecuencia de uso del preservativo, tanto en la escala global ($r = .463$; $p = .001$), como en sus factores: inconvenientes ($r = .343$; $p = .001$), barreras percibidas ($r = .378$; $p = .001$) y adquisición ($r = .249$; $p = .001$).

Finalmente, cabe destacar que prácticamente la totalidad de la muestra analizada (97.7%) presenta niveles medio-altos en autoeficacia, obteniendo una puntuación media de 28.68 (DT = 4.60) sobre una puntuación máxima de 35. Considerando los tres rangos de puntuación establecidos a efectos interpretativos (autoeficacia baja, de 7 a 16 puntos; autoeficacia media, de 17 a 25 puntos; y autoeficacia alta de 26 a 35 puntos); se determina que un 51.6% de quienes UIP y un 16.8% de quienes UCP presentan niveles medios, mientras que un 41.9% de los que UIP y el 82.4% de los que UCP presentan niveles altos.

2.3. VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Autoestima

La puntuación media obtenida por el conjunto de la muestra evaluada ($M = 31.81$; $DT = 6.30$) supera el punto de corte establecido para determinar un nivel alto de autoestima (≤ 30 puntos). Considerando los puntos de corte que recoge la adaptación española de la escala (autoestima baja, de 10 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 29 puntos; y autoestima alta de 30 a 40 puntos); se determina que un 17.2% de quienes UIP y un 16.8% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 63.4% de los que UIP y un 70.8% de los que UCP presentan niveles altos.

Las comparaciones realizadas (ver tabla 19) determinan que los hombres que UIP obtienen puntuaciones superiores que los que UCP ($M = 31.85$ vs. $M = 31.80$) aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .944$). Si bien las comparaciones realizadas ítem a ítem no revelan diferencias significativas, en general ambos grupos muestran mayor autoestima ante aquellos supuestos que recogen pensamientos de éxito, utilidad y valía. Contrariamente los supuestos

que menor autoestima generan están relacionados con el nivel de satisfacción y el nivel de respeto que se tiene hacia uno mismo.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel general de autoestima no obtiene significación estadística ($r = -.010$; $p = .852$).

Tabla 19.

Nivel de autoestima en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	3.22	.86	3.20	.92	.173	.02
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso [†]	3.40	.74	3.39	.83	.060	.01
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas	3.26	.75	3.26	.76	.022	-
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	3.32	.81	3.24	.84	.777	.10
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso [†]	3.22	1.01	3.14	1.06	.589	.08
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	3.08	.91	3.02	.90	.467	.07
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo	2.92	.95	2.94	.89	-.102	.02
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo [†]	2.76	1.02	2.92	1.07	-1.222	.15
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones [†]	3.16	.83	3.16	.90	.012	-
10. A veces pienso que no sirvo para nada [†]	3.52	.82	3.53	.84	-.177	.01
AUTOESTIMA (PUNTUACIÓN TOTAL)	31.85	5.88	31.80	6.47	.070	.01

Nota: [†]ítems invertidos

Sintomatología depresiva

La puntuación media obtenida por la muestra evaluada en la CESD-7 ($M = 6.17$; $DT = 4.72$) se encuentra por debajo del punto de corte establecido para considerar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (≤ 9 puntos). El análisis de frecuencias revela la existencia de un mayor porcentaje de hombres con sintomatología clínicamente depresiva en el grupo UIP (22.6%) que en el grupo UCP (21.6%).

Los hombres que UCP obtienen una puntuación global ligeramente inferior con respecto a los que UIP ($M = 6.09$ vs. $M = 6.38$), aunque estas diferencias no resultan estadísticamente significativas ($p = .621$). Cabe destacar que, aunque ninguna de las comparaciones realizadas ítem a ítems presenta significación estadística (ver tabla 20), los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todos los supuestos presentados, excepto en el ítem 2 «*me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo*», el ítem 4 «*me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo*» y el ítem 5 «*no*

dormí bien», donde son los hombres que UCP quienes obtienen mayores puntuaciones. En ambos grupos los síntomas que generan mayor severidad están relacionados con la capacidad para conciliar el sueño y concentrarse.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la severidad de los síntomas depresivos no resulta estadísticamente significativo ($r = -.012$; $p = .822$).

Tabla 20.

Sintomatología depresiva en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de familiares y amigos/as	.74	.90	.62	.92	1.099	.13
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	1.09	.82	1.10	.88	-.133	.01
3. Me sentí deprimido	.77	.89	.70	.88	.691	.08
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.82	.86	.88	.94	-.564	.07
5. No dormí bien	1.02	.97	1.06	.96	-.365	.04
6. Disfruté de la vida [†]	1.00	.91	.92	.87	.787	.09
7. Me sentí triste	0.94	.88	.81	.85	1.188	.15
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (PUNTUACIÓN TOTAL)	6.38	4.60	6.09	4.78	.495	.02

Nota: [†]ítems invertidos

Homofobia interiorizada

En general, los hombres que UIP presentan mayor nivel de homofobia interiorizada que los hombres que UCP ($M = 29.82$ vs. $M = 27.88$), aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .062$). Por el contrario, si se observan diferencias significativas en el factor de confort social ($M = 7.90$ vs. $M = 8.67$; $p = .026$) y en tres de los ítems que conforman la escala: ítem 5 «*me siento cómodo siendo visto en público con una persona que claramente es homosexual*» ($M = 2.31$ vs. $M = 2.00$; $p = .026$), ítem 6 «*la mayoría de los homosexuales no pueden mantener una relación de pareja a largo plazo*» ($M = 2.11$ vs. $M = 1.81$; $p = .040$), e ítem 13 «*tomar la iniciativa con otra persona homosexual es difícil para mí*» ($M = 2.69$ vs. $M = 2.37$; $p = .050$). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto pequeño que oscila entre $d = .24$ y $d = .27$. Los supuestos que mayor homonegatividad generan entre quienes UCP están relacionados con la necesidad de controlar quién conoce su orientación sexual y con la dificultad para tomar la iniciativa cuando se quiere interactuar sexualmente con un hombre. Por el contrario, los ítems relacionados con la capacidad para establecer interacciones sociales con personas homosexuales generan menor homonegatividad.

Tabla 21.*Homofobia interiorizada en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP*

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento cómodo cuando otras personas descubren que soy homosexual [†]	2.34	1.18	2.35	1.17	-.056	.01
2. Es importante para mí controlar quién conoce mi homosexualidad	3.10	1.36	3.14	1.32	-.292	.03
3. Me siento cómodo al hablar sobre homosexualidad en situaciones públicas [†]	2.28	1.15	2.26	1.17	.13	.02
4. Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría [†]	2.01	1.33	1.78	1.21	1.556	.18
5. Me siento cómodo siendo visto en público con una persona que claramente es homosexual [†]	2.31	1.21	2.00	1.14	2.241*	.26
6. La mayoría de los homosexuales no pueden mantener una relación de pareja a largo plazo	2.11	1.29	1.81	1.14	2.057*	.25
7. La mayoría de homosexuales prefieren los encuentros sexuales anónimos	2.58	1.31	2.40	1.20	1.235	.14
8. Las personas homosexuales tienden a alardear de su sexualidad de manera inapropiada	2.38	1.28	2.12	1.19	1.660	.21
9. Generalmente, las personas homosexuales son más promiscuas que las heterosexuales	2.63	1.27	2.34	1.34	1.840	.22
10. Suelo sentirme intimidado cuando estoy en lugares para homosexuales	1.76	1.06	1.75	1.11	.116	.01
11. Las situaciones sociales con homosexuales me hace sentir incómodo	1.63	.99	1.54	.89	.849	.10
12. A menudo me siento cómodo en bares de homosexuales [†]	1.99	1.14	2.02	1.20	-.214	.03
13. Tomar la iniciativa con otra persona homosexual es difícil para mí	2.69	1.31	2.37	1.33	1.968*	.24
IDENTIFICACIÓN PÚBLICA COMO HOMOSEXUAL (FACTOR 1)	12.04	4.58	11.53	2.29	.970	.14
CONFORT SOCIAL (FACTOR 2)	9.70	3.94	8.67	3.73	2.232*	.27
CONFORT SEXUAL (FACTOR 3)	8.08	3.44	7.68	3.20	.996	.12
HOMOFOBIA INTERIORIZADA (PUNTUACIÓN TOTAL)	29.82	9.03	27.88	8.34	1.869	.22

Nota: *p<.05; †ítems invertidos

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la homofobia interiorizada no resulta significativo en la escala global ($r = -.098$; $p = .071$) ni en los factores de identificación pública como homosexual ($r = -.062$; $p = .252$) y confort sexual ($r = -.040$; $p = .458$), pero sí en el factor de confort social ($r = -.114$; $p = .036$).

Finalmente, cabe destacar que el 79% de la muestra analizada presenta niveles medio-bajos de homofobia interiorizada, obteniendo una puntuación media de 28.41 (DT = 8.56) sobre un

máximo de 65 puntos. Teniendo en consideración los baremos elaborados en población española por Morell-Mengual et al. (2017) un 26.9% de quienes UIP y un 18.8% de quienes UCP se sitúan por encima del percentil 80.

2.4. VARIABLES CONDUCTUALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Consumo de drogas

El 46.9% de la muestra refiere haber consumido alcohol u otras drogas en el contexto previo a una relación sexual; el 46.9% ingiere alcohol, el 12.2% cannabis y el 11.1% otras drogas. Los análisis estadísticos realizados (ver tabla 22) determinan que el consumo que realizan ambos grupos solo presenta diferencias significativas en relación con el consumo de otras drogas distintas al alcohol y al cannabis ($p = .027$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el consumo de drogas alcanza significación estadística en otras sustancias ($r = -.145$; $p = .007$), pero no en la ingesta de alcohol ($r = -.017$; $p = .760$) o de cannabis ($r = -.058$; $p = .283$).

Tabla 22.

Consumo de drogas en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

		UIP	UCP	X ²	V Cramer
Alcohol	No	51.6%	53.6%	.107	.018
	Si	48.4%	46.4%		
Cannabis	No	84.9%	88.8%	.937	.052
	Si	15.1%	11.2%		
Otras	No	82.8%	91.2%	4.860*	.119
	Si	17.2%	8.8%		

Nota: * $p < .05$

Asertividad sexual

La mayor parte de la muestra (92.7%) presenta niveles medio-altos en asertividad sexual, con una puntuación media de 16.99 (DT = 6.25) sobre un total posible de 24 puntos. Utilizando los baremos para población española de Sierra et al. (2012) se observa que un 14% de las que UIP y un 2.8% de las que UCP se sitúan por debajo del percentil 15.

Los hombres que UCP presentan mayor nivel asertividad sexual para el uso del preservativo que los hombres que UIP ($M = 18.61$ vs. $M = 12.67$) siendo esta diferencia estadísticamente

significativa ($p = .001$) y un tamaño del efecto grande ($d = 1.05$). Por su parte, las comparaciones efectuadas con los ítems (ver tabla 23) permiten concluir que los hombres que UCP obtienen puntuaciones significativamente superiores en todos los ítems, con tamaños de efecto medio y grande que oscilan entre $d = .62$ y $d = 1.52$. Específicamente, los hombres que UCP perciben mayor asertividad en la habilidad para insistir en la necesidad de usar preservativo, aunque la pareja sea reacia; y en la capacidad para negociar y usar del preservativo cuando se tiene una fuerte convicción de que se quiere utilizar a pesar de las presiones de la pareja para mantener relaciones sexuales no protegidas. Como cabría esperar, los supuestos que generan menor asertividad entre quienes UIP están relacionados con la capacidad para negarse a mantener relaciones sexuales cuando una pareja no quiere utilizar el preservativo.

El análisis de correlación determina la existencia de una relación estadísticamente significativa de signo positivo entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de asertividad sexual ($r = .454$; $p = .001$).

Tabla 23.

Asertividad sexual en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera utilizarlos [†]	2.78	1.25	3.61	.91	-6.695***	.76
2. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera [†]	2.84	1.30	3.61	.86	-6.341***	.70
3. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	1.48	1.31	2.58	1.60	-5.892***	.75
4. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón [†]	2.55	1.26	3.31	1.18	-5.064***	.62
5. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	1.74	1.33	3.89	1.49	-6.871***	1.52
6. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	1.27	1.37	2.61	1.62	-7.116***	.89
ASERTIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	12.67	5.57	18.61	5.71	-8.718***	1.05

Nota: *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Compulsividad sexual

Analizando las puntuaciones obtenidas (ver tabla 24) se concluye que los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en la escala global en comparación con los hombres que UCP (M

= 18.15 vs. M = 15.01) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .001$). En relación a las puntuaciones obtenidas en los factores se hallan diferencias significativas, congruentes con los resultados previamente obtenidos, tanto en el factor *interferencia* (M = 8.53 vs. M = 6.96; $p = .001$) como en el factor *impulsos sexuales* (M = 9.67 vs. M = 8.04; $p = .001$). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto de magnitud media, con valores que oscilan entre $d = .51$ y $d = .56$. En general, los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todos los ítems de la escala, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones a excepción del ítem 6 «*me sorprendo a mí mismo pensando sobre sexo en el trabajo*» (M = 2.32 vs. M = 2.13; $p = .104$).

Las correlaciones de Pearson realizadas con la frecuencia de uso del preservativo obtienen significación estadística tanto en la escala global ($r = -.255$; $p = .001$), como en sus dos factores *interferencia* ($r = -.245$; $p = .001$) e *impulsos sexuales* ($r = -.2226$; $p = .001$).

Tabla 24.

Compulsividad sexual en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones	1.75	.86	1.49	.77	2.711**	.32
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida	1.65	.82	1.37	.68	2.917**	.37
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana	1.83	.90	1.42	.68	3.916***	.51
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales	1.52	.80	1.23	.59	3.116**	.41
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control	1.85	.94	1.39	.66	4.304***	.57
6. Me sorprendo a mí mismo pensando sobre sexo en el trabajo	2.32	1.02	2.13	.96	1.628	.19
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo	1.78	.86	1.48	.75	3.272***	.37
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales	1.66	.87	1.36	.70	3.022**	.38
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría	2.05	1.03	1.69	.91	3.198**	.37
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo	1.78	.94	1.45	.74	3.107**	.39
INTERFERENCIA (FACTOR 1)	8.53	3.32	6.96	2.44	4.154***	.54
IMPULSOS SEXUALES (FACTOR 2)	9.67	3.44	8.04	2.93	4.357***	.51
COMPULSIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	18.15	6.16	15.01	4.93	4.489***	.56

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

El 80.5% de la muestra presenta niveles bajos en compulsividad sexual, con una puntuación media de 15.87 (DT = 5.47) sobre una puntuación máxima de 40. Teniendo en consideración los tres niveles establecidos a efectos interpretativos (compulsividad baja, de 10 a 19 puntos; compulsividad media, de 20 a 30 puntos; y compulsividad alta de 31 a 40 puntos); se determina que un 65.6% de quienes UIP y un 86% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 5.4% de los que UIP y el 1.2% de los que UCP presentan niveles altos.

Búsqueda de sensaciones sexuales

Los hombres que UIP buscan más sensaciones sexuales que los hombres que UCP (M = 29.30 vs. M = 25.45), siendo esta diferencia significativa ($p = .001$) con un tamaño del efecto de magnitud media ($d = .64$). En general, ambos grupos muestran mayor búsqueda de sensaciones sexuales ante el visionado de vídeos pornográficos y ante el deseo de explorar más su sexualidad y tener nuevas experiencias. Como cabría esperar, uno de los supuestos que menor búsqueda de sensaciones sexuales genera, entre quienes UCP, es el disfrute por mantener relaciones sexuales sin preservativo.

Las comparaciones entre ítems (ver tabla 25) indican que los hombres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todas las cuestiones planteadas, a excepción del ítem 10 «*me apetece explorar mi sexualidad*» (M = 2.98 vs. M = 2.99; $p = .934$). Concretamente estas diferencias significativas se observan en: ítem 1 «*me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos*» (M = 2.55 vs. M = 1.97; $p = .001$), ítem 2 «*las sensaciones físicas son lo más importante del sexo*» (M = 2.35 vs. M = 2.10; $p = .026$), ítem 3 «*disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón*» (M = 2.81 vs. M = 1.91; $p = .001$), ítem 4 «*seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos*» (M = 1.99 vs. M = 1.20; $p = .001$), ítem 5 «*en las relaciones sexuales para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona*» (M = 2.40 vs. M = 1.96; $p = .001$), e ítem 8 «*he dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo*» (M = 1.95 vs. M = 1.55; $p = .001$).

En general, la mayor parte de la muestra (86.6%) presenta niveles medio-bajos en búsqueda de sensaciones sexuales con una puntuación media de 26.49 (DT = 7.78) sobre un total de 44 puntos. Teniendo en cuenta los rangos de puntuación establecidos a efectos interpretativos (BSS baja, de 11 a 21 puntos; BSS media, de 22 a 33 puntos; y BSS alta de 34 a 44 puntos); se concluye que 41% de quienes UIP y un 25.6% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 28% de los que UIP y un 7.6% de quienes UCP presentan niveles altos. La distribución entre los grupos presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 26.292$; $p = .001$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la búsqueda de sensaciones sexuales resulta estadísticamente significativo tanto en la escala total ($r = -.300$; $p = .001$) como en el factor de atracción por las sensaciones físicas ($r = -.381$; $p = .001$), pero no en el factor de búsqueda de nuevas experiencias ($r = -.065$; $p = .231$).

Tabla 25.

Búsqueda de sensaciones sexuales en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos	2.55	1.08	1.97	.94	4.578***	.57
2. Las sensaciones físicas son lo más importante del sexo	2.35	.99	2.10	.85	2.245*	.27
3. Disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón	2.81	1.09	1.91	1.05	6.934***	.84
4. Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos	1.99	.93	1.20	.55	7.689***	1.03
5. En las relaciones sexuales para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona	2.40	1.03	1.96	.88	3.628***	.46
6. Disfruto de la compañía de personas sensuales	2.95	.91	2.87	.88	.686	.09
7. Disfruto al mirar videos clasificados "X"	3.27	.84	3.22	.83	.446	.06
8. He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo	1.95	.97	1.55	.77	3.560*	.46
9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales	2.91	.96	2.72	1.00	1.610	.19
10. Me apetece explorar mi sexualidad	2.98	.98	2.99	.93	.083	-.01
11. Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales	3.15	.87	2.96	.94	1.736	.21
ATRACCIÓN POR LAS SENSACIONES FÍSICAS (FACTOR 1)	20.26	4.81	16.78	3.64	6.326***	.82
BÚSQUEDA DE NUEVAS EXPERIENCIAS (FACTOR 2)	9.04	2.55	8.66	2.65	1.190	.15
BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	29.30	6.61	25.45	5.38	5.034***	.64

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

2.5. ESTRESORES VITALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Victimización homofóbica

Analizando las diferencias en función del uso del preservativo comprobamos que los hombres que UPI presentan mayores niveles de homofobia interiorizada que los hombres que UPC ($M =$

6.46 vs. $M = 5.80$), aunque esta diferencia no alcanza significación estadística ($p = .210$). Como se observa en la tabla 26, tampoco se encuentran diferencias significativas en los factores de violencia psicológica ($M = 5.35$ vs. $M = 4.90$; $p = .226$) y violencia física ($M = 1.11$ vs. $M = .91$; $p = .269$); por tanto, la severidad de la victimización homofóbica es similar entre quienes UIP y quienes UCP. Las comparaciones realizadas con los ítems de la escala determinan que, aunque los hombres que UCP obtienen menores puntuaciones en todos los ítems presentados no se observan diferencias estadísticamente significativas. En ambos grupos, los síntomas que generan mayor severidad están relacionados con insultos, humillaciones y burlas (ítems 1 y 2).

Tabla 26.

Victimización homofóbica en hombres que tienen sexo con hombres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me han insultado o ridiculizado	1.53	.87	1.44	.94	.775	.10
2. Han hablado mal o divulgado rumores falsos sobre mí	1.42	.93	1.31	.96	.965	.12
3. Se han reído o burlado de mí	1.53	.95	1.44	1.01	.689	.09
4. Me han amenazado	.56	.77	.48	.83	.761	.10
5. Me han propinado golpes o empujones	.47	.79	.35	.71	1.410	.16
6. Me han propinado palizas	.08	.47	.08	.40	-.014	-
7. Me han dejado de hablar	.88	1.14	.70	.92	1.488	.17
VIOLENCIA PSICOLÓGICA (FACTOR 1)	5.35	3.20	4.90	3.08	1.214	.14
VIOLENCIA FÍSICA (FACTOR 2)	1.11	1.77	.91	1.61	.993	.12
VICTIMIZACIÓN HOMOFÓBICA (PUNTUACIÓN TOTAL)	6.46	4.55	5.80	4.22	1.256	.15

El análisis de correlación entre la frecuencia de uso del preservativo y la victimización homofóbica no resulta significativo ni en la escala global ($r = -.078$; $p = .150$), ni en los factores de violencia psicológica ($r = -.061$; $p = .260$) y de violencia física ($r = -.070$; $p = .197$).

El 82.5% de la muestra presenta niveles bajos de victimización homofóbica, con una puntuación media de 5.98 (DT = 4.32) sobre una puntuación máxima de 28. Teniendo en consideración los tres niveles establecidos a efectos interpretativos (victimización baja, de 0 a 9 puntos; victimización media, de 10 a 18 puntos; y victimización alta de 19 a 27 puntos); se observa que un 78.5% de quienes UIP y un 84% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 2.2% de los que UIP y el 1.5% de los que UCP presentan niveles altos.

2.6. MODELO PREDICTIVO PARA EL USO DEL PRESERVATIVO EN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Para averiguar las variables que influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres se realiza un análisis de regresión logística mediante el método hacia delante (Wald). Para ello se genera una variable dicotómica, que constituirá la variable dependiente (VD), a partir del ítem 4.3 del Cuestionario de Prevención Sida (Gillario, Ruiz-Palomino et al., 2018) que evalúa la frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito anal. El valor 0 es asignado al comportamiento opuesto; referir un uso sistemático del preservativo (siempre). Por el contrario, el valor 1 es asignado al evento de interés; en este caso, no utilizar el preservativo de forma sistemática en las relaciones sexuales (nunca, algunas veces y bastantes veces). A continuación, se introducen todas las variables independientes (VI) previamente analizadas y que los modelos explicativos de la conducta sexual de riesgo establecen como variables relevantes.

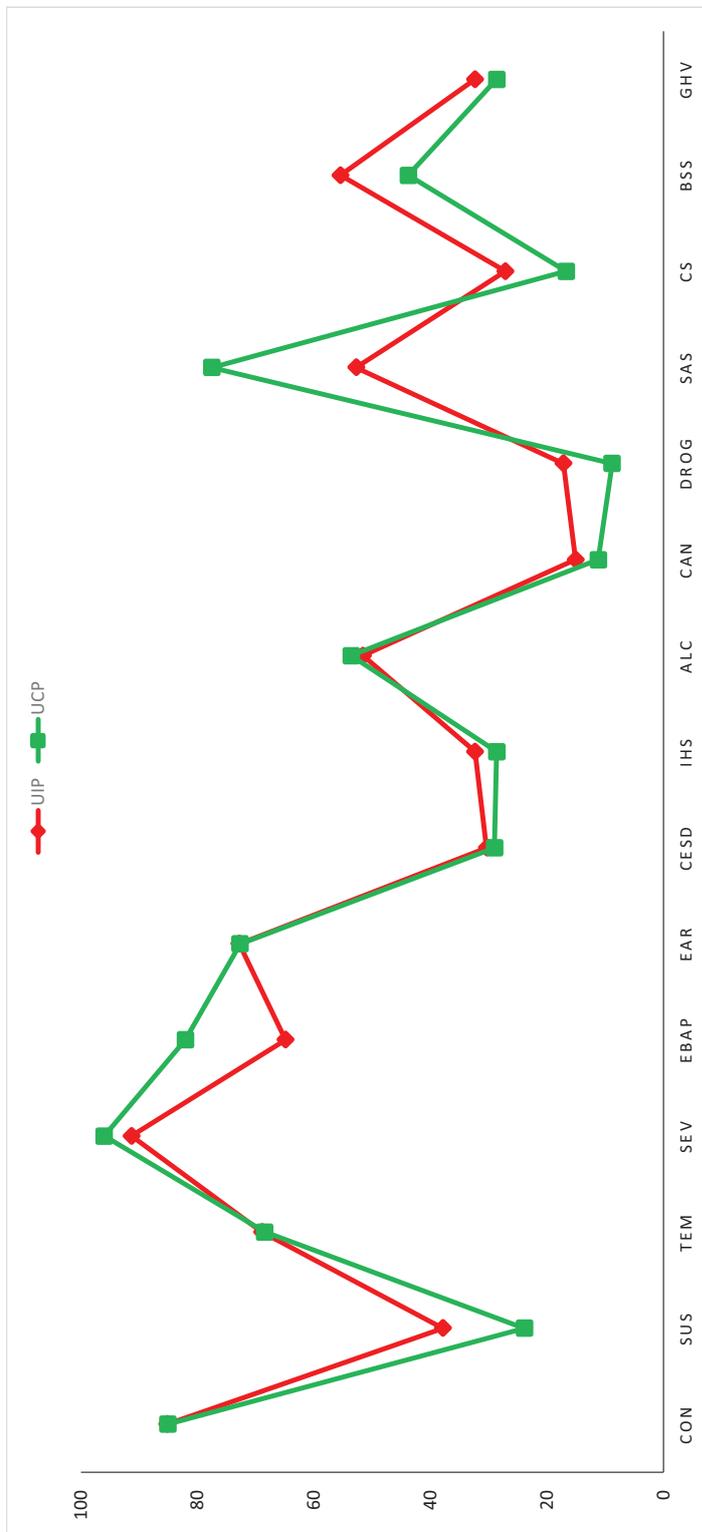
La prueba ómnibus de coeficientes de modelo resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 141.313$; $p = .001$), lo cual indica que las variables independientes explican la variable dependiente, es decir, que el modelo ayuda a explicar el uso no sistemático del preservativo. Los valores R cuadrado de Cox y Senell (.338) y R cuadrado de Naglekerke (.492) determinan que el modelo explica entre el 33.8% y el 49.2% de la varianza de la variable dependiente. Por su parte, la prueba de Hosmer y Lemeshow alcanza significación estadística ($\chi^2 = 14.516$; $p = .043$), lo cual indica la bondad del ajuste del modelo propuesto. En general, se obtiene un buen resultado de clasificación, con una media de 85.1% clasificaciones realizadas correctamente. Los resultados son mejores para la especificidad, puesto que clasifica correctamente al 93.6% de los HSH que usan el preservativo de forma sistemática, y un poco peores para la sensibilidad, puesto que clasifica correctamente al 62% de los HSH que usan inconsistentemente el preservativo.

Como se observa en la tabla 27, la ausencia de percepción de riesgo para la infección por VIH, un bajo nivel de autoestima y un mayor nivel de atracción por las sensaciones físicas (factor de la búsqueda de sensaciones sexuales) aparecen como factores de riesgo para la conducta sexual de riesgo. Mientras que la asertividad sexual, la adquisición (factor de la autoeficacia), las barreras percibidas (factor de la autoeficacia) y la comodidad que suscita el uso del preservativo (factor de la autoeficacia) aparecen como factores de protección. Cabe destacar que, de todas ellas, percibirse capaz de conseguir preservativos y no percibir barreras asociadas a su uso multiplican un 27.7% y un 24.3%, respectivamente, la probabilidad de usar preservativo en la práctica del coito anal.

Tabla 27.*Análisis de regresión múltiple en hombres que tienen sexo con hombres*

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC95% para Exp (β)	
							Inf.	Sup.
Vulnerabilidad percibida (CPS)	.019	.006	8.293	1	.004	1.019	1.006	1.032
Asertividad sexual (SAS)	-.116	.029	16.253	1	.001	.890	.842	.942
Autoestima (EAR)	.066	.028	5.491	1	.019	1.068	1.011	1.129
Atracción por las sensaciones físicas (SSSS)	.154	.039	15.479	1	.001	1.167	1.081	1.260
Adquisición (EBAP)	-.324	.091	12.729	1	.001	.723	.605	.864
Barreras percibidas (EBAP)	-.278	.083	11.316	1	.001	.757	.644	.890
Incomodidad (EBAP)	-.198	.068	8.580	1	.003	.820	.718	.937

Figura 22.
Perfil diferencial entre hombres que tienen sexo con hombres con UCP y UIP



Nota: CON: conocimientos; SUS: vulnerabilidad percibida; TEM: temor percibido; SEV: severidad percibida; EBAP: autoeficacia para el uso del preservativo; CS: compulsividad sexual; EAR: autoestima; CESD: sintomatología depresiva; IHS: homofobia interiorizada; ALC: consumo de alcohol; CAN: consumo de cannabis; DROG: consumo de otras drogas; SAS: asertividad sexual; BSS: búsqueda de sensaciones sexuales; GHV: severidad de la victimización homofóbica

Fuente: elaboración propia

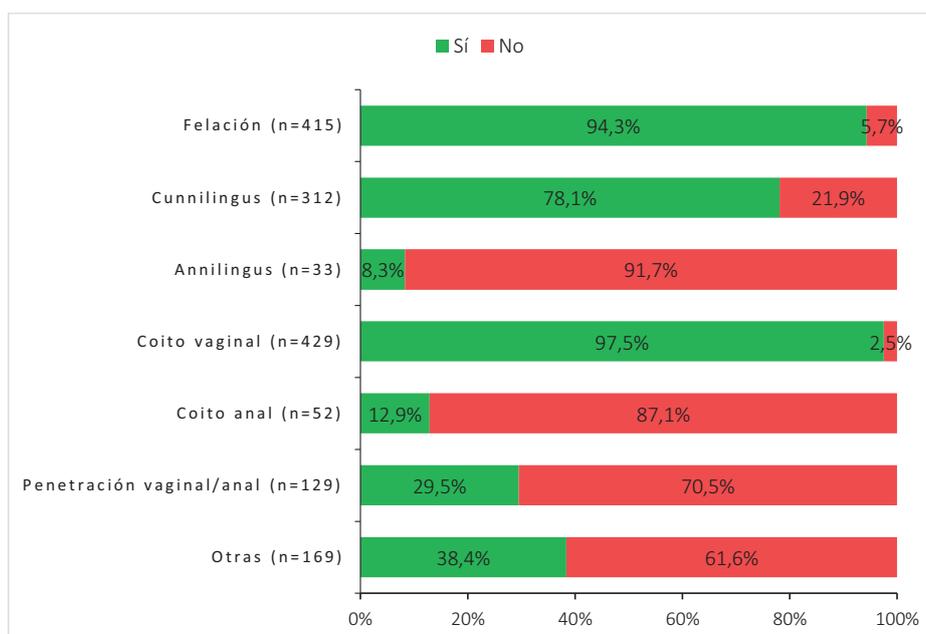
3. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN MUJERES HETEROSEXUALES

3.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

Las prácticas sexuales más realizadas entre las mujeres que mantienen relaciones con parejas esporádicas (ver figura 23) son el coito vaginal (97.5%), seguida de la felación (94.3%) y el cunnilingus (78.1%). Contrariamente, el annilingus y el coito anal son las conductas menos citadas con porcentajes del 8.3% y 16.2%, respectivamente. Cabe destacar que un 38.4% refiere realizar otro tipo de prácticas sexuales diferentes a las anteriormente descritas, por ejemplo, uso de juguetes sexuales, conductas parafilicas, masajes y caricias, etc.

Figura 23.

Prácticas sexuales en mujeres heterosexuales



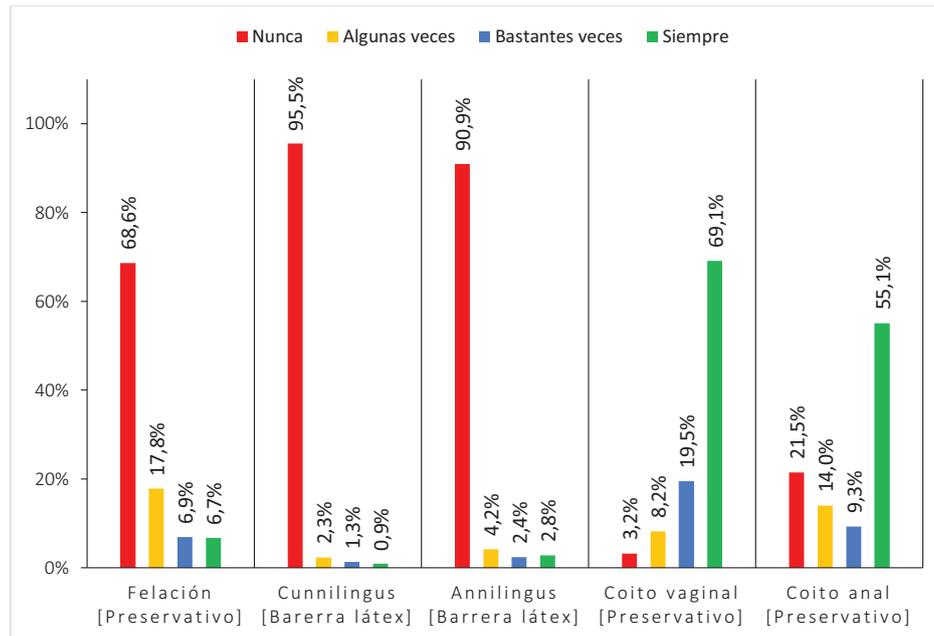
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales (ver figura 24), los datos recogidos revelan que todavía existe un elevado porcentaje de mujeres que no lo utiliza de forma sistemática. La práctica que menor frecuencia presenta es la felación con un porcentaje de uso sistemático del 16.7% (n = 23), seguido del coito anal con un 55.1% (n = 57) y el coito vaginal con un 69.1% (n = 304). El uso de la barrera de látex es prácticamente anecdótico, congruentemente con lo observado en hombres heterosexuales; solo es utilizada sistemáticamente

por el 0.9% de quienes practican cunnilingus (n = 3) y por el 2.8% de quienes practican annilingus (n = 2).

Figura 24.

Métodos preventivos utilizados por mujeres heterosexuales



Fuente: elaboración propia

Para la selección de la variable criterio empleada para el análisis del perfil diferencial en mujeres heterosexuales o «mujeres que tienen sexo con hombres» con prácticas sexuales protegidas o no protegidas, se descartó la felación porque, a pesar de ser una conducta muy practicada (94.3%), es la que menor riesgo conlleva de todas las conductas analizadas y la que menor porcentaje de uso sistemático del preservativo presenta (6.7%). También se descartó el coito anal ya que, si bien es la práctica de mayor riesgo biológico, solo es realizada por un pequeño porcentaje de las mujeres (16.9%). Congruentemente con la elección realizada en hombres heterosexuales, finalmente se eligió como variable criterio la frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. Esta elección está motivada por dos razones: se trata de la conducta sexual más practicada (97.5%) y presenta un alto riesgo para la infección por VIH.

La selección de esta variable se realizó teniendo en consideración dos criterios. En primer lugar, se consideró el riesgo biológico que conlleva cada práctica sexual (felación, cunnilingus, annilingus,

coito vaginal, coito anal y penetración vaginal/anal táctil o mediante juguetes sexuales) y su frecuencia de realización con parejas esporádicas. En segundo lugar, se observó el porcentaje de uso sistemático de algún método preventivo de barrera (preservativo o barrera de látex).

La frecuencia de uso del preservativo se evaluó mediante el ítem 4.3 perteneciente al CPS (Gillario, Ruiz-Palomino et al., 2018): "*¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito vaginal realizado con parejas esporádicas?*". Puesto que la única práctica segura frente a la infección por VIH es el uso sistemático del preservativo ya que las otras alternativas ("*algunas veces*" o "*bastantes veces*") implican algún riesgo en menor o mayor medida, se decidió conformar dos grupos:

1. **MUJERES QUE USAN CONSISTENTEMENTE DEL PRESERVATIVO (UCP)**: conformado por quienes refieren un uso sistemático del preservativo (69.1%).
2. **MUJERES QUE USAN INCONSISTENTEMENTE DEL PRESERVATIVO (UIP)**: compuesto por quienes no usan el preservativo nunca o lo hacen de forma no sistemática (30.9%).

La muestra queda finalmente conformada por 440 mujeres con edades comprendidas entre 17 y 59 años ($M = 25.51$; $DT = 7.21$). De ellas, 304 pertenecen al grupo UCP y 136 pertenecen al grupo UIP. La distribución por edad ($t = .825$; $p = .410$), nivel educativo ($\chi^2 = .210$; $p = .976$) y nacionalidad ($\chi^2 = .2519$; $p = .094$) fue equivalente en ambos grupos. Así pues, si bien la muestra inicial está formada por 670 mujeres únicamente el 65.7% práctica o ha practicado recientemente relaciones coitales vaginales con parejas esporádicas.

3.2. VARIABLES COGNITIVAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nivel de conocimientos sobre VIH

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 28) se observa que las mujeres que UIP presentan mayores conocimientos globales que las mujeres que UCP, aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($M = 10.41$ vs. $M = 18.25$; $p = .412$). El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de conocimientos no obtiene significación estadística ni en la escala global ($r = .001$; $p = .998$) ni en sus dos factores: objetos ($r = -.003$; $p = .951$) y fluidos corporales ($r = .006$; $p = .902$).

El 80.5% de la muestra analizada presenta un nivel de conocimientos alto acerca de las vías de transmisión del VIH, obteniendo una puntuación media de 10.26 ($DT = 1.89$) sobre una puntuación máxima de 13. Considerando los rangos establecidos a efectos interpretativos (conocimientos bajos, de 0 a 4 puntos; conocimientos medios, de 5 a 8 puntos; y conocimientos altos de 9 a 13 puntos); un 18.4% de quienes UIP y un 19.7% de quienes UCP presentan niveles

medios, mientras que un 80.9% de los que UIP y un 80.3% de quienes UCP presentan niveles altos.

Tabla 28.
Conocimientos VIH en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
OBJETOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 1)	4.08	.83	4.02	.81	.690	.07
FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 2)	7.07	1.47	6.97	1.51	.689	.07
CONOCIMIENTOS GLOBALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	10.41	1.86	10.25	1.88	.822	.09

Actitudes hacia el VIH

Las mujeres que UIP perciben mayor vulnerabilidad ante una posible infección por VIH (M = 20.26 vs. M = 16.92) y mayor temor con respecto a los hombres que UCP (M = 68.38 vs. M = 63.07); aunque ninguna de las dos variables presenta diferencias significativas. Del mismo modo, tampoco se encuentran diferencias significativas en la gravedad atribuida a la enfermedad. El nivel de gravedad percibido es similar entre quienes UIP y quienes UCP (M = 3.04 vs. M = 3.06; p = .669).

El análisis de correlación llevado a cabo entre la frecuencia de uso del preservativo y las actitudes no alcanza significación estadística en ninguna de las tres dimensiones: vulnerabilidad (r = -.037; p = .437), temor (r = -.042; p = .382) y severidad (r = .005; p = .924).

Tabla 29.
Actitudes sobre VIH en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
Vulnerabilidad percibida	20.26	20.85	16.92	19.50	1.626	.17
Temor percibido	68.38	37.13	63.07	37.46	1.380	.14
Severidad percibida	3.04	.63	3.06	.56	-.428	.03

Autoeficacia

Un alto porcentaje de la muestra analizada (78.4%) presenta niveles altos en autoeficacia, obteniendo una puntuación media de 29.65 (DT = 4.26) sobre una puntuación máxima de 35. Considerando la estimación de tres rangos interpretativos (autoeficacia baja, de 7 a 16 puntos;

autoeficacia media, de 17 a 25 puntos; y autoeficacia alta de 26 a 35 puntos); se comprueba que un 1.5% de quienes UIP y un 0% de quienes UCP obtienen niveles bajos mientras que un 64.7% de los que UIP y el 84.5% de los que UCP obtienen niveles altos.

Tabla 30.

Autoeficacia para el uso del preservativo en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento cómoda o segura a la hora de comprar condones	3.94	1.36	4.24	1.10	-2.253*	.24
2. Me resulta cómodo hablar acerca del uso del condón con una pareja antes de comenzar la relación sexual	4.14	1.15	4.47	.93	-2.919**	.31
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos condón, tengo miedo de que me rechace†	4.39	1.07	4.65	.77	-2.541*	.28
4. No me siento segura a la hora de sugerir el uso del condón a una nueva pareja ya que ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ITS†	4.59	.89	4.83	.52	-2.981**	.33
5. Estoy segura de que recordaría usar el condón aunque haya consumido alcohol u otras drogas	3.37	1.27	4.04	1.07	-5.382***	.57
6. Me siento incómoda a la hora de ponerle el condón a mi pareja†	3.98	1.36	4.34	1.21	-2.676**	.28
7. Estoy segura de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerle el condón a mi pareja	3.34	1.37	3.93	1.22	-4.327***	.45
INCOMODIDAD (FACTOR 1)	12.96	2.49	13.82	1.68	-3.705***	.40
BARRERAS PERCIBIDAS (FACTOR 2)	6.71	2.12	7.97	1.90	-5.976***	.63
ADQUISICIÓN (FACTOR 3)	8.08	2.10	8.71	1.78	-3.023***	.32
AUTOEFICACIA (PUNTUACIÓN TOTAL)	27.74	4.76	30.50	3.72	-5.982***	.65

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001; †ítems invertidos

Las mujeres que UCP obtienen mayores puntuaciones que las mujeres que UIP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala total (M = 25.07 vs. M = 23.45; p = .009) como en sus tres factores: incomodidad (M = 13.82 vs. M = 12.96; p = .001), barreras percibidas (M = 7.97 vs. M = 6.71; p = .001) y adquisición (M = 8.71 vs. M = 8.08; p = .001). Un análisis detallado de los ítems (ver tabla 30) revela que las mujeres que UCP obtienen puntuaciones significativamente superiores en todas cuestiones recogidas en el cuestionario. En este sentido, las mujeres que UCP perciben mayor autoeficacia ante aquellas situaciones que requieren sugerir o proponer el uso del preservativo a pesar de la existencia de una posible evaluación negativa o

rechazo por parte de la pareja. Contrariamente, los ítems que generan menor autoeficacia están relacionados con la capacidad para utilizar el preservativo ante la existencia de ciertas barreras que obstaculicen su uso.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de autoeficacia resulta significativo tanto en los tres factores: incomodidad ($r = .165$; $p = .001$), barreras percibidas ($r = .230$; $p = .001$) y adquisición ($r = .161$; $p = .001$); como en la escala global ($r = .260$; $p = .001$).

3.3. VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Autoestima

Analizando las diferencias en función de la frecuencia de uso del preservativo (ver tabla 31) se observa que las mujeres que UCP presentan mayor nivel de autoestima con respecto a las mujeres que UIP ($M = 32.15$ vs. $M = 32.07$) aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .901$).

Tabla 31.

Autoestima en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	3.19	.91	3.15	.90	.427	.04
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso [†]	3.55	.74	3.43	.80	1.493	.16
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas	3.21	.75	3.25	.77	-.466	.05
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	3.26	.90	3.20	.87	.745	.07
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgullosa [†]	3.30	1.03	3.31	.99	-.107	.01
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma	2.99	.98	3.00	.97	-.147	.01
7. En general me siento satisfecha conmigo misma	2.87	1.01	2.96	.98	-.945	.09
8. Me gustaría tener más respeto por mí misma [†]	3.01	1.04	3.11	1.01	-.998	.10
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones [†]	3.20	.96	3.22	.88	-.200	.02
10. A veces pienso que no sirvo para nada [†]	3.49	.86	3.52	.77	-.329	.04
AUTOESTIMA (PUNTUACIÓN TOTAL)	32.07	5.99	32.15	6.41	-.125	.01

Nota: [†]ítems invertidos

Las mujeres que UCP obtienen puntuaciones superiores en todos los supuestos planteados, excepto a aquellos referidos a sentimientos de valía y fracaso, donde las mujeres que UIP obtienen

mayores puntuaciones. No obstante, ninguna de las comparaciones realizadas ítem a ítem obtiene significación estadística. Ambos grupos perciben mayor autoestima con respecto a sus sentimientos de valía, éxito y capacidad para conseguir sus metas. Por el contrario, los supuestos que menor autoestima generan son el nivel de satisfacción y positividad que se tiene hacia una misma.

La puntuación media obtenida por las mujeres que UIP ($M = 32.07$, $DT = 5.99$) y las que UCP ($M = 32.15$, $DT = 6.41$) supera el punto de corte que determina un nivel alto de autoestima (≤ 30 puntos). Aplicando los rangos interpretativos establecidos en la adaptación española (autoestima baja, de 10 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 29 puntos; y autoestima alta de 30 a 40 puntos), se comprueba la presencia de un mayor porcentaje de mujeres con baja autoestima (17.1%) y un menor porcentaje con alta autoestima (67.6%) entre aquellas que UIP que entre aquellas que UCP (16.9% y 70.7%, respectivamente).

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de autoestima no alcanza significación estadística ($r = -.011$; $p = .822$).

Sintomatología depresiva

A nivel global, la puntuación media obtenida por las mujeres que UIP ($M = 6.60$, $DT = 4.85$) y las que UCP ($M = 6.21$, $DT = 4.43$) en la CESD-7 se encuentran por debajo del punto de corte establecido para considerar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (≤ 9 puntos).

Tabla 32.

Sintomatología depresiva en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Sentía cómo si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de familiares y amigos/as	.64	.92	.63	.83	.124	.01
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	1.17	.96	1.08	.86	.977	.10
3. Me sentí deprimida	.76	.89	.72	.85	.526	.05
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.93	.92	.82	.89	1.220	.12
5. No dormí bien	1.28	.97	1.14	.95	1.387	.15
6. Disfruté de la vida [†]	.81	.83	.97	.86	-1.826	.19
7. Me sentí triste	1.01	.93	.86	.88	1.504	.17
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (PUNTUACIÓN TOTAL)	6.60	4.85	6.21	4.43	.797	.08

Nota: [†]ítems invertidos

Teniendo en consideración el punto de corte establecido por Herrero y Gracia (2007) en población española; el análisis de frecuencias determina que existe de un mayor porcentaje de mujeres con sintomatología clínicamente depresiva entre quienes UIP (25.7%) que en entre quienes UCP (21.7%).

Los análisis estadísticos establecen (ver tabla 32) que las mujeres que UIP presentan mayor gravedad sintomatológica con respecto a las que UCP ($M = 6.60$ vs. $M = 6.21$), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = .410$). Cabe destacar que, aunque ninguna de las comparaciones realizadas ítem a ítem alcanza significación estadística, las mujeres que UIP obtienen mayores puntuaciones en todos los supuestos presentados, excepto en el ítem 6 «*disfruté de la vida*», donde las mujeres que UCP obtienen mayores puntuaciones. En ambos grupos los síntomas que generan mayor severidad están relacionados con la capacidad para concentrarse y conciliar el sueño.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la gravedad de los síntomas depresivos no alcanza significación estadística ($r = -.046$; $p = .336$).

Homofobia manifiesta

La mayor parte de la muestra analizada (87.1%) presenta niveles bajos de homofobia manifiesta, obteniendo una puntuación media de 28.43 (DT = 10.64) sobre una puntuación máxima de 70. Teniendo en consideración los tres rangos establecidos a efectos interpretativos (homofobia manifiesta baja, de 10 a 29 puntos; homofobia manifiesta media, de 30 a 50 puntos; y homofobia manifiesta alta de 51 a 70 puntos); un 87.5% de quienes UIP y un 85.5% de quienes UCP obtienen niveles bajos, mientras que un 13.6% de las que UIP y el 12.2% de las que UCP obtienen niveles medios.

Como se puede observar en la tabla 33, las puntuaciones obtenidas por las mujeres con UIP son superiores a las que UCP, aunque estas diferencias no resultan significativas ni en la escala total ($M = 21.81$ vs. $M = 20.79$; $p = .240$) ni en los factores de intimidad ($M = 9.27$ vs. $M = 8.73$; $p = .292$) y de rechazo ($M = 9.25$ vs. $M = 8.62$; $p = .122$). Ninguna de las comparaciones realizadas ítem a ítem alcanza significación estadística. Ambos grupos perciben mayor homofobia ante la posibilidad de mantener una relación sexual con una persona del mismo sexo y ante la implementación de una legislación específica para personas homosexuales. Por el contrario, los supuestos que menor homofobia generan están relacionados con la aceptación de un jefe homosexual y la capacidad de las personas homosexuales y heterosexuales para convivir en armonía.

Finalmente, el análisis de correlación realizado entre el uso del preservativo y la homofobia manifiesta únicamente resulta significativo en el factor de rechazo ($r = -.126$; $p = .020$) y en la escala global ($r = -.114$; $p = .036$).

Tabla 33.
Homofobia manifiesta en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Existen muchos grupos de homosexuales que presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales	3.18	1.85	3.19	1.93	-.043	.01
2. Los homosexuales, en el fondo, son iguales a los heterosexuales [†]	2.01	1.66	1.83	1.38	1.002	.12
3. Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han logrado, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales	2.10	1.54	2.00	1.43	.615	.07
4. No creo que los homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan	3.29	2.14	3.43	2.08	-.590	.06
5. Homosexuales y heterosexuales nunca se sentirán a gusto los unos junto a los otros, aunque sean realmente amigos	1.26	.77	1.11	.37	1.938	.25
6. Por su propia condición, los homosexuales nunca alcanzarán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales	1.44	1.28	1.20	.73	1.776	.23
7. Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer [†]	2.05	1.62	1.94	1.67	.539	.07
8. Llegado el caso, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo [†]	3.43	2.13	3.45	2.04	-.086	.01
9. El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe [†]	1.26	1.11	1.11	.56	1.348	.17
10. Si se diera el caso, no me importaría que un homosexual o una homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia [†]	1.79	1.52	1.52	1.20	1.657	.20
INTIMIDAD (FACTOR 1)	9.27	4.72	8.73	4.24	1.054	.12
RECHAZO (FACTOR 2)	9.25	4.01	8.62	3.22	1.551	.17
HOMOFOBIA MANIFIESTA (PUNTUACIÓN TOTAL)	21.81	7.72	20.79	7.37	1.178	.14

Nota: [†]ítems invertidos

Homofobia sutil

El 82.6% de la muestra presenta niveles bajos de homofobia sutil, con una puntuación media de 16.01 (DT = 6.16) sobre una puntuación máxima de 49. Teniendo en cuenta los tres rangos de

puntuación establecidos a efectos interpretativos (homofobia sutil baja, de 7 a 21 puntos; homofobia sutil media, de 22 a 35 puntos; y homofobia sutil alta de 36 a 49 puntos); se observa que un 74.5% de las mujeres que UIP y un 86.5% de las que UCP obtienen niveles bajos mientras que un 24.5% de quienes UIP y el 13% de quienes UCP obtienen niveles medios.

Las puntuaciones obtenidas por quienes UIP son superiores a quienes UCP, no obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas ni en la escala total ($M = 16.84$ vs. $M = 15.62$; $p = .110$) ni en los factores de diferencia de valores ($M = 11.11$ vs. $M = 10.02$; $p = .063$) y sentimientos positivos ($M = 5.73$ vs. $M = 5.60$; $p = .669$).

Tabla 34.

Homofobia sutil en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país donde llegan, creo que los homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más comedidos	2.17	1.70	1.87	1.41	1.624	.19
2. Las ideas que los homosexuales pueden inculcar a un niño son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual	2.32	1.83	2.07	1.51	1.217	.15
3. Si los homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse	2.12	1.72	1.90	1.44	1.127	.14
4. No creo que haya muchas diferencias en las creencias e ideas de homosexuales y de heterosexuales [†]	2.31	1.78	1.84	1.22	2.486*	.31
5. Creo que los valores religiosos y éticos de los homosexuales son diferentes a los de los heterosexuales	2.19	1.71	2.33	1.82	-.676	.08
6. A menudo siento simpatía por los homosexuales [†]	2.72	1.70	2.44	1.43	1.485	.18
7. A menudo siento admiración por los homosexuales que conozco [†]	3.01	1.57	3.16	1.57	-.812	.10
DIFERENCIA DE VALORES (FACTOR 1)	11.11	5.32	10.02	4.89	1.864	.21
SENTIMIENTOS POSITIVOS (FACTOR 2)	5.73	2.85	5.60	2.55	.428	.05
HOMOFOBIA SUTIL (PUNTUACIÓN TOTAL)	16.84	6.89	15.62	5.75	1.607	.19

Nota: * $p < .05$; [†]ítems invertidos

Un análisis detallado de los ítems (ver tabla 34) permite determinar que, congruentemente con el resultado anterior, las mujeres que UIP obtienen puntuaciones superiores en todas las cuestiones planteadas, a excepción del ítem 5 «*creo que los valores religiosos y éticos de los/as homosexuales son diferentes a los de los heterosexuales*» ($M = 2.19$ vs. $M = 2.33$; $p = .500$) y del ítem 7 «*a menudo siento admiración por los/as homosexuales que conozco*» ($M = 3.01$ vs. $M = 3.16$; $p = .417$),

donde las mujeres que UCP obtienen mayores puntuaciones. Cabe destacar que únicamente se hallan diferencias significativas, con una puntuación superior para las mujeres que UIP en el ítem 4 «no creo que haya muchas diferencias en las creencias e ideas de homosexuales y de heterosexuales» ($M = 2.31$ vs. $M = 1.84$; $p = .014$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la homofobia sutil alcanza significación estadística en la escala total ($r = -.109$; $p = .044$) y en el factor de diferencia de valores ($r = -.131$; $p = .016$), pero no en el factor de sentimientos positivos ($r = -.005$; $p = .933$).

3.4. VARIABLES CONDUCTUALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Consumo de drogas

El 59.8% de la muestra refiere haber consumido alcohol u otras drogas en el contexto previo a una relación sexual; el 59.8% ingiere alcohol, el 16.1% cannabis y el 5.5% otras drogas. Los análisis estadísticos (ver tabla 35) determinan que el consumo que realizan ambos grupos no presenta diferencias significativas ni en alcohol ($p = .067$), ni en cannabis ($p = .090$) y ni en otras drogas ($p = .792$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el consumo de drogas no alcanza significación estadística en ninguna de las sustancias analizadas; ni alcohol ($r = -.080$; $p = .092$), ni cannabis ($r = -.082$; $p = .084$) ni otras drogas ($r = -.036$; $p = .445$).

Tabla 35.

Consumo de drogas en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

		UIP	UCP	χ^2	V Cramer
Alcohol	No	33.8%	43.1%	3.357	.09
	Si	66.2%	56.9%		
Cannabis	No	79.4%	85.9%	2.883	.08
	Si	20.6%	14.1%		
Otras drogas	No	94.1%	94.7%	.070	.01
	Si	5.9%	5.3%		

Asertividad sexual

Las mujeres que UCP obtienen mayores puntuaciones en asertividad sexual que las mujeres que UIP ($M = 20.24$ vs. $M = 14.93$) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p =$

.001) y un tamaño del efecto grande ($d = 1.09$). Un análisis detallado de los ítems (ver tabla 36) revela que las mujeres que UCP obtienen puntuaciones significativamente mayores en todos los ítems, con tamaños del efecto grandes que oscilan entre $d = .59$ y $d = .88$. Específicamente, las mujeres que UCP perciben mayor asertividad en el uso y negociación del preservativo cuando tienen una fuerte convicción con respecto a su uso a pesar de las presiones que pueda realizar la pareja para mantener relaciones sexuales no protegidas, siendo capaces de rechazar cualquier interacción sexual que no implique su uso. Evidentemente los ítems que generan menor asertividad por parte de las mujeres que UIP son la capacidad para asegurarse de utilizar el preservativo y para negarse a mantener relaciones sexuales cuando una pareja manifiesta no querer utilizar preservativo.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la asertividad sexual establece una relación estadísticamente significativa y positiva ($r = .461$; $p = .001$).

La mayor parte de la muestra (92%) presenta niveles medio-altos en asertividad sexual, con una puntuación media de 18.60 (DT = 5.28) sobre un total de 24 puntos. Utilizando los baremos establecidos para población española de Sierra et al. (2012) se observa que un 19.1% de las que UIP y un 3% de las que UCP se sitúan por debajo del percentil 15.

Tabla 36.

Asertividad sexual en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón, incluso aunque yo prefiera utilizarlos [†]	3.30	1.01	3.78	.54	-6.492***	.59
2. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón, incluso aunque yo no quiera [†]	3.35	1.08	3.86	.52	-6.747***	.60
3. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón	1.65	1.37	2.89	1.45	-8.625***	.88
4. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón [†]	2.91	1.22	3.63	.84	-7.215***	.69
5. Insisto en usar condón cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	2.07	1.52	3.26	1.33	-8.311***	.83
6. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón	1.65	1.51	2.81	1.55	-7.388***	.76
Asertividad sexual (puntuación total)	14.93	5.32	20.24	4.37	-11.001***	1.09

Nota: *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Compulsividad sexual

Analizando las diferencias globales, las mujeres que UIP obtienen mayores puntuaciones globales con respecto a las mujeres que UCP (M = 14.38 vs. M = 14.08), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = .540$). En cuanto a los factores que componen la escala, hallamos diferencias congruentes con los resultados previos tanto en el factor de impulsos sexuales (M = 6.60 vs. M = 6.52; $p = .746$) como en el factor de interferencia (M = 7.79 vs. M = 7.56; $p = .454$).

Tabla 37.
Compulsividad sexual en mujeres heterosexuales con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones	1.49	.86	1.43	.72	.682	.08
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida	1.34	.68	1.27	.63	1.024	.11
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana	1.29	.56	1.31	.67	.291	.03
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales	1.17	.54	1.20	.55	.500	.06
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control	1.55	.76	1.41	.74	1.781	.19
6. Me sorprendo a mí misma pesando sobre sexo en el trabajo	2.01	1.04	2.12	1.05	.990	.11
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo	1.43	.74	1.28	.59	2.050*	.22
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales	1.26	.62	1.24	.60	.392	.03
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría	1.53	.87	1.50	.88	.288	.03
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo	1.32	.74	1.32	.70	.005	.00
INTERFERENCIA (FACTOR 1)	6.60	.42	6.52	2.34	.325	.05
IMPULSOS SEXUALES (FACTOR 2)	7.79	2.95	7.56	2.94	.749	.08
COMPULSIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	14.38	4.90	14.08	4.83	.613	.06

Nota: * $p < .05$

Cabe destacar que ambos grupos perciben menor sensación de descontrol ante su incapacidad para regular los pensamientos sexuales y hacerlo en contextos apropiados y/o pertinentes. Cuando realizamos un análisis detallado de los ítems (ver tabla 37) solo encontramos diferencias significativas en el ítem 7 «siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes

que yo», siendo las mujeres que UIP quienes obtienen puntuaciones más elevadas ($M = 1.43$ vs. $M = 1.28$; $p = .042$). Esta diferencia presta un tamaño del efecto pequeño ($d = .22$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la compulsividad sexual no resulta significativo ni en la escala global ($r = -.038$; $p = .426$), ni en los factores de interferencia ($r = -.017$; $p = .720$) o impulsos sexuales ($r = -.049$; $p = .306$).

Un alto porcentaje de la muestra analizada (87%) presenta niveles bajos en compulsividad sexual, obteniendo una puntuación media de 14.17 (DT = 4.85) sobre una puntuación máxima de 35. Considerando los tres rangos establecidos a efectos interpretativos (compulsividad baja, de 10 a 19 puntos; compulsividad media, de 20 a 30 puntos; y compulsividad alta de 31 a 40 puntos); un 85.3% de quienes UIP y un 87.8% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que solo un 1.5% de los que UIP y un 1% de los que UCP presentan niveles altos.

Búsqueda de sensaciones sexuales

El 94.1% de la muestra presenta niveles medio-bajos en búsqueda de sensaciones sexuales, con una puntuación media de 23.95 (DT = 6.09) sobre un total de 44 puntos. Considerando los tres rangos establecidos a efectos interpretativos (BSS baja, de 11 a 21 puntos; BSS media, de 22 a 33 puntos; y BSS alta de 34 a 44 puntos); un 26.5% de quienes UIP y un 40.5% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 11.8% de las que UIP y un 3.3% de las que UCP presentan niveles altos. La distribución entre ambos grupos presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 17.004$; $p = .001$).

Las mujeres que UIP obtienen mayores puntuaciones globales en búsqueda de sensaciones sexuales que las mujeres que UCP ($M = 25.07$ vs. $M = 23.45$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .009$) y un tamaño del efecto pequeño ($d = .26$). En general, las mujeres que UIP obtienen puntuaciones superiores en todos los supuestos analizados excepto en el ítem 6 referido al disfrute de la compañía de personas sensuales y en el ítem 10 referido al interés por explorar la propia sexualidad, en los que las mujeres que UPC obtienen mayores puntuaciones.

Los análisis comparativos realizados (ver tabla 38) revelan diferencias significativas en cuatro ítems: ítem 2 «*las sensaciones físicas son lo más importante del sexo*» ($M = 2.40$ vs. $M = 2.23$; $p = .033$); ítem 3 «*disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón*» ($M = 2.73$ vs. $M = 2.02$; $p = .001$); ítem 4 «*seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos*» ($M = 1.56$ vs. $M = 1.20$; $p = .001$); e ítem 5 «*en las relaciones sexuales para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona*» ($M = 1.71$ vs. $M = 1.45$; $p = .003$). En estos cuatro ítems las mujeres que UIP obtienen puntuaciones más elevadas.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y la búsqueda de sensaciones sexuales resulta estadísticamente significativo tanto en la escala total ($r = -.100$; $p = .036$) como en el factor de atracción por las sensaciones físicas ($r = -.152$; $p = .001$).

Tabla 38.*Búsqueda de Sensaciones Sexuales en mujeres heterosexuales con UIP o UCP*

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos	2.40	1.06	2.23	1.07	1.558	.16
2. Las sensaciones físicas son lo más importante del sexo	2.24	.98	2.02	.98	2.13*	.22
3. Disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin condón	2.73	1.09	2.30	1.21	3.655***	.37
4. Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos	1.56	.78	1.20	.53	4.930***	.54
5. En las relaciones sexuales para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona	1.71	.88	1.45	.73	3.047**	.32
6. Disfruto de la compañía de personas sensuales	2.60	.97	2.61	1.03	-.156	.01
7. Disfruto al mirar vídeos clasificados "X"	2.15	1.07	2.04	1.00	1.120	.11
8. He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo	1.28	.69	1.19	.46	1.375	.15
9. Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales	2.68	1.07	2.62	1.06	.500	.06
10. Me apetece explorar mi sexualidad	2.79	1.09	2.90	1.00	-1.052	.11
11. Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales	2.94	.98	2.88	.97	.561	.06
ATRACCIÓN POR LAS SENSACIONES FÍSICAS (FACTOR 1)	16.67	4.24	15.04	3.84	3.972***	.40
BÚSQUEDA DE NUEVAS EXPERIENCIAS (FACTOR 2)	8.40	2.76	8.40	2.78	-.001	-
BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	25.07	6.16	23.45	6.00	2.606**	.26

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

3.5. MODELO PREDICTIVO PARA EL USO DEL PRESERVATIVO EN MUJERES HETEROSEXUALES

Para comprobar las variables que predicen la conducta sexual de riesgo se lleva a cabo un análisis de regresión logística binaria utilizando el método hacia delante (Wald). A partir del ítem 4.3. del Cuestionario de Prevención Sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018) que evalúa el uso autoinformado del preservativo «¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito vaginal realizado con parejas esporádicas?», se conforma una nueva variable dicotómica que constituye la

variable dependiente (VD): frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. El valor 0 se asigna al comportamiento opuesto; en este caso, referir un uso consistente del preservativo (siempre). Por el contrario, el valor 1 se asigna al evento de interés; en este caso, no utilizar sistemáticamente el preservativo en las relaciones sexuales (nunca, algunas veces y bastantes veces). Finalmente, se introducen todas las variables independientes (VI) previamente consideradas en los diferentes análisis comparativos realizados y que los modelos teóricos de la conducta sexual de riesgo recogen como factores explicativos.

La prueba ómnibus de coeficientes de modelo resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 107.218$; $p = .001$) lo cual indica que las variables independientes explican la variable dependiente, es decir, que el modelo creado tiene capacidad para explicar el uso no sistemático del preservativo. Los valores R cuadrado de Cox y Senell (.275) y R cuadrado de Naglekerke (.394) establecen que el modelo explica entre el 27.5% y el 39.4% de la varianza de la variable dependiente. La prueba de Hosmer y Lemeshow alcanza significación estadística ($\chi^2 = 18.647$; $p = .005$), lo cual indica la bondad del ajuste del modelo propuesto. En general, se obtiene un buen resultado de clasificación con una media de 79.9% clasificaciones realizadas correctamente. Los resultados son mejores para la especificidad, puesto que clasifica correctamente al 90.8% de las mujeres que usan sistemáticamente el preservativo y son un poco peores para la sensibilidad, puesto que clasifica correctamente al 52.6% de las mujeres que usan inconsistentemente el preservativo.

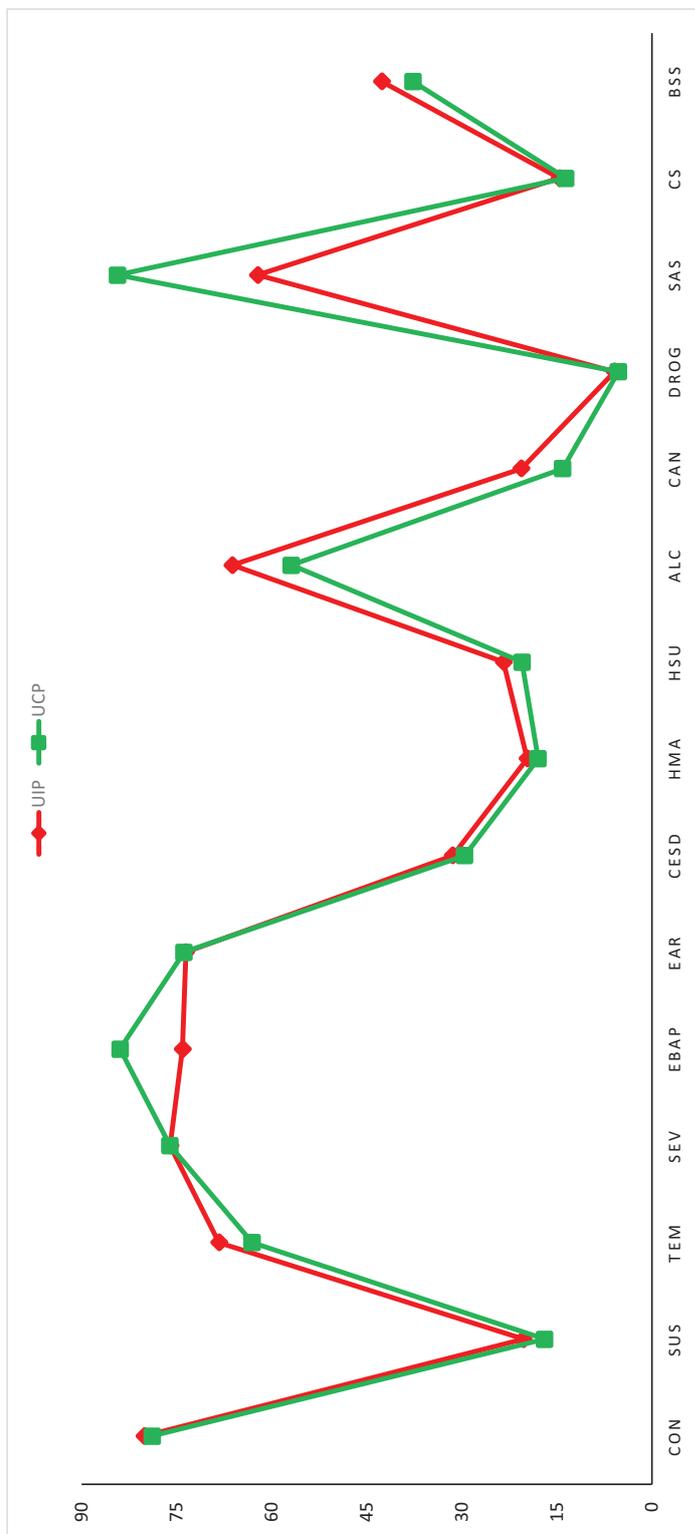
Tabla 39.
Análisis de regresión logística en mujeres heterosexuales

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC95% para Exp (β)	
							Inferior	Superior
Edad	.047	.024	3.981	1	.046	1.048	1.001	1.098
Infidelidad	-.863	.308	7.862	1	.005	.422	.231	.771
Temor percibido (CPS)	.013	.004	8.024	1	.005	1.013	1.004	1.021
Asertividad Sexual (SAS)	-.167	.032	27.930	1	.001	.846	.795	.900
Atracción por la sensaciones físicas (BSS)	.192	.048	16.001	1	.001	1.212	1.103	1.332
Impulsos sexuales (SCS)	-.219	.063	11.918	1	.001	.803	.709	.910
Barreras percibidas (EBAP)	-.276	.077	12.697	1	.001	.759	.652	.883
Incomodidad (EBAP)	-.180	.073	5.981	1	.014	.836	.724	.965

Como se observa en la tabla 39, la fidelidad, la asertividad sexual, el control de los impulsos sexuales (factor de la compulsividad sexual), las barreras percibidas (factor de la autoeficacia) y

la comodidad que suscita el uso del preservativo (factor de la autoeficacia) aparecen como factores de protección. Mientras que la edad, el temor percibido a la infección por VIH y la atracción por las sensaciones físicas (factor de la búsqueda de sensaciones sexuales) aparecen como factores de riesgo. Cabe destacar que, de todas ellos, la creencia en que las sensaciones físicas son la parte más importante de la sexualidad multiplica un 21% el riesgo de no usar sistemáticamente el preservativo en la práctica del coito vaginal.

Figura 25.
Perfil diferencial entre mujeres heterosexuales con UCP o UIP



Nota: CON: conocimientos; SUS: vulnerabilidad percibida; TEM: temor percibido; SEV: severidad percibida; EBAP: autoeficacia para el uso del preservativo; EAR: autoestima; CESD: sintomatología depresiva; HMA: homofobia manifiesta; HSU: homofobia sutil; ALC: consumo de alcohol; CAN: consumo de cannabis; DROG: consumo de otras drogas; SAS: asertividad sexual; BSS: búsqueda de sensaciones sexuales

Fuente: elaboración propia

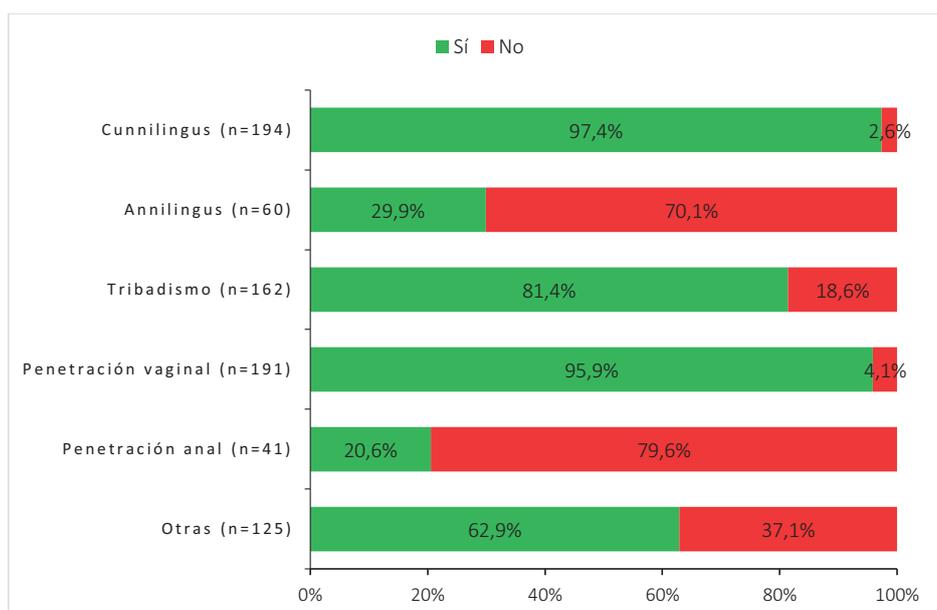
4. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES (MSM)

4.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

La práctica sexual más realizada (ver figura 26) es el cunnilingus, referida por el 97.4% de quienes mantienen relaciones con parejas esporádicas (n = 194). A continuación, le siguen la penetración vaginal táctil o mediante juguetes sexuales con un porcentaje del 95.9% (n = 191) y el tribadismo o frotación de vulvas con un porcentaje del 81.4 (n = 162). Contrariamente, las conductas menos mencionadas son el annilingus y la penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales con porcentajes del 29.9% (n = 60) y 20.6% (n = 41), respectivamente. Cabe destacar que un 69.9% refiere realizar otro tipo de prácticas sexuales diferentes a las anteriormente descritas, como por ejemplo conductas parafilicas, fisting, etc.

Figura 26.

Prácticas sexuales en mujeres que tienen sexo con mujeres



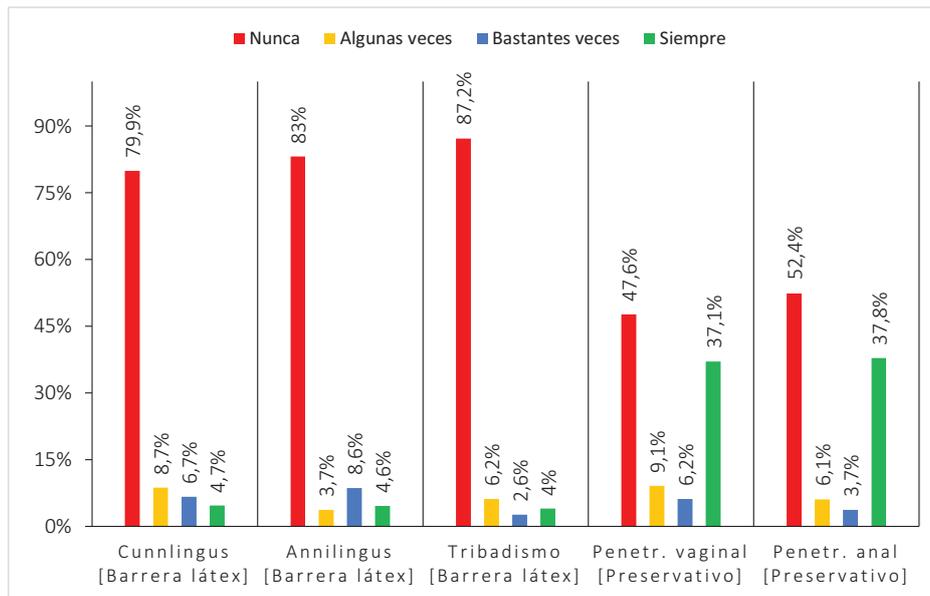
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la frecuencia de uso del preservativo y la barrera de látex (ver figura 27), los datos revelan que todavía existe un elevado porcentaje de mujeres que no utilizan estos métodos de forma sistemática. En cuanto al uso del preservativo, el 37.1% de quienes practican la penetración vaginal y el 37.8 de quienes practican la penetración anal refieren utilizarlo sistemáticamente en

todas sus relaciones esporádicas. El uso de la barrera de látex es prácticamente anecdótico, solo refieren un uso sistemático el 4.7 % de quienes practican cunnilingus (n = 9), el 4.6% de quienes practican annilingus (n = 3) y el 4% de quienes practican tribadismo (n = 6).

Figura 27.

Métodos preventivos utilizados por mujeres que tienen sexo con mujeres



Fuente: elaboración propia

La frecuencia de uso de la barrera de látex se evaluó a través del ítem 4.3 perteneciente al Cuestionario de Prevención Sida (Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018): "¿con qué frecuencia has utilizado la barrera de látex en el cunnilingus realizado con parejas esporádicas? La respuesta, establecida mediante una escala tipo Likert de cinco alternativas, podía ser: "no tengo esta práctica", "nunca", "algunas veces", "bastantes veces" o "siempre". La única práctica segura frente a la infección por VIH y otras ITS es el uso sistemático o "siempre" de la barrera de látex, ya que las otras alternativas revelan un uso no consistente ("algunas veces" o "bastantes veces") e implican algún riesgo en menor o mayor medida. No obstante, debido al bajo porcentaje de uso sistemático de este método preventivo (4.7%) y a las características diferenciales que presenta este colectivo, se considera el uso no sistemático de la barrera de látex como un esfuerzo preventivo que se aleja significativamente de quienes optan por no usarla nunca. Por tanto, los grupos quedan conformados del siguiente modo:

1. **MUJERES QUE USAN CONSISTENTEMENTE O INCONSISTENTEMENTE BARRERA DE LÁTEX (UBL):** conformado por quienes refieren un uso (sistemático o no) de la barrera de látex (20.1%).
2. **MUJERES QUE NO USAN BARRERA DE LÁTEX (NUBL):** compuesto por quienes no usan la barrera de látex nunca (79.9%).

Así pues, aunque la muestra inicial está formada por 327 MSM, únicamente el 59.3% practica, o ha practicado recientemente el cunnilingus con parejas esporádicas. Por tanto, la muestra evaluada queda finalmente conformada por 194 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 53 años ($M = 28.01$; $DT = 7.71$). De ellas, 39 pertenecen al grupo UBL y 155 pertenecen al grupo NUBL. La distribución por nivel educativo ($\chi^2 = 2.074$; $p = .557$) y nacionalidad ($\chi^2 = .674$; $p = .412$) fue equivalente en ambos grupos, no así para la edad ($t = -3.747$; $p = .001$) siendo mayor entre las que UBL ($M = 32.72$; $DT = 6.82$) que entre las que NUBL ($M = 26.81$; $DT = 9.23$).

4.2. VARIABLES COGNITIVAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nivel de conocimientos sobre VIH

El 85.6% de la muestra analizada presenta un nivel de conocimientos alto acerca de las vías de transmisión del VIH, obteniendo una puntuación media de 10.53 ($DT = 1.91$) sobre una puntuación máxima de 13. Considerando los rangos establecidos a efectos interpretativos (conocimientos bajos, de 0 a 4 puntos; conocimientos medios, de 5 a 8 puntos; y conocimientos altos de 9 a 13 puntos); un 15.5% de quienes NUBL y un 7.7% de quienes UBL presentan niveles medios, mientras que un 83.9% de las que NUBL y un 92.3% de las que UBL presentan niveles altos.

Tabla 40.

Conocimientos VIH en hombres que tienen sexo con mujeres con UIP o UCP

	UIP		UCP		t	d
	M	DT	M	DT		
OBJETOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 1)	4.10	.74	4.23	.84	-.910	.16
FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 2)	6.32	1.54	6.77	1.11	-2.091*	.34
CONOCIMIENTOS GLOBALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	10.41	1.98	11.01	1.56	-1.987*	.33

*Nota: *p<.05*

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 40) observamos que las mujeres que UBL presentan mayores conocimientos globales que las mujeres que NUBL, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($M = 11.01$ vs. $M = 10.41$; $p = .05$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y el nivel de conocimientos no obtiene significación estadística ni en la escala global ($r = .124$; $p = .085$) ni en sus dos factores: objetos ($r = -.106$; $p = .141$) y fluidos corporales ($r = .106$; $p = .140$).

Actitudes hacia el VIH

Las mujeres que NUBL perciben menor vulnerabilidad ($M = 13.57$ vs. $M = 20.21$) y mayor temor a una posible infección por VIH con respecto a las mujeres que UBL ($M = 51.16$ vs. $M = 47.01$); aunque en ninguna de ambas variables aparecen diferencias significativas. Por el contrario, el nivel de severidad percibido sí alcanza significación estadística. Las mujeres que UBL perciben mayor severidad hacia el VIH que las mujeres que NUBL ($M = 3.00$ vs $M = 2.76$; $p = .022$)

El análisis de correlación entre la frecuencia de uso del preservativo y las actitudes solo obtiene significación estadística en la severidad percibida ($r = .169$; $p = .019$), pero no en la vulnerabilidad ($r = .072$; $p = .319$) ni en el temor ($r = -.048$; $p = .506$).

Tabla 41.

Conocimientos y actitudes en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
Vulnerabilidad percibida	13.57	15.04	20.21	22.19	-1.767	.35
Temor percibido	51.16	37.33	47.01	40.18	.612	.11
Severidad percibida	2.76	.58	3.00	.56	-2.354*	.42

Nota: * $p < .05$

Autoeficacia

Las mujeres que UBL presentan mayor nivel de autoeficacia en comparación con quienes NUBL, siendo estas diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala total ($M = 28.85$ vs. $M = 24.39$; $p = .001$) como en sus dos factores: *expectativas positivas* ($M = 15.92$ vs. $M = 13.46$; $p = .001$) y *expectativas negativas* ($M = 12.92$ vs. $M = 10.83$; $p = .001$). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto grande, con valores que oscilan entre $d = .65$ y $d = .80$.

En ambos grupos, las situaciones ante las que perciben mayor autoeficacia son aquellas referidas a una posible evaluación negativa o rechazo por parte de la pareja cuando se sugiere o propone el uso de la barrera de látex (ver tabla 42). El ítem que genera menor autoeficacia en las mujeres que UBL es la seguridad de parar en el momento de máxima excitación para utilizar la

barrera de látex. Las comparaciones estadísticas realizadas con los ítems que componen el instrumento determinan diferencias significativas en cinco cuestiones donde las mujeres que UBL obtienen mayores puntuaciones: el ítem 1 «*me siento cómoda o segura a la hora de comprar barreras de látex*» (M = 4.21 vs. M = 3.66; p = .011), el ítem 2 «*me resulta cómodo hablar acerca del uso de la barrera de látex con una pareja antes de comenzar la relación sexual*» (M = 4.36 vs. M = 3.54; p = .001), el ítem 3 «*si tengo que sugerir a una pareja que usemos barreras de látex, tengo miedo de que me rechace*» (M = 4.31 vs. M = 3.81; p = .028), el ítem 6 «*me siento incómoda a la hora de ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja*» (M = 4.31 vs. M = 3.10; p = .001) y el ítem 7 «*estoy segura de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja*» (M = 3.72 vs. M = 3.08; p = .004).

Tabla 42.

Autoeficacia en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento cómoda o segura a la hora de comprar barreras de látex	3.66	1.26	4.21	1.13	-2.613*	.46
2. Me resulta cómodo hablar acerca del uso de la barrera de látex con una pareja antes de comenzar la relación sexual	3.54	1.26	4.36	1.11	-3.990***	.69
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos barreras de látex, tengo miedo de que me rechace [†]	3.81	1.27	4.31	1.13	-2.217*	.41
4. No me siento segura a la hora de sugerir el uso de la barrera de látex a una nueva pareja ya que podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ITS [†]	3.91	1.28	4.31	1.17	-1.763	.33
5. Estoy segura de que recordaría usar la barrera de látex aunque haya consumido alcohol u otras drogas	3.28	1.27	3.64	1.22	-1.613	.30
6. Me siento incómoda a la hora de ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja [†]	3.10	1.43	4.31	1.13	-5.625***	.94
7. Estoy segura de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja	3.08	1.38	3.72	1.15	-2.985*	.50
EXPECTATIVAS POSITIVAS (FACTOR 1)	13.56	3.86	15.92	3.31	-3.511***	.65
EXPECTATIVAS NEGATIVAS (FACTOR 2)	10.83	3.21	12.92	3.02	-3.690***	.67
AUTOEFICACIA (PUNTUACIÓN TOTAL)	24.39	6.06	28.85	5.08	-4.237***	.80

Nota: *p<.05, **p<.01, ***p<.001; [†]ítems invertidos

Globalmente, el 91.7% de la muestra analizada presenta niveles medio-altos en autoeficacia para el uso de la barrera de látex, con una puntuación media de 25.79 (DT = 6.05) sobre un total

posible de 35 puntos. Teniendo en cuenta la estimación de tres rangos a efectos explicativos (autoeficacia baja, de 7 a 16 puntos; autoeficacia media, de 17 a 25 puntos; y autoeficacia alta de 26 a 35 puntos); un 11% de quienes NUBL y un 2.6% de quienes UBL presentan niveles bajos, mientras que un 34.8% de las que NUBL y el 69.2% de las que UBL presentan niveles altos. Cabe destacar que esta distribución presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 15.492$; $p = .001$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la autoeficacia resulta significativo tanto en la escala global ($r = .332$; $p = .001$) como en los factores de expectativas positivas ($r = .271$; $p = .001$) y expectativas negativas ($r = .302$; $p = .001$).

4.3. VARIABLES AFECTIVO-EMOCIONALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Autoestima

La puntuación media obtenida por la muestra analizada ($M = 31.84$, $DT = 6.74$) supera el punto de corte que establece un nivel alto de autoestima (≤ 30 puntos). Aplicando los puntos de corte establecidos en la adaptación española de la escala (autoestima baja, de 10 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 29 puntos; y autoestima alta de 30 a 40 puntos); un 18.1% de las mujeres que NUBL y un 7.7% de las que UBL presentan niveles bajos, mientras que un 69.7% de las mujeres que NUBL y el 79.5% de las que UBL presentan niveles altos.

Tabla 43.

Autoestima en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras	3.17	.90	3.33	.81	-1.052	.00
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso [†]	3.44	.82	3.59	.64	-1.077	.20
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas	3.29	.76	3.38	.82	-.686	.11
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	3.25	.86	3.51	.79	-1.772	.31
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgullosa [†]	3.27	.98	3.28	1.08	-.062	.01
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma	2.99	.98	3.44	.88	-2.575*	.48
7. En general me siento satisfecha conmigo misma	2.98	.97	3.31	.95	-1.889	.34
8. Me gustaría tener más respeto por mí misma [†]	2.84	1.11	3.21	.89	-2.174*	.37
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones [†]	3.18	.92	3.38	.82	-1.262	.23
10. A veces pienso que no sirvo para nada [†]	3.55	.77	3.71	.61	-1.478	.23
AUTOESTIMA (PUNTUACIÓN TOTAL)	31.95	6.51	34.15	6.03	-2.002*	.35

Nota: * $p < .05$; [†]ítems invertidos

Analizando las diferencias en función del uso de la barrera de látex observamos que las mujeres que UBL presentan un mayor nivel de autoestima que las mujeres que NUBL ($M = 34.15$ vs. $M = 31.95$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .05$). En ambos grupos, las mujeres perciben mayor autoestima con respecto a sus sentimientos de valía, éxito y capacidad (ver tabla 43). Por el contrario, el ítem que menor valor obtiene es la necesidad de respetarse más a uno mismo. Aunque las mujeres que UBL obtienen mayores puntuaciones en todos los ítems que conforman la escala solo dos alcanzan significación estadística: el ítem 6 «*tengo una actitud positiva hacia mí misma*» ($M = 3.44$ vs. $M = 2.99$; $p = .011$) y el ítem 8 «*me gustaría tener más respeto por mí misma*» ($M = 3.21$ vs. $M = 2.84$; $p = .033$). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto pequeño que oscila entre $d = .37$ y $d = .48$.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y el nivel general de autoestima obtiene significación estadística ($r = .146$; $p = .042$).

Sintomatología depresiva

Analizando las diferencias en función del uso de la barrera de látex se observa que las mujeres que NUBL ($M = 12.93$) presentan mayor sintomatología depresiva que las mujeres que UBL ($M = 12.18$), aunque esta diferencia no alcanza significación estadística ($p = .316$).

Tabla 44.

Sintomatología depresiva en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de familiares y amigos/as	.54	.74	.54	.76	.026	-
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	1.09	.94	.82	.89	1.627	.29
3. Me sentí deprimida	.68	.78	.62	.82	.486	.07
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	.79	.79	.59	.79	1.446	.25
5. No dormí bien	1.06	.90	1.13	.80	-.445	.08
6. Disfruté de la vida [†]	.88	.82	.67	.81	1.445	.26
7. Me sentí triste	.89	.82	.82	.82	.476	.09
SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA (PUNTUACIÓN TOTAL)	5.93	4.17	5.18	4.31	1.006	.18

Nota: [†]ítems invertidos

Por su parte, las comparaciones realizadas con los ítems de la escala determinan que, aunque las mujeres que NUBL obtienen mayores puntuaciones en todos los ítems presentados no

se observan diferencias estadísticamente significativas (ver tabla 44). En ambos grupos, los síntomas que generan mayor severidad están relacionados con la capacidad de concentración y la conciliación del sueño.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la sintomatología depresiva no alcanza significación estadística ($r = -.102$; $p = .159$).

A nivel global, la puntuación media obtenida por el conjunto de la muestra ($M = 6.03$; $DT = 4.61$) se encuentra por debajo del punto de corte establecido para considerar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (≤ 9 puntos). Teniendo en consideración el punto de corte establecido por Herrero y Gracia (2007), el análisis de frecuencias determina la existencia de un mayor porcentaje de mujeres con sintomatología clínicamente depresiva en el grupo que NUBL (18.7%) que en el grupo que UBL (15.4%).

Homofobia interiorizada

En general, las mujeres que NUBL presentan menor nivel de homonegatividad interiorizada que las mujeres que UBL, aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ni en la escala global ($M = 22.49$ vs. $M = 21.97$; $p = .666$) ni en sus tres factores: identificación pública como homosexual ($M = 9.92$ vs. 9.95 ; $p = .963$), confort social ($M = 5.83$ vs. $M = 5.62$; $p = .662$) y confort sexual ($M = 6.74$ vs. $M = 6.41$; $p = .492$). El análisis de los ítems determina que las mujeres que UBL obtienen específicamente mayores puntuaciones en algunos ítems referidos a la incomodidad por mantener interacciones sociales públicas con personas abiertamente homosexuales y a la necesidad de ocultar la orientación sexual (ver tabla 45). Concretamente, los supuestos que mayor homonegatividad generan entre quienes UBL son la necesidad de controlar quién conoce su orientación sexual y la dificultad para tomar la iniciativa cuando se quiere interactuar sexualmente con una mujer homosexual.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la homofobia interiorizada no resulta significativo ni en la escala global ($r = -.054$; $p = .455$) ni en sus tres factores: identificación pública como homosexual ($r = -.020$; $p = .782$), confort social ($r = -.042$; $p = .565$) y confort sexual ($r = -.062$; $p = .393$).

El 93.3% de la muestra analizada presenta niveles bajos de homofobia interiorizada, obteniendo una puntuación media de 22.99 ($DT = 6.51$) sobre un máximo de 65 puntos. Considerando los baremos elaborados por Morell-Mengual et al. (2017) para población española, un 5.8% de quienes NUBL y un 10.3% de quienes UBL se sitúan por encima del percentil 80.

Tabla 45.*Homofobia interiorizada en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL*

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento cómoda cuando otras personas descubren que soy homosexual [†]	2.17	1.12	2.10	1.27	.348	.06
2. Es importante para mí controlar quién conoce mi homosexualidad	2.77	1.29	2.85	1.41	-.306	.06
3. Me siento cómoda al hablar sobre homosexualidad en situaciones públicas [†]	1.94	1.19	1.77	1.09	.823	.15
4. Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría [†]	1.45	.97	1.56	1.05	-.675	.11
5. Me siento cómoda siendo visto en público con una persona que claramente es homosexual [†]	1.58	1.02	1.67	1.08	-.465	.09
6. La mayoría de los homosexuales no pueden mantener una relación de pareja a largo plazo	1.37	.89	1.26	.68	.771	.14
7. La mayoría de homosexuales prefieren los encuentros sexuales anónimos	1.40	.79	1.51	.94	-.768	.13
8. Las personas homosexuales tienden a alardear de su sexualidad de manera inapropiada	1.48	.83	1.46	.82	.107	.02
9. Generalmente, las personas homosexuales son más promiscuas que las heterosexuales	1.58	1.04	1.38	.85	1.091	.21
10. Suelo sentirme intimidada cuando estoy en lugares para homosexuales	1.39	.86	1.33	.70	.363	.08
11. Las situaciones sociales con homosexuales me hace sentir incómodo	1.21	.66	1.28	.69	-.584	.10
12. A menudo me siento cómoda en bares de homosexuales [†]	2.01	1.35	1.67	1.20	1.435	.27
13. Tomar la iniciativa con otra persona homosexual es difícil para mí	2.14	1.30	2.13	1.36	.031	.01
IDENTIFICACIÓN PÚBLICA COMO HOMOSEXUAL (FACTOR 1)	9.92	3.87	9.95	4.33	-.046	.01
CONFORT SOCIAL (FACTOR 2)	5.83	2.71	5.62	3.00	.438	.07
CONFORT SEXUAL (FACTOR 3)	6.74	2.64	6.41	2.88	.688	.12
HOMOFOBIA INTERIORIZADA (PUNTUACIÓN TOTAL)	22.49	6.20	21.97	8.31	.432	.07

Nota: [†]ítems invertidos**4.4. VARIABLES CONDUCTUALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH*****Consumo de drogas***

El 62.9% de la muestra refiere haber consumido alcohol u otras drogas en el contexto previo a una relación sexual; el 62.9% ha consumido alcohol, el 19.9% cannabis y el 7.7% otras drogas. Los análisis estadísticos realizados (ver tabla 46) determinan que el consumo que realizan ambos grupos solo presenta diferencias significativas en el consumo de cannabis ($\chi^2 = p =$

.013), pero no en el consumo de alcohol ($\chi^2 = 2.816$; $p = .093$) u otras drogas ($\chi^2 = 1.818$; $p = 176$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el consumo de drogas solo alcanza significación estadística en el consumo de cannabis ($r = -.177$; $p = .013$).

Tabla 46.

Consumo de drogas en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

		NUBL	UBL	χ^2	V Cramer
Alcohol	No	34.3%	48.7%	2.816	.12
	Si	65.8%	51.3%		
Cannabis	No	77.4%	94.9%	6.149*	.18
	Si	22.6%	5.1%		
Otras	No	91%	97.4%	1.827	.10
	Si	9%	2.6%		

Nota: * $p < .05$

Asertividad Sexual

Analizando las diferencias en función del uso de la barrera de látex observamos que las mujeres que UBL presentan un mayor nivel de asertividad sexual en comparación con las mujeres que NUBL ($M = 17.67$ vs. $M = 14.09$), siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .001$) y presentando un tamaño del efecto de magnitud media ($d = .67$). Las comparaciones estadísticas realizadas con los ítems que conforman la escala determinan que las mujeres que UBL obtienen puntuaciones estadísticamente superiores en todos los supuestos presentados, a excepción del ítem 5 «*insisto en usar barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarla*», donde no se observan diferencias significativas ($M = 2.10$ vs. $M = 1.28$; $p = .061$).

En ambos grupos, las mujeres se perciben más asertivas para la negociación de la barrera de látex cuando se tiene una fuerte convicción de su uso a pesar de la existencia de presiones por parte de la pareja para mantener relaciones sexuales no protegidas. Los ítems que generan menor asertividad entre las mujeres que NUBL son el de negarse a mantener relaciones sexuales cuando la pareja no quiere utilizar la barrera de látex y el de asegurarse de utilizarla sistemáticamente.

La mayor parte de la muestra analizada (81.3%) presenta niveles medio-altos de asertividad sexual, obteniendo una puntuación media de 15.01 ($DT = 5.77$) sobre un total teórico de 24 puntos.

Considerando los baremos elaborados por Sierra et al. (2012), un 24.5% de las que NUBL y un 5.1% de las que UBL se sitúan por debajo del percentil 15.

El análisis de correlación de Pearson realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la asertividad sexual alcanza significación estadística de signo positivo ($r = .247$; $p = .001$).

Tabla 47.

Asertividad Sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Si a mi pareja no le gusta usarla, tengo relaciones sexuales sin barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos [†]	3.43	1.11	3.90	.31	-2.623**	.58
2. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar barrera de látex, incluso aunque yo no quiera [†]	3.52	1.03	3.92	.27	-2.392*	.53
3. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar barrera de látex	1.15	1.48	1.82	1.50	-2.506*	.45
4. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin barrera de látex [†]	3.05	1.42	3.72	.76	-2.853**	.59
5. Insisto en usar barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarla	1.67	1.68	2.21	1.59	-1.51	.33
6. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar barrera de látex	1.28	1.61	2.10	1.70	-2.742**	.49
ASERTIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	14.09	5.94	17.67	4.61	-4.070***	.67

Nota: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, [†]ítems invertidos

Compulsividad sexual

El 89.6% de las MSM presentan niveles bajos en compulsividad sexual, con una puntuación media de 13.92 (DT = 4.44) sobre un total teórico de 40 puntos. Teniendo presente los tres niveles de puntuación establecidos (compulsividad baja, de 10 a 19 puntos; compulsividad media, de 20 a 30 puntos; y compulsividad alta de 31 a 40 puntos); un 87.1% de quienes NUBL y un 94.9% de quienes UBL presentan niveles bajos, mientras que un 1.3% de las que NUBL y el 0% de las que UBL presentan niveles altos.

Los análisis estadísticos realizados determinan que, en promedio, las mujeres que NUBL presentan mayor compulsividad sexual que las mujeres que UBL ($M = 14.32$ vs. $M = 13.15$), aunque estas diferencias no alcanzan significación estadística ($p = .056$). En general, las mujeres que NUBL obtienen mayores puntuaciones en todos los ítems de la escala, excepto en el obstáculo que supone para las relaciones sexuales tener un gran apetito sexual, ítem en el cual las mujeres que

UBL obtienen una mayor puntuación (ver tabla 48). Cabe destacar que ambos grupos perciben menor sensación de descontrol en el cumplimiento de las responsabilidades y en la capacidad para controlar los pensamientos y comportamientos sexuales.

Tabla 48.

Compulsividad sexual en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones	1.44	.70	1.56	.64	-1.013	.18
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida	1.30	.67	1.10	.31	2.671**	.38
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana	1.28	.55	1.13	.34	2.129*	.33
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales	1.15	.44	1.08	.27	1.391	.19
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control	1.46	.72	1.28	.46	1.887	.30
6. Me sorprende a mí misma pesando sobre sexo en el trabajo	2.18	1.08	2.00	.83	1.142	.19
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo	1.31	.63	1.13	.41	2.268*	.34
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales	1.26	.60	1.05	.22	3.440***	.47
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría	1.48	.90	1.33	.70	1.079	.19
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo	1.46	.87	1.49	.79	-.148	.04
INTERFERENCIA (FACTOR 1)	6.63	2.34	6.36	1.44	.697	.14
IMPULSOS SEXUALES (FACTOR 2)	7.69	3.01	6.79	1.84	2.352*	.47
COMPULSIVIDAD SEXUAL (PUNTUACIÓN TOTAL)	14.32	4.95	13.15	2.84	1.934	.29

Nota: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

Contrariamente al resultado anterior, sí se observan diferencias estadísticamente significativas en el factor de impulsos sexuales (M = 7.69 vs. M = 6.79; p = .021) y en cuatro de las cuestiones que integran la escala: el ítem 2 «*mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida*» (M = 1.30 vs. M = 1.10; p = .008), el ítem 3 «*mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana*» (M = 1.28 vs. M = 1.13; p = .036), el ítem 7 «*siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo*» (M = 1.31 vs. M = 1.13; p =

.026) y el ítem 8 «*tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales*» (M = 1.26 vs. M = 1.05; p = .001). Estas diferencias presentan un tamaño del efecto pequeño que oscila entre $d = .33$ y $d = .47$.

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la compulsividad sexual no resulta significativo ni en la escala global ($r = -.127$; p = .077) ni en el factor de interferencia ($r = -.068$; p = .343), pero sí en el factor de impulsos sexuales ($r = -.155$; p = .031).

Búsqueda de sensaciones sexuales

A nivel global, el 95.7% de las MSM presentan niveles medio-bajos en búsqueda de sensaciones sexuales, con una puntuación media de 23.99 (DT = 5.88) sobre un total teórico de 44 puntos. Teniendo en consideración que para la interpretación de las puntuaciones se han considerado tres niveles (BSS baja, de 11 a 21 puntos; BSS media, de 22 a 33 puntos; y BSS alta de 34 a 44 puntos); un 29.7% de las que NUBL y un 28.2% de las que UBL presentan niveles bajos, mientras que un 6.5% de quienes NUBL y el 2.6% de quienes UBL presentan niveles altos.

Examinando las diferencias según la frecuencia de uso de la barrera de látex, los análisis realizados determinan que las mujeres que NUBL buscan más sensaciones sexuales respecto a las que UBL (M = 24.92 vs. M = 23.87), aunque la diferencia no alcanza significación estadística (p = .310). Concretamente, las mujeres que NUBL obtienen mayores puntuaciones en todas las cuestiones analizadas, excepto en los ítems 2, 6 y 10 referidos a la importancia atribuida a las sensaciones físicas, al disfrute de la compañía de personas sensuales y al interés por explorar la propia sexualidad, en los cuales las mujeres UBL obtienen puntuaciones superiores. En ambos grupos, los supuestos que mayor búsqueda de sensaciones sexuales generan son la autoexploración de la sexualidad y el interés por tener experiencias excitantes.

Cuando se realiza un análisis detallado de los ítems que conforman la escala (ver tabla 49), se observan diferencias significativas en tres ítems: ítem 3 «*disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin barrera de látex*» (M = 2.32 vs. M = 1.17; p = .007) e ítem 4 «*seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos*» (M = 1.30 vs. M = 1.05; p = .001), donde las mujeres que NUBL obtienen mayores puntuaciones; y el ítem 10 «*me apetece explorar mi sexualidad*» (M = 3.07 vs. M = 3.36; p = .040), donde son las mujeres que UBL quienes obtienen puntuaciones más elevadas. Finalmente, el análisis de correlación de Pearson entre la frecuencia de uso de la barrera de látex y la búsqueda de sensaciones sexuales no resulta significativo ni en la escala global ($r = -.067$; p = .352), ni en los factores de atracción por las sensaciones físicas ($r = -.129$; p = .072) o búsqueda de nuevas experiencias ($r = .050$; p = .489).

Tabla 49.*Búsqueda de sensaciones sexuales en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL*

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me gustan los encuentros sexuales salvajes y desinhibidos	2.28	1.04	2.23	.90	.292	.05
2. Las sensaciones físicas son lo más importante del sexo	1.91	.93	1.92	.90	-.081	.01
3. Disfruto de las sensaciones que producen las relaciones sexuales sin barrera de látex.	2.32	1.18	1.77	.96	3.064**	.51
4. Seguramente, mis parejas sexuales piensan que soy una persona que corre riesgos	1.30	.60	1.05	.22	4.214***	.55
5. En las relaciones sexuales para mí es más importante la atracción física que el grado de conocimiento que tengo de la persona	1.50	.75	1.33	.62	1.255	.25
6. Disfruto de la compañía de personas sensuales	2.79	.97	2.90	1.00	-.630	.11
7. Disfruto viendo vídeos pornográficos	2.46	1.04	2.26	1.07	1.077	.19
8. He dicho cosas que no eran exactamente ciertas para conseguir que una persona tuviera sexo conmigo	1.29	.67	1.23	.54	.512	.10
9. Estoy interesada en probar nuevas experiencias sexuales	2.93	.98	2.74	.97	1.058	.19
10. Me apetece explorar mi sexualidad	3.07	.98	3.36	.71	-2.089*	.34
11. Me gusta tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones sexuales	3.08	.99	3.07	.77	.035	.01
ATRACCIÓN POR LAS SENSACIONES FÍSICAS (FACTOR 1)	15.85	4.15	14.69	3.18	1.627	.31
BÚSQUEDA DE NUEVAS EXPERIENCIAS (FACTOR 2)	9.07	2.69	9.18	2.14	-.234	.04
BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	24.92	6.02	23.87	4.60	1.018	.20

Nota: *p<.05, **p<.01, ***p<.001

4.5. ESTRESORES VITALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Victimización homofóbica

El 84% de la muestra presenta niveles bajos de victimización homofóbica, con una puntuación media de 5.57 (DT = 4.75) sobre una puntuación máxima de 28. Teniendo en consideración los tres niveles establecidos a efectos interpretativos (victimización baja, de 0 a 9 puntos; victimización media, de 10 a 18 puntos; y victimización alta de 19 a 27 puntos); se observa que un 85.2% de quienes UIP y un 79.5% de quienes UCP presentan niveles bajos, mientras que un 12.3% de los que UIP y el 20.5% de los que UCP presentan niveles medios.

Analizando las diferencias en función del uso de la barrera de látex comprobamos que las mujeres que UBL presentan mayores niveles de victimización homofóbica que las mujeres que

NUBL ($M = 5.97$ vs. $M = 5.45$), aunque esta diferencia no alcanza significación estadística ($p = .556$). Como se observa en la tabla 50, tampoco se encuentran diferencias significativas en los factores de violencia psicológica ($p = .823$) y violencia física ($p = .420$); por tanto, la severidad de la victimización homofóbica es similar entre quienes NUBL y quienes UBL. Las comparaciones realizadas con los ítems de la escala no alcanzan significación estadística. En ambos grupos, los síntomas que generan mayor severidad están relacionados con insultos, comentarios despectivos y divulgación de rumores (ítems 1 y 2).

El análisis de correlación entre la frecuencia de uso del preservativo y la victimización homofóbica no resulta significativo ni en la escala global ($r = .066$; $p = .358$), ni en los factores de violencia psicológica ($r = -.039$; $p = .591$) y de violencia física ($r = -.077$; $p = .287$).

Tabla 50.

Victimización homofóbica en mujeres que tienen sexo con mujeres con NUBL o UBL

	NUBL		UBL		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me han insultado o ridiculizado	1.23	.95	1.26	.91	-.181	.03
2. Han hablado mal o divulgado rumores falsos sobre mí	1.48	1.04	1.38	1.02	.535	.10
3. Se han reído o burlado de mí	1.14	1.04	1.13	1.13	.038	.01
4. Me han amenazado	.46	.88	.67	1.11	-1.216	.21
5. Me han propinado golpes o empujones	.25	.61	.38	.85	-1.177	.18
6. Me han propinado palizas	.08	.33	.10	.45	-.392	.05
7. Me han dejado de hablar	.84	.99	1.05	1.01	-1.184	.21
VIOLENCIA PSICOLÓGICA (FACTOR 1)	4.68	3.40	4.82	3.44	-.224	.04
VIOLENCIA FÍSICA (FACTOR 2)	1.85	2.20	2.18	2.69	-.809	.13
VICTIMIZACIÓN HOMOFÓBICA (PUNTUACIÓN TOTAL)	5.47	4.67	5.97	5.09	-.590	.10

4.6. MODELO PREDICTIVO PARA EL USO DE LA BARRERA DE LÁTEX EN MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES

Finalmente se lleva a cabo un análisis de regresión logística binaria mediante el método hacia delante (Wald), para averiguar qué factores que influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo en mujeres que tienen sexo con mujeres. A partir del ítem 4 del CPS (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018) «¿con qué frecuencia has utilizado la barrera de látex en el cunnilingus realizado con parejas esporádicas?», se configura una nueva variable dicotómica que será la variable dependiente (VD): frecuencia de uso del de la barrera de látex en la práctica del

cunnilingus. El valor 1 se asigna al evento de interés; en este caso, no utilizar nunca la barrera de látex de en las relaciones sexuales (nunca). Por el contrario, el valor 0 se asigna al comportamiento opuesto; en este caso, referir un uso esporádico o sistemático de la barrera de látex (algunas veces, bastantes veces y siempre). A continuación, se introducen todas las variables independientes (VI) previamente consideradas en los diferentes análisis comparativos realizados y que los modelos teóricos de la conducta sexual de riesgo recogen.

En primer lugar, la prueba ómnibus de coeficientes de modelo resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 4.863$; $p = .001$), lo cual indica que las variables independientes explican la variable dependiente, es decir, que el modelo creado tiene capacidad para explicar el uso de la barrera de látex. Los valores R cuadrado de Cox y Senell (.246) y R cuadrado de Naglekerke (.338) establecen que el modelo explica entre el 24.6% y el 33.8% de la varianza de la variable dependiente.

Como se observa en la tabla 51, la edad, percibir el VIH como una enfermedad grave, creer que se puede estar en riesgo de infectarse con VIH, no consumir cannabis en el contexto previo a una relación sexual, poseer una buena asertividad sexual y percibir autoeficacia en el uso de la barrera de látex, aparecen como factores de protección. Cabe destacar que, de todas ellas, la gravedad percibida al VIH y la autoeficacia percibida multiplican un 70% y un 66%, respectivamente, la probabilidad de no usar nunca la barrera de látex en la práctica del cunnilingus.

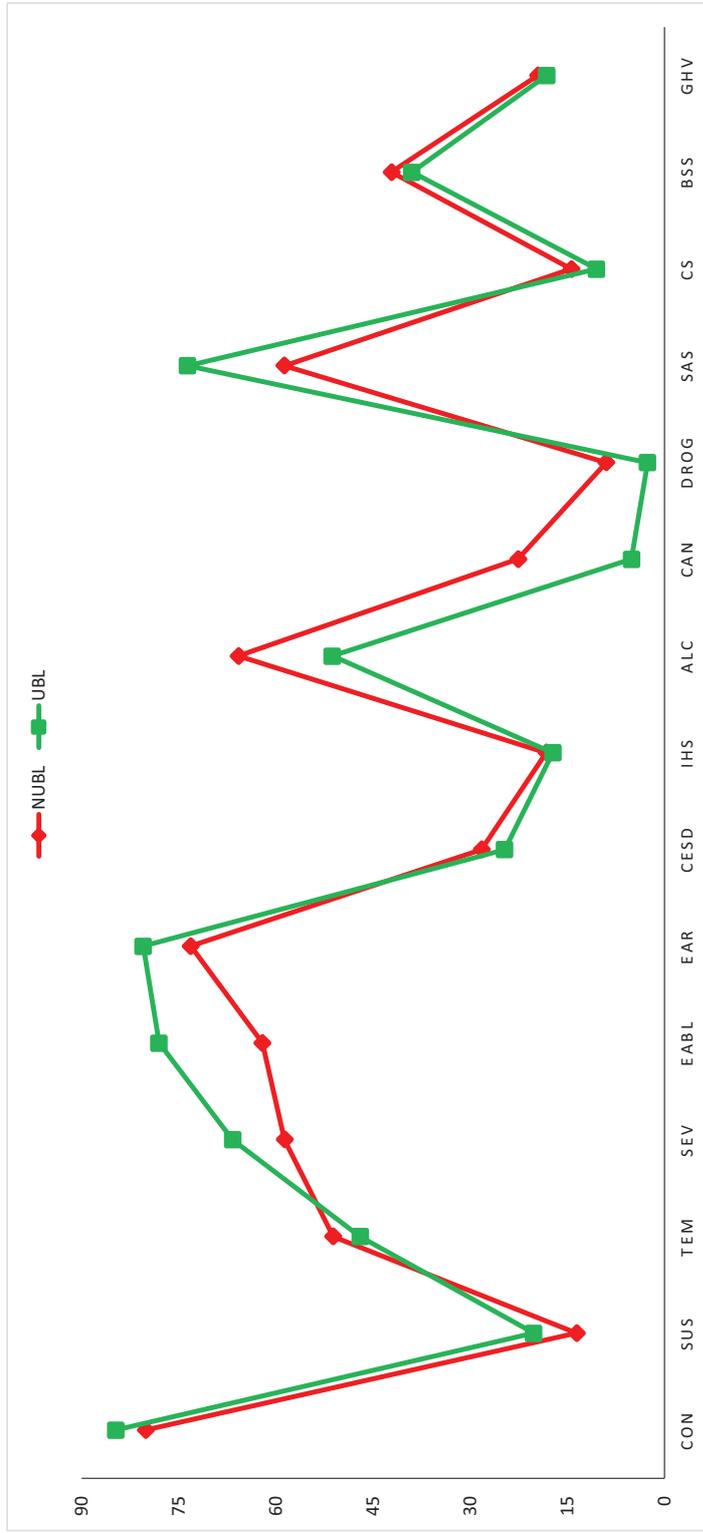
Tabla 51.

Análisis de regresión logística en mujeres que tienen sexo con mujeres

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC95% para Exp (β)	
							Inf.	Sup.
Edad	-.087	.027	10.139	1	.001	.917	.870	.967
Gravedad percibida VIH	-1.189	.464	6.557	1	.010	.304	.123	.757
Vulnerabilidad percibida VIH	-.028	.013	4.611	1	.032	.972	.947	.998
Consumo de cannabis (CPS)	-1.853	.822	5.079	1	.024	.157	.031	.785
Asertividad sexual (SAS)	-.108	.042	6.610	1	.010	.897	.826	.975
Autoeficacia (ABL)	-1.083	.401	7.310	1	.007	.339	.154	.743

En general, se obtiene un buen resultado de clasificación, con una media de 85.1% clasificaciones realizadas correctamente. Los resultados son mejores para la sensibilidad, puesto que clasifica correctamente al 96.1% de las MSM que nunca usan la barrera de látex, y un poco peores para la especificidad, puesto que clasifica correctamente al 41% de las MSM que usan sistemáticamente u ocasionalmente la barrera de látex.

Figura 28.
Perfil diferencial entre mujeres que tienen sexo con mujeres con UBL y NUBL



Nota: CON: conocimientos; SUS: vulnerabilidad percibida; TEM: temor percibido; SEV: severidad percibida; EABL: autoeficacia para el uso del preservativo; EAR: autoestima; CESD: sintomatología depresiva; HIS: homofobia interiorizada; ALC: consumo de alcohol; CAN: consumo de cannabis; DROG: consumo de otras drogas; SAS: asertividad sexual; CS: compulsividad sexual; BSS: búsqueda de sensaciones sexuales; GVH: severidad de la victimización homofóbica

Fuente: elaboración propia

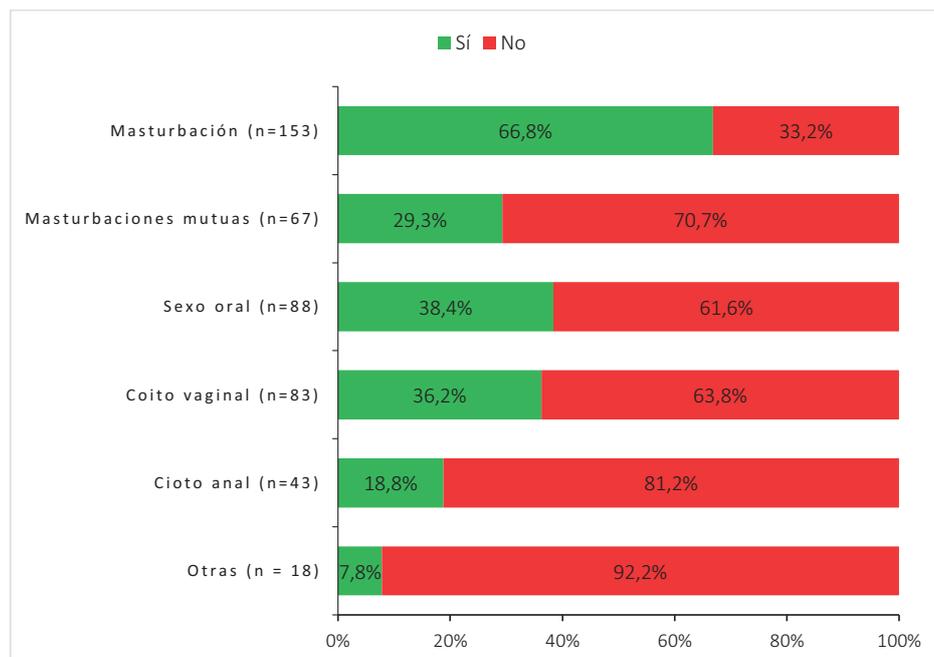
5. ANÁLISIS DIFERENCIAL EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL

5.1. COMPORTAMIENTO SEXUAL

La práctica sexual más realizada (ver figura 29) es la masturbación, referida por el 66.6% de los hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual evaluados (n = 153). A continuación, le sigue el sexo oral con un porcentaje del 38.43% (n = 88) y el coito vaginal con un porcentaje del 36.24 (n = 83). Contrariamente, las conductas menos mencionadas son las masturbaciones mutuas y el coito anal con porcentajes del 29.3% (n = 67) y 18.8% (n = 43), respectivamente. Cabe destacar que un 7.8% refiere realizar otro tipo de prácticas sexuales diferentes a las anteriormente descritas, como besos, abrazos, caricias, penetración táctil, etc.

Figura 29.

Prácticas sexuales en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual



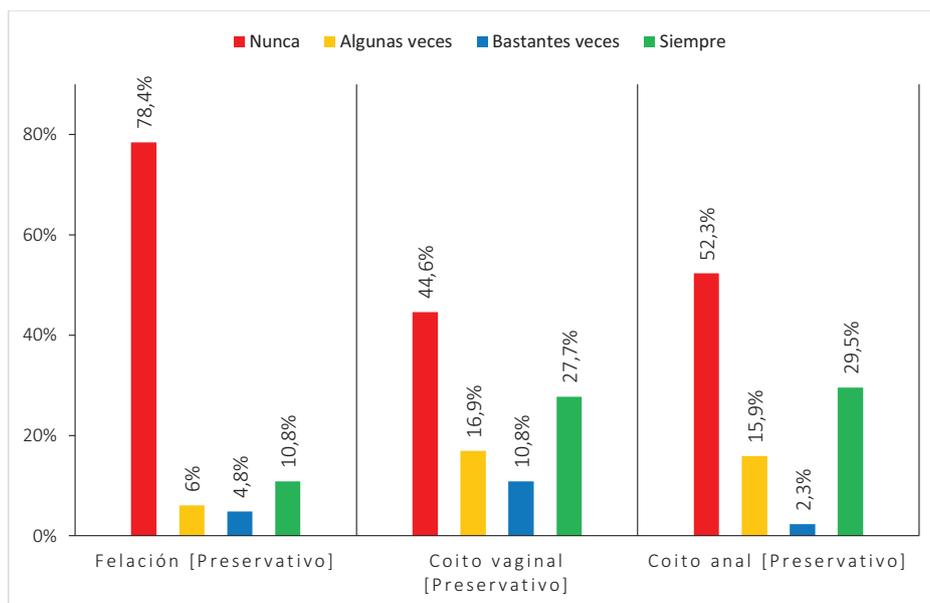
Fuente: elaboración propia

Con respecto a la frecuencia de uso del preservativo (ver figura 30) los datos revelan que todavía existe un elevado porcentaje de personas con diversidad funcional intelectual que no utilizan sistemáticamente el preservativo, sobre todo en aquellas prácticas sexuales que implican mayor riesgo. La práctica que menor frecuencia presenta, congruentemente con el resto de subgrupos

analizados, es la felación con un porcentaje de uso sistemático del 10.8% (n = 9), seguido del coito vaginal con un 27.7% (n = 23) y el coito anal con un 29.5% (n = 13).

Figura 30.

Métodos preventivos utilizados por hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual



Fuente: elaboración propia

La selección de la variable criterio, empleada para el análisis del perfil diferencial en hombres y mujeres con DFI con prácticas sexuales protegidas o no protegidas, se realizó teniendo en consideración dos variables. Por una parte, el riesgo biológico que implica cada práctica sexual (felación, coito vaginal y coito anal) y su frecuencia de realización entre las personas sexualmente activas. Y, por otra parte, el porcentaje de uso sistemático de algún método preventivo de barrera, en este caso el preservativo.

En relación a las cifras obtenidas (ver figuras 29 y 30), se descartó el coito anal ya que, si bien es la práctica de mayor riesgo, es una de las prácticas que menor porcentaje presenta (18.8%). También se descartó la felación porque, a pesar de ser una de las prácticas más realizada (34.1%), es también la que menor riesgo biológico conlleva y la que menor porcentaje de uso sistemático del preservativo presenta (10.8%). Finalmente, se eligió como variable la frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. Esta elección se realiza principalmente

por dos motivos: se trata de una de las conductas sexuales más practicadas (31.4%) y presenta un elevado riesgo biológico para la infección por VIH.

La frecuencia de uso del preservativo se evaluó mediante el ítem 5 perteneciente al Cuestionario sobre Sexualidad para personas con Discapacidad (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018): "*¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo en el coito vaginal?*". La respuesta, establecida mediante escala tipo Likert de cinco alternativas, podía ser: "*no tengo esta práctica*", "*nunca*", "*algunas veces*", "*bastantes veces*" o "*siempre*". La única práctica segura frente a la infección por VIH es el uso sistemático o "siempre" del preservativo, ya que las respuestas que revelan un uso inconsistente ("*algunas veces*" o "*bastantes veces*") implica algún riesgo en menor o mayor medida. No obstante, debido a las características diferenciales que presentan las personas con diversidad funcional intelectual (American Psychiatric Association, 2014) se considera que el utilizarlo bastantes o algunas veces constituyen opciones que se alejan significativamente de quienes optan por no utilizarlo nunca. Por tanto, los grupos quedan conformados del siguiente modo:

1. **PERSONAS QUE USAN EL PRESERVATIVO (UP):** conformado por quienes refieren el uso del preservativo (55.4%).
2. **PERSONAS QUE NO USAN EL PRESERVATIVO (NUP):** compuesto por quienes no usan el preservativo nunca (44.6%).

Así pues, si bien la muestra inicial está formada por 253 personas, solamente el 32.8% práctica o ha practicado recientemente relaciones coitales vaginales. Por tanto, la muestra empleada queda finalmente conformada por 83 personas, 44 hombres y 39 mujeres con, edades comprendidas entre 21 y 64 años ($M = 38.19$; $DT = 10.85$). De ellas, 46 pertenecen al grupo UP y 37 pertenecen al grupo NUP. La distribución por edad ($t = .712$; $p = .478$), sexo ($\chi^2 = 1.338$; $p = .247$) y tipo de residencia ($\chi^2 = 2.723$; $p = .436$) fue equivalente en ambos grupos.

5.2. VARIABLES COGNITIVAS DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Nivel de conocimientos sobre VIH

El 96% de la muestra analizada presenta niveles medio-altos de conocimientos acerca de las vías de transmisión del VIH, obteniendo una puntuación media de 5.22 ($DT = 1.56$) sobre una puntuación máxima de 10. Según los rangos de puntuación establecidos a efectos interpretativos (conocimientos bajos, de 0 a 3 puntos; conocimientos medios, de 4 a 6 puntos; y conocimientos altos de 7 a 10 puntos); un 6.3% de quienes NUP y un 2.3% de quienes UP presentan niveles medios, mientras que un 9.4% de los que NUP y un 19% de quienes UP presentan niveles altos.

Examinando las diferencias según la frecuencia en el uso del preservativo (ver tabla 52) observamos que las personas que UP presentan mayores conocimientos globales que las personas que NUP, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($M = 15.52.08$ vs. $M = 4.81$; $p = .050$).

El análisis de correlación entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de conocimientos no obtiene significación estadística ni en la escala global ($r = .154$; $p = .190$) ni en sus dos factores: objetos ($r = .057$; $p = .621376$) y fluidos corporales ($r = .176$; $p = .134$).

Tabla 52.

Conocimientos VIH en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP

	NUP		UP		t	d
	M	DT	M	DT		
OBJETOS QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 1)	1.81	.82	2.01	.88	-.948	.24
FLUIDOS CORPORALES QUE PUEDEN TRANSMITIR EL VIH (FACTOR 2)	3.02	.88	3.51	1.11	-2.095*	.49
CONOCIMIENTOS GLOBALES (PUNTUACIÓN TOTAL)	4.81	1.15	5.52	1.76	-1.988*	.48

Nota: * $p < .05$

Actitudes hacia el VIH

Como se observa en la tabla 53, las personas que UP perciben mayor temor a una posible infección por VIH ($M = 6.93$ vs. $M = 6.68$; $p = .771$) y atribuyen mayor efectividad al preservativo como método preventivo eficaz frente al VIH ($M = 2.56$ vs. $M = 2.09$; $p = .041$), con respecto a las personas que NUP. Estas comparaciones solo alcanzan significación estadística en la variable vulnerabilidad percibida ($p = .001$).

El análisis de correlación llevado a cabo entre la frecuencia de uso del preservativo y las actitudes analizadas únicamente alcanza significación estadística en la variable fiabilidad atribuida al preservativo ($r = .234$; $p = .039$).

Tabla 53.

Conocimientos y actitudes en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP

	NUP		UP		t	d
	M	DT	M	DT		
Temor percibido al VIH	6.68	4.09	6.93	3.77	-.292	.06
Fiabilidad atribuida al preservativo	2.09	1.12	2.56	.88	-2.084*	.47

Nota: * $p < .05$

Autoeficacia

Un alto porcentaje de la muestra analizada (79.1%) presenta niveles medio-altos en autoeficacia, obteniendo una puntuación media de 14.44 (DT = 4.36) sobre una puntuación máxima de 25. Considerando la estimación de tres rangos interpretativos (autoeficacia baja, de 5 a 11 puntos; autoeficacia media, de 12 a 18 puntos; y autoeficacia alta de 19 a 25 puntos) comprobamos que un 36.7% de quienes NUP y un 9.5% de quienes UP obtienen niveles bajos mientras que un 3.3% de los que NUP y el 33.3% de los que UP obtienen niveles altos. Cabe destacar que esta distribución presenta diferencias significativas ($\chi^2 = 13.773$; $p = .001$).

Tabla 54.

Autoeficacia en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP

	NUP		UP		t	d
	M	DT	M	DT		
1. Me siento capaz de ir a comprar preservativos	3.24	1.84	4.23	1.43	-2.554*	.60
2. Siempre convengo a mi pareja de que hay que usar preservativos	2.72	1.57	4.18	1.27	-4.346***	1.02
3. Me da miedo decirle a mi pareja que usemos el preservativo por si me rechaza [†]	2.66	1.54	3.71	1.60	-2.893**	.67
4. Me pongo el preservativo aunque haya bebido alcohol	2.52	1.58	3.07	1.67	-1.349	.34
5. Me da vergüenza ponerme el preservativo [†]	3.35	1.81	4.09	1.58	-1.824	.44
AUTOEFICACIA (PUNTUACIÓN TOTAL)	12.02	4.23	16.19	3.58	-4.412***	1.07

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; [†]ítems invertidos

Las personas con diversidad funcional intelectual que UCP obtienen mayores puntuaciones que las personas que UIP (M = 16.19 vs. M = 12.02) siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p = .001$). Esta diferencia presenta un tamaño del efecto grande ($d = 1.07$). Un análisis detallado de los ítems (ver tabla 54) revela que las personas que UCP obtienen puntuaciones superiores en todas las cuestiones recogidas en el cuestionario. En ambos grupos, las situaciones ante las que se perciben más autoeficaces son la compra del preservativo y la capacidad para convencer a la pareja de la necesidad de utilizar el preservativo. Concretamente, se observan diferencias estadísticamente significativas en tres de sus cinco afirmaciones: ítem 1 «*me siento capaz de ir a comprar preservativos*» (M = 4.23 vs. 3.24; $p = .013$), ítem 2 «*siempre convengo a mi pareja de que hay que usar preservativos*» (M = 4.18 vs M = 2.72; $p = .001$); e ítem 3 «*me da miedo decirle a mi pareja que usemos el preservativo por si me rechaza*» (M = 3.71 vs. 2.66; $p = .005$).

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y el nivel de autoeficacia alcanza significación estadística ($r = .461$; $p = .001$).

5.3. ESTRESORES VITALES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH

Riesgo de abuso sexual

La mayor parte de la muestra analizada (78.2%) presenta niveles bajos de riesgo de ser víctima de algún tipo de conducta sexual abusiva, obteniendo una puntuación media de 4.81 (DT = 2.95) sobre una puntuación máxima de 19. Considerando los tres rangos establecidos a efectos interpretativos (riesgo bajo, de 0 a 6 puntos; riesgo medio, de 7 a 12 puntos; y riesgo alto de 13 a 19 puntos); un 70.6% de quienes NUP y un 84.1% de quienes UP presentan niveles bajos, mientras que un 2.9% de los que NUP presentan niveles altos, no encontrándose ningún caso de alto riesgo entre quienes UP.

Analizando las diferencias globales se observa que las personas que NUP obtienen mayores puntuaciones globales con respecto a las personas que UP ($M = 5.35$ vs. $M = 4.39$), aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas ($p = .152$). En cuanto a los factores que componen la escala, solo hallamos diferencias estadísticamente significativas en el factor de desconocimiento de los límites corporales ($M = 6.60$ vs. $M = 6.52$; $p = .008$) como en el factor de interferencia ($M = 7.79$ vs. $M = 7.56$; $p = .454$).

Tabla 55.

Conocimientos sobre abuso sexual en personas con diversidad funcional intelectual con NUP o UP

	NUP		UP		t	d
	M	DT	M	DT		
Aceptación del abuso por afecto	.46	.69	.42	.78	.226	.05
Negación del riesgo asociado a lugares	1.49	1.12	1.16	1.67	1.301	.23
Percepción de factores de riesgo y autoprotección	1.31	1.45	1.26	1.32	.173	.04
Desconocimiento de los límites corporales	1.72	1.06	1.09	1.03	2.740**	.60
Revelación del abuso	.41	.80	.37	.68	.221	.05
RIESGO DE ABUSO (PUNTUACIÓN TOTAL)	5.35	3.18	4.39	2.71	1.447	.32

Nota: ** $p < .01$

El análisis de correlación realizado entre la frecuencia de uso del preservativo y los conocimientos sobre conductas sexuales abusivas solo resulta significativo en el factor de desconocimiento de

los límites corporales ($r = -.321$; $p = .037$), pero no en la escala global ($r = -.051$; $p = .655$), ni en los factores de aceptación del abuso por afecto ($r = .003$; $p = .997$), negación del riesgo asociado a lugares ($r = -.109$; $p = .331$), percepción de factores de riesgo y autoprotección ($r = .038$; $p = .737$) y revelación del abuso ($r = .092$; $p = .407$).

5.4. MODELO PREDICTIVO PARA EL USO DEL PRESERVATIVO EN PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELLECTUAL

Finalmente se realiza un análisis de regresión logística mediante el método hacia delante (Wald) con el objetivo de determinar qué variables influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo. A partir del ítem 5 del Cuestionario sobre Sexualidad para personas con Discapacidad Intelectual (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018): que evalúa la conducta autoinformada de uso del preservativo "*¿con qué frecuencia utilizas el preservativo en el coito vaginal?*", se genera una variable dicotómica que constituye la variable dependiente (VD): frecuencia de uso del preservativo en la práctica del coito vaginal. El valor 1 es asignado al evento de interés; en este caso, no utilizar el preservativo en las relaciones sexuales (nunca). Por el contrario, el valor 0 es asignado al comportamiento opuesto; utilizar el preservativo (algunas veces, bastantes veces y siempre). A continuación, se introducen todas las variables independientes (VI) previamente descritas en los análisis comparativos realizados y que las teorías explicativas de la conducta sexual de riesgo recogen como elementos explicativos.

La prueba ómnibus de coeficientes de modelo resulta estadísticamente significativa ($\chi^2 = 26.220$; $p = .001$), lo cual indica que las variables independientes analizadas explican la variable dependiente, es decir, que el modelo propuesto ayuda a explicar el uso inconsistente del preservativo. Los valores R cuadrado de Cox y Senell (.345) y R cuadrado de Naglekerke (.466) establecen que el modelo explica entre el 35.5% y el 46.6% de la varianza de la variable dependiente. Como se observa en la tabla 56, el desconocimiento de los límites corporales (factor de la Escala de Detección del Riesgo de Abuso Sexual) aparece como factor de riesgo para la conducta sexual de riesgo. Mientras que los conocimientos sobre los fluidos con capacidad para transmitir el VIH y la autoeficacia percibida, aparecen como factores de protección. Cabe destacar que, de todos ellos, la ausencia de conocimientos acerca de las acciones o situaciones que constituyen una potencial amenaza para el espacio personal, incrementan un 120% la probabilidad de no usar preservativo en la práctica del coito vaginal.

La prueba de Hosmer y Lemeshow no alcanza significación estadística ($\chi^2 = 4.125$; $p = .846$), lo cual indica la bondad del ajuste del modelo propuesto. En general, se obtiene un buen resultado de

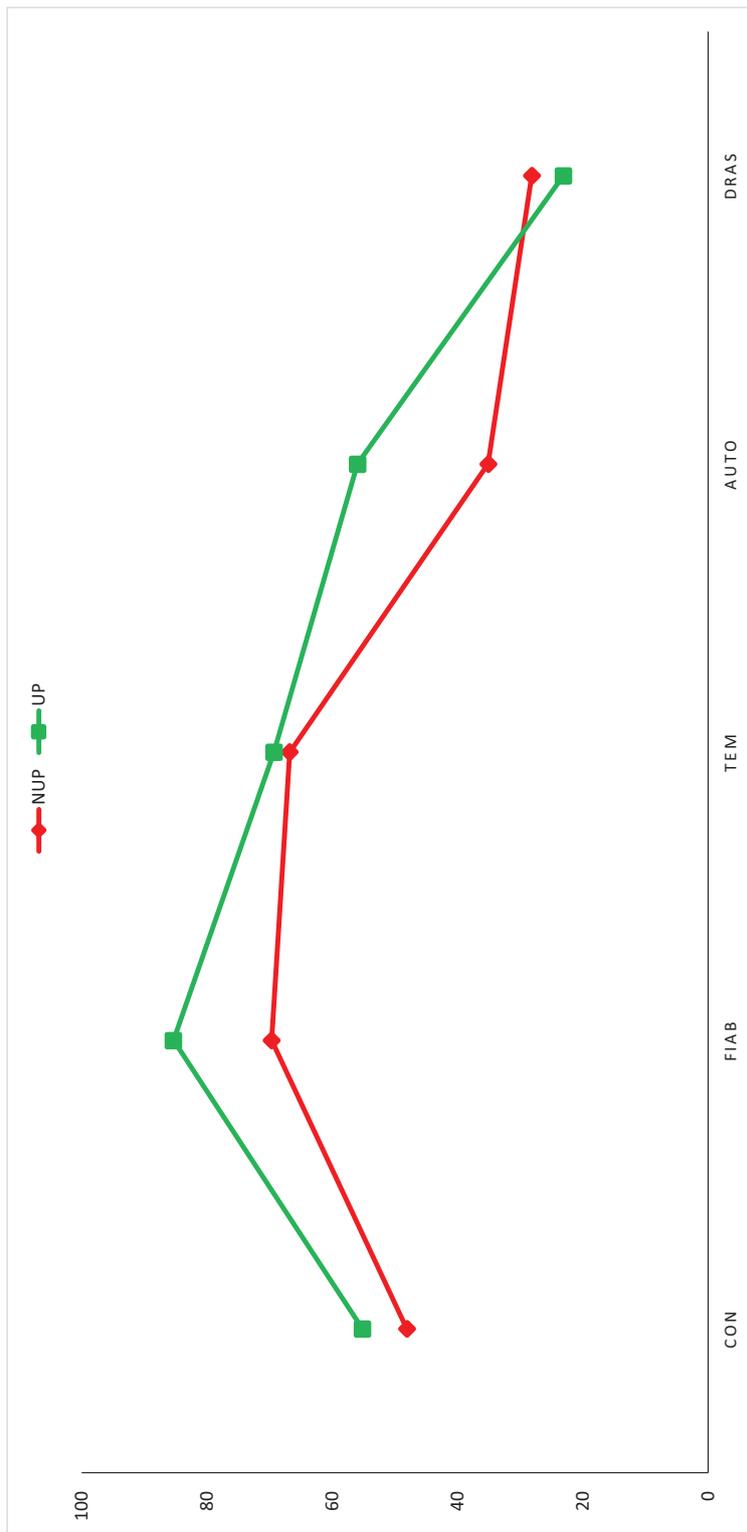
clasificación, con una media de 75.9% clasificaciones realizadas correctamente. Los resultados son mejores para la especificidad, puesto que clasifica correctamente al 81.1% de los hombres que usan el preservativo de forma sistemática, y son un poco peores para la sensibilidad, puesto que clasifica correctamente al 68.1% de los hombres que usan inconsistentemente el preservativo.

Tabla 56.

Análisis de regresión múltiple en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual

	β	ET	Wald	gl	Sig	Exp (β)	IC95% para Exp (β)	
							Inf.	Sup.
Conocimientos fluidos (CUSEXDI)	-.769	.365	4.441	1	.035	.464	.227	.948
Desconocimiento de los límites corporales (DRAS)	.788	.315	6.256	1	.012	2.199	1.186	4.078
Autoeficacia (CUSEXDI)	-.384	.107	12.913	1	.001	.681	.552	.840

Figura 31.
Perfil diferencial entre hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual con NUP y UP



Nota: CON: conocimientos; FIAB: fiabilidad atribuida al preservativo; TEM: temor percibido; AUTO: autoeficacia para el uso del preservativo; DRAS: detección del riesgo de abuso sexual

Fuente: elaboración propia

RESUMEN...

En resumen, podría destacarse que, por lo que se refiere a los **hombres heterosexuales**, las prácticas más realizadas han sido la felación y el coito vaginal. Habitualmente, tienden a utilizar el preservativo de forma sistemática cuando realizan coito vaginal, pero presentan una baja percepción de vulnerabilidad frente a la infección por VIH por lo que no utilizan otros métodos preventivos en prácticas como el cunnilingus o el anilingus.

En general, los hombres que asumen riesgos son más susceptibles a los beneficios a corto plazo que a las posibles consecuencias negativas a largo plazo. Tienen tendencia a experimentar desinhibición y escaso control de impulsos sexuales, buscar sensaciones sexuales, manifestar actitudes homófobas manifiestas y sutiles y consumir alcohol u otras drogas. Por el contrario, los hombres que utilizan el preservativo de manera sistemática se sienten más autoeficaces y poseen mejores herramientas de comunicación asertiva, otorgando mayor valor e importancia a la salud que al placer físico.

En cuanto a las variables que permiten predecir el uso inconsistente del preservativo se observa que la interferencia que supone la incapacidad para controlar los impulsos sexuales constituye la única variable con capacidad predictiva. En contraposición, percibirse capaz de conseguir el preservativo y hacer frente a posibles barreras que dificulten su uso, poseer habilidades de comunicación asertiva y no consumir alcohol u otras drogas en el contexto previo a una relación constituyen variables que predicen el uso consistente del preservativo.

La felación, el coito anal y la penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales constituyen las prácticas más realizadas por **hombres que tienen sexo con hombres** quienes, en general, presentan un uso consistente del preservativo en el coito anal.

Una mayor susceptibilidad percibida hacia el VIH, un alto nivel de autoestima y una mayor atracción por las sensaciones físicas constituyen variables que actúan como factores de riesgo para el uso del preservativo. En relación a las variables que actúan como factores de protección, se observa que poseer habilidades de comunicación asertiva y percibirse capaz de hacer frente a posibles barreras que dificulten su uso predicen el uso del preservativo.

Generalmente, los hombres con prácticas de riesgo son incapaces de regular sus pulsiones sexuales y manifiestan un interés desmesurado por controlar quién conoce su orientación sexual, una elevada búsqueda de sensaciones sexuales físicas y consumo de drogas. En contraposición, los hombres que utilizan el preservativo sistemáticamente perciben menor vulnerabilidad de infectarse por VIH y poseen mayores estrategias de comunicación asertiva.

En cuanto a las **mujeres heterosexuales**, las prácticas más realizadas han sido el coito vaginal y la felación. Puesto que la percepción de riesgo de infección por VIH es mayor en el coito vaginal, el uso del preservativo en esta práctica es casi sistemático en contraposición con las tasas de uso referidas en el coito anal.

Habitualmente, las mujeres que utilizan consistentemente el preservativo poseen mayores habilidades de comunicación asertiva y se sienten más autoeficaces de implementarlas. Por el contrario, las mujeres que adoptan conductas de riesgo prefieren los efectos del refuerzo que obtienen mediante los estímulos que consideran placenteros por lo que tienen tendencia a involucrarse en actividades capaces de provocar experiencias sexuales intensas.

Específicamente, una mayor edad, tener temor a la infección por VIH y sentir atracción por las sensaciones físicas constituyen variables predictoras del uso no sistemático del preservativo. En cuanto a las variables que actúan como factores de protección se observa que no haber sido nunca infiel, poseer habilidades de comunicación asertiva, tener capacidad para controlar los impulsos sexuales y percibirse autoeficaz predicen el uso sistemático del preservativo.

Por lo que se refiere a las **mujeres que tienen sexo con mujeres**, las prácticas más realizadas han sido el cunnilingus y la penetración vaginal táctil o mediante juguetes sexuales. En general, estas mujeres prescinden del uso de la barrera de látex en el cunnilingus, pero al presentar una mayor probabilidad de infección a través de la penetración mediante juguetes sexuales el uso del preservativo es significativamente mayor.

En cuanto a las variables que permiten predecir el uso de la barrera de látex, una mayor edad, percibir mayor riesgo a la infección por VIH, creer que el VIH es una enfermedad grave, no consumir cannabis en el contexto previo a una relación, percibirse autoeficaz y poseer habilidades de comunicación asertiva constituyen factores de protección.

Finalmente, en relación al perfil diferencial, las mujeres que adoptan conductas de riesgo tienen tendencia a consumir cannabis y experimentar un pobre control de los impulsos sexuales. En contraposición, las mujeres que utilizan la barrera de látex poseen mayor nivel de conocimientos, mayor severidad percibida, se sienten más autoeficaces, tienen mayor nivel de autoestima y poseen mayores herramientas de comunicación asertiva, otorgando mayor importancia y gravedad al VIH.

La felación y el coito vaginal constituyen las prácticas más realizadas en **hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual**. En general, presentan un uso inconsistente del preservativo tanto en el coito vaginal como en el coito anal. En cuanto a los factores de riesgo, el desconocimiento de los límites corporales ante situaciones que pueden derivar en abuso sexual constituye la única variable

que predice el uso inconsistente del preservativo. En contraposición, los conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH y el nivel de autoeficacia actúan como factores de protección.

En general, estas personas poseen suficientes conocimientos sobre las vías de transmisión perciben el preservativo como un elemento preventivo eficaz y sienten mayor nivel de autoeficacia, siendo conscientes de que la prevención del VIH es un aspecto importante.

IV .CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

8. Discusión

La promoción de la salud es un proceso dinámico y complejo influido por actitudes, conocimientos, emociones, sentimientos y decisiones. Desde el ámbito de la psicología de la salud se ha trabajado para establecer una explicación a la conducta sexual de riesgo, dando como resultado la conceptualización de diversos modelos explicativos fundamentados científicamente de los cuales se derivan numerosas estrategias preventivas. En este sentido, las teorías más reconocidas y utilizadas en el ámbito de la prevención sexual del VIH son: el Modelo de Creencias de Salud (Becker y Maiman, 1975), la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991), la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1986), el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992) y el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska et al., 1992).

Siguiendo esta conceptualización, en primer lugar, se ha realizado un acercamiento exhaustivo de la conducta sexual y del uso de diferentes métodos preventivos en diversos colectivos con prácticas sexuales y capacidades cognitivas muy diferenciadas. A continuación, se ha llevado a cabo un análisis de distintas variables cognitivas, afectivas y conductuales que actuarían como posibles factores diferenciadores de las personas que adoptan conductas sexuales de riesgo y quienes usan métodos preventivos de barrera de forma consistente. Finalmente, se propone un modelo explicativo de la conducta sexual de riesgo específico para cada subgrupo que permitirá el diseño y la elaboración de estrategias preventivas eficaces adaptadas a la realidad y a las necesidades específicas de cada colectivo.

El desarrollo de este capítulo sigue la estructura empleada en la exposición de los resultados según la cual se han ido presentando los análisis realizados en cada uno de los cinco colectivos que forman parte del estudio. Por tanto, a continuación, se analizan las diferentes hipótesis planteadas para cada subgrupo (hombres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres heterosexuales, mujeres que tienen sexo con mujeres y personas con diversidad funcional intelectual), indicando si se aceptan o rechazan en su totalidad o parcialmente.

1. HOMBRES HETEROSEXUALES

En este apartado se proporcionan datos actualizados sobre los factores de riesgo y protección frente al VIH en "hombres que tienen sexo con mujeres" u hombres heterosexuales. Concretamente, los objetivos específicos fueron describir de forma exhaustiva el perfil del comportamiento sexual; analizar el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal; establecer un perfil diferencial entre hombres con uso consistente o inconsistente del preservativo; y analizar la capacidad predictiva de variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. A continuación, se procede a discutir las hipótesis inicialmente establecidas.

HIPÓTESIS 1:

Las conductas sexuales más practicadas en hombres heterosexuales serán el coito vaginal, la felación y el cunnilingus.

El análisis de la conducta sexual de los hombres heterosexuales confirma la primera hipótesis del estudio. En este sentido, las prácticas sexuales más referidas con parejas esporádicas son, por este orden, la felación, el coito vaginal y el cunnilingus. Este resultado es congruente con otros trabajos similares realizados con diversas muestras de hombres españoles y estadounidenses (Castro, 2016). Concretamente, un estudio norteamericano determina que las conductas sexuales más practicadas son el coito vaginal, la felación y el cunnilingus (Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). Esta sexualidad centrada y circunscrita a la penetración vaginal está determinada por la concepción tradicional que la sociedad tiene de la sexualidad y la educación recibida (Bowleg et al., 2011; Ochoa y Pas, 2006).

Los resultados obtenidos constatan una considerable diferencia entre el porcentaje de hombres que recibe una felación y el porcentaje que realiza un cunnilingus a su pareja. Tradicionalmente la sexualidad ha estado centrada en el placer masculino (Ochoa y Pas, 2006) y la mayor parte de las ocasiones son ellos quienes buscan una interacción sexual (B. Navarro et al., 2010). En este sentido, un estudio estadounidense indica que mientras el 34.7% de los hombres entre 20 y 24 años y el 45.5% entre 25 y 29 años ha recibido una felación durante el último mes por parte de su pareja, solo el 28.1% de los hombres entre 20 y 24 y el 40.4% entre 25 y 29 años ha practicado un cunnilingus a su pareja (Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). Aunque los hombres presentan menor capacidad para iniciar la actividad sexual y rechazar la actividad sexual no deseada que las mujeres (Sierra et al., 2011), cuando se mantienen relaciones con una pareja

esporádica adoptan un rol dominante derivado de la cultura machista y de los estereotipos tradicionales sobre masculinidad egemónica (Fleming et al., 2016).

Las prácticas sexuales que implican contacto anal constituyen conductas residuales, sobre todo en las relaciones esporádicas. Este resultado es consistente con los trabajos de Ballester et al. (2009) y Herbenick, Reece, Schick et al. (2010) quienes establecen una prevalencia del coito anal que oscila entre el 16.1% y el 20.6%. En general, los datos sobre prácticas sexuales anales diferentes al coito, como la penetración digital, la estimulación manual y el contacto oral son escasos en la literatura. Una reciente revisión de McBride y Fortenberry (2010) que analiza la prevalencia de diversas conductas sexuales anales en una muestra de 1.478 hombres heterosexuales establece que el 18% refiere haber practicado el coito anal en alguna ocasión. En este grupo, el 53% refirió haber insertado un dedo en el ano de una pareja en los últimos 30 días, el 24% manifestó haber sido penetrado digitalmente por su pareja, el 24% haber practicado un annilingus y el 15% haber recibido un annilingus. Aunque el sexo anal heterosexual ha estado continuamente presente en el imaginario erótico (Leichliter, Chandra, Liddon, Fenton, y Aral, 2007; McBride y Fortenberry, 2010) el modelo normativo de la sexualidad centrado en la penetración vaginal ha asociado todo contacto anal con la homosexualidad y la sodomía (Sáez y Carrascosa, 2011). A pesar del continuo estigma cultural, la evidencia empírica sugiere que el interés y la atención social que suscita el sexo anal entre los hombres heterosexuales ha aumentado en la última década (Castro, 2016).

HIPÓTESIS 2:

El porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal en hombres heterosexuales será inferior al 75%.

El análisis de la frecuencia del uso del preservativo durante el coito vaginal establece porcentajes situados dentro del rango inicialmente establecido según los hallazgos de Calafat et al. (2009) y Planes et al. (2012), entre otros, por lo que la hipótesis inicialmente indicada queda completamente validada. Los porcentajes de uso obtenido indica tasas insuficientes y menores que la que presentan las mujeres heterosexuales (Blanc y Rojas, 2018; Herbenick, Reece, Schick et al., 2010). Este dato parece confirmar la hipótesis que defienden autores como (O'Sullivan et al., 2006) que establecen que los hombres atribuyen la responsabilidad del uso del preservativo a las mujeres. Por tanto, es más probable que cuando una mujer prefiera prescindir del preservativo el hombre

ceda ante esta presión o la apoye hipócritamente siguiendo los preceptos que establecen que un hombre heterosexual nunca debe declinar una relación sexual, aunque existan riesgos para su salud (Ochoa y Pas, 2006).

Existe la creencia generalizada de que los preservativos reducen drásticamente la sensibilidad y que su uso interrumpe el clima de la relación sexual (Ballester et al., 2009; Flood, 2003). Cuando se realiza un análisis coste-beneficio sobre la necesidad de usar preservativos, algunos hombres perciben unos costes muy superiores a los beneficios obtenidos, ya que para ellos las sensaciones físicas son la parte más importante del sexo (Hendershot et al., 2007; Norris et al., 2009) y el riesgo de infección por VIH es inexistente o muy bajo (Asare et al., 2013; Rosenstock, 1974). Incluso cuando este proceso de evaluación cognitiva atribuye mayores ventajas que inconvenientes al uso del preservativo puede haber otros factores como la carencia de habilidades de negociación (Javier et al., 2008; Morokoff et al., 1997) o el consumo de alcohol u otras drogas (Kerr et al., 2015; Walsh et al., 2014) que impidan o dificulten su uso.

Generalmente, los hombres perciben más probable la posibilidad de que ocurra un embarazo no deseado que de que se produzca una infección por VIH u otra ITS (Ballester et al., 2009; Flood, 2003). Esta percepción sesgada influye en la sustitución del preservativo por otros métodos anticonceptivos como el implante "*nexplanon*" o la píldora, al atribuir mayor importancia a la prevención del embarazo. Esta preocupación circunscrita a la prevención del embarazo se debe quizás a que un gran porcentaje de ellos conoce a gente que ha pasado por este proceso, pero no conocen a nadie que se haya infectado con el VIH. No obstante, el estigma asociado a la enfermedad puede segar esta idea. Es posible que, si bien en su entorno más inmediato exista algún caso de infección por VIH u otra ITS este permanezca oculto o no presente una sintomatología manifiesta y claramente detectable.

Otros hombres creen erróneamente que cuando una relación sexual se enmarca en el seno de una relación de confianza no es necesario utilizar preservativo ya que su uso solo es aceptable cuando existe una razón sanitaria que lo justifique plenamente (Calafat et al., 2009; Flood, 2003). Existen hombres que atribuyen un elevado grado de confianza a una persona tras una breve conversación de pocos minutos y que creen que el estado de salud de la persona es capaz de percibirse físicamente.

Por último, en relación con la cultura homofóbica imperante, algunos hombres están firmemente convencidos de que su círculo social y las relaciones heterosexuales constituyen entornos seguros y libres de VIH (Flood, 2003). Según Welch y Johnson (1992) todavía existen personas que consideran que el VIH está asociado con la homosexualidad ya que, aunque este colectivo

constituye una minoría, presentan las mayores tasas de prevalencia e incidencia, aglutinando más de la mitad de los diagnósticos anuales (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017).

HIPÓTESIS 3:

Los hombres heterosexuales con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia sutil y manifiesta, consumo de drogas y búsqueda de sensaciones sexuales. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, susceptibilidad temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

El análisis de las diferencias entre hombres con uso consistente o inconsistente del preservativo no confirma la hipótesis inicialmente planteada en su totalidad. No obstante, en general los factores que propician la adopción de conductas de riesgo no son exactamente los mismos que promueven la decisión de implementar medidas preventivas que incidan positivamente en la salud.

Concretamente, los hombres con prácticas heterosexuales obtienen puntuaciones en conocimientos, percepción de riesgo y severidad, autoestima, sintomatología depresiva y homofobia sutil dentro de los estándares normativos. Aunque numerosas investigaciones demuestran que estas variables están implicadas en la adopción de conductas sexuales de riesgo (Ballester et al., 2009; Flood, 2003; Haile et al., 2017; Ruiz-Palomino et al., 2018; Shrier et al., 2009), en la muestra analizada no se obtienen diferencias significativas entre el grupo que utiliza el preservativo consistentemente y el que no lo utiliza de forma sistemática. Por tanto, cabe concluir que estas variables no estarían relacionadas con el uso de métodos preventivos de barrera frente al VIH en hombres con prácticas heterosexuales.

En contraposición a este hallazgo, existe la posibilidad de que la asociación entre estos factores no se establezca de forma directa, sino que esté mediada por otros constructos más próximos a la conducta preventiva. Concretamente, algunas investigaciones determinan que la conducta preventiva se da, de forma indirecta, a través de la sintomatología depresiva (Alvy et al., 2011; Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino et al., 2017; Lee et al., 2009) o el nivel de autoestima (MacDonald y Martineau, 2002).

Otra explicación para la ausencia de relación entre estas variables puede deberse al modo o a la concreción con que han sido evaluados los diferentes constructos. En nuestro trabajo los conocimientos evaluados están únicamente circunscritos a las vías de transmisión del VIH. Por el contrario, otras investigaciones analizan el nivel de conocimientos en la conducta sexual de riesgo (Camilleri et al., 2015; Espada et al., 2003; Štulhofer et al., 2007). Además, los modelos explicativos, como el Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975) o el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992) que incluyen los conocimientos como una variable clave de la conducta sexual de riesgo, analizan otros aspectos como, el periodo ventana entre la infección y el tiempo necesario para que las pruebas de anticuerpos puedan detectar la carga viral, las prácticas sexuales susceptibles de transmitir el virus (Ballester et al., 2009) o la profilaxis post exposición no ocupacional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

En contraposición a los resultados anteriormente obtenidos, existen variables específicamente relacionadas con el grupo de hombres con uso inconsistente del preservativo. En relación a los aspectos conductuales, estos hombres se caracterizan por una mayor búsqueda de sensaciones sexuales, una mayor desinhibición sexual y una mayor probabilidad de mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras drogas, al igual que determinan Dodge et al. (2004), Hess et al. (2014) y Smith et al. (2010). En general, los hombres que obtienen mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones sexuales realizan conductas de riesgo porque necesitan involucrarse en situaciones o actividades capaces de provocar experiencias intensas e inusuales, infravalorando el posible peligro que conllevan (Chico, 2000). Como establecen Cooper, Wood, Orcutt y Albino (2003) estos hombres prefieren el refuerzo inmediato que les aportan las prácticas sexuales de riesgo sin atender a las consecuencias negativas a largo plazo. Esta asunción de riesgos puede deberse a la incapacidad para controlar los impulsos sexuales. En general, son personas incapaces de parar en el momento de mayor excitación y realizar un análisis coste-beneficio en el que consideren las ventajas y los inconvenientes asociados al uso sistemático del preservativo (Kalichman y Cain, 2004; Liao et al., 2015). En cuanto al consumo de drogas, nuestros datos revelan que un gran porcentaje de hombres que no usan consistentemente el preservativo ha *ingerido* alcohol en el momento previo a una relación sexual con una pareja esporádica en los seis últimos meses. Este hallazgo es congruente con un estudio español que concluye tasas de consumo muy similares (Becoña et al., 2011). Los efectos del alcohol u otras drogas sobre la conducta incluyen una merma de la capacidad de enjuiciamiento o del proceso de toma de decisiones que conlleva una mayor probabilidad de adoptar conductas de riesgo (Steele y Josephs, 1990).

En cuanto a los factores efectivo-emocionales, los hombres con uso inconsistente del preservativo presentan actitudes de rechazo explícitas hacia el colectivo homosexual, como demuestra (Flood, 2003). Estos hombres poseen actitudes negativas hacia aquellos hombres que se sienten atraídos sexualmente por personas del mismo sexo. Según Campbell (1995) estas creencias homofóbicas constituyen una variable que influye en la adopción de comportamientos de riesgo. Algunos hombres creen que la probabilidad de infectarse por VIH en las relaciones sexuales entre un hombre y una mujer es prácticamente nula. En este sentido, las prácticas tradicionalmente asociadas al colectivo heterosexual son percibidas como de menor riesgo que las prácticas asociadas al colectivo homosexual, como el sexo anal.

Por otra parte, los hombres que utilizan el preservativo consistentemente presentan mayor nivel de autoeficacia para el uso del preservativo y mayores habilidades de negociación, al igual que concluyen Ballester et al. (2013), Noar et al. (2002) y Pérez-Jiménez et al. (2009). Estos hombres presentan, en mayor medida, una fuerte convicción respecto al uso del preservativo a pesar de las presiones que pueda realizar la pareja para mantener relaciones sexuales desprotegidas. Además, también presentan una mayor comodidad y seguridad para colocarse el preservativo incluso en situaciones que pueden dificultar su uso como, por ejemplo, cuando mantienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otra droga o en el momento de mayor excitación sexual. Concretamente, la Teoría Cognitiva Social (Bandura, 1994) y el Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales (J.D. Fisher y Fisher, 1992) consideran la asertividad sexual y la autoeficacia como dos de las variables más importantes de la conducta sexual de riesgo.

HIPÓTESIS 4:

Algunas de las variables analizadas permitirán predecir y clasificar a un alto porcentaje de hombres heterosexuales que usen inconsistentemente el preservativo, si bien el valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente variables como la búsqueda de sensaciones sexuales, la asertividad, la compulsividad sexual y la autoeficacia

Los análisis estadísticos realizados para evaluar la capacidad predictiva de las variables analizadas en relación con el uso consistente/no consistente del preservativo confirma la hipótesis inicialmente planteada, ya que el conjunto de las variables explica un porcentaje considerable de la varianza y clasifican correctamente a un elevado número de casos. Sin embargo, algunas de las

variables que se habían considerado como más tras la revisión de la bibliografía existente, como la búsqueda de sensaciones sexuales, no han resultado ser las que mejor explican el comportamiento. Cabe destacar que las variables que predicen la frecuencia de uso del preservativo hacen referencia principalmente a factores cognitivos y conductuales.

Una mayor incapacidad para regular los pensamientos sexuales en contextos no procedentes predice la no utilización de preservativo en el coito vaginal. En general, estos hombres son incapaces de regular su nivel de excitación, pudiendo darse situaciones en las que se llega a perderse el control. Toda esta sintomatología puede causar problemas en las relaciones interpersonales e inadaptación social (Ballester-Arnal, Gómez-Marínez et al., 2013; Kalichman y Cain, 2004). Dodge et al. (2004) y Liao et al. (2015) que la incapacidad para controlar los impulsos sexuales puede interferir en la capacidad para regular la conducta y, a su vez, esto puede interferir en la capacidad para parar en el momento de mayor excitación y ponerse el preservativo, negociar las conductas sexuales deseadas y negarse a mantener relaciones sexuales cuando no se dispone del preservativo.

Las variables que han aparecido como factores de protección son de tipo cognitivo y conductual. Estos hombres mantienen, en menor medida, relaciones bajo los efectos de otras drogas diferentes al alcohol o al cannabis atribuyendo mayor importancia a la capacidad de decisión que a la desinhibición sexual. De acuerdo con Steele y Josephs (1990) cuando una persona tiene sus capacidades cognitivas en condiciones óptimas es capaz de valorar los riesgos asociados y adoptar las medidas preventivas pertinentes. En este sentido, al no tener mermadas sus capacidades cognitivas son capaces de tomar de decisiones e implementar estrategias de negociación, como se observa en Kerr et al. (2015) y Walsh et al. (2014). Por otra parte, estos hombres realizan interacciones sexuales positivas que incrementan la probabilidad de iniciar una interacción sexual, proponer y negociar el uso del preservativo y rechazar cualquier actividad sexual no deseada, al igual que establecen Morokoff et al. (1997) y Kelley et al. (2016). No obstante, estos hombres no solo poseen habilidades asertivas adecuadas, sino que se perciben capaces de ponerlas en práctica en el momento de adquirir y negociar el uso del preservativo haciendo frente a los posibles inconvenientes o dificultades que puedan surgir. Según Bandura (1994) las personas que carecen de un adecuado nivel de autoeficacia no manejan las situaciones de manera efectiva a pesar de saber qué hacer y poseer las habilidades necesarias.

2. HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

El principal objetivo fue analizar los factores de riesgo y protección frente al VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Resumidamente, los objetivos fueron describir de forma exhaustiva

el perfil del comportamiento sexual; conocer el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito anal; establecer un perfil diferencial entre hombres con uso consistente o inconsistente del preservativo; y comprobar la capacidad predictiva de una serie de variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. La operacionalización de estos objetivos se realizó a través de una serie de hipótesis cuyo cumplimiento pasamos a analizar.

HIPÓTESIS 5:

Las conductas sexuales más practicadas en hombres que tienen sexo con hombres serán el coito anal y la felación.

A diferencia de los hombres y mujeres heterosexuales, los hombres que mantienen relaciones con hombres realizan un amplio repertorio de conductas sexuales, no encontrando ninguna de las prácticas analizadas con porcentajes relativamente bajos, a excepción de la categoría "otras". Este resultado es consistente con los trabajos de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) y Morell et al. (2014) quienes establecen una prevalencia de algunas prácticas como, por ejemplo, las masturbaciones mutuas con un porcentaje que oscila entre el 92% y el 94%. Por tanto, parece lógico afirmar que la globalización de algunas prácticas, anteriormente consideradas minoritarias, se debe a la aparición de las nuevas tecnologías de la comunicación (internet, redes sociales, aplicaciones móviles para ligar, etc.) que facilitan la conexión con hombres con intereses sexuales similares (Phillips et al., 2014; Winetrobe, Rice, Bauermeister, Petering y Holloway, 2014).

Específicamente, las prácticas sexuales más referidas en la muestra analizada son la felación, el coito anal y la penetración anal táctil o mediante juguetes sexuales. Este hallazgo es coherente con otras investigaciones realizadas con diversas muestras representativas de hombres españoles (Folch et al., 2014; Morell et al., 2014). Un estudio realizado con un grupo de 13.111 hombres que mantienen relaciones esporádicas con hombres determina que las conductas sexuales más prevalentes son la felación, las masturbaciones mutuas, la penetración anal y el annilingus (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). En general, los resultados obtenidos acerca de la conducta sexual de este subgrupo confirman la hipótesis originalmente planteada.

HIPÓTESIS 6:

El uso sistemático del preservativo en el coito anal en hombres que tienen sexo con hombres será inferior al 75%.

Aunque la frecuencia de uso del preservativo durante el coito anal obtenida es significativamente superior a la encontrada en otros colectivos (Calafat et al., 2009; Planes et al., 2012; Prat et al., 2016) sigue representando un porcentaje insuficiente ya que este colectivo constituye el grupo poblacional más afectado por el VIH (Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología, 2017). En este sentido, la penetración anal sin preservativo conlleva una probabilidad de transmisión del VIH dieciocho veces mayor a la probabilidad de infección durante la penetración vaginal (Grulich y Zablotska, 2010) y un solo contacto puede ser suficiente para que las células presentes en los fluidos de personas diagnosticadas con VIH entren en el cuerpo de personas no infectada. Dejando al margen los predisponentes biológicos, cabe mencionar que los resultados relativos a la frecuencia del uso del preservativo permiten validar la hipótesis inicial ya que los porcentajes son equivalentes a los hallazgos de Folch et al. (2010), (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013) y Morell et al. (2014).

Los hombres que tienen sexo con hombres constituyen un grupo que mantiene relaciones esporádicas con muchas personas (Folch et al., 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Aunque normalmente se asume que las relaciones esporádicas son encuentros de corta duración, algunos hombres mantienen encuentros casuales sexuales más o menos continuados con una misma persona. Esta situación genera un clima de confianza en el que algunas veces se prescinde del preservativo ya que el hecho de seguir utilizándolo implica pensar que se hace porque se cree que la pareja puede tener una infección de transmisión sexual. Realmente el aspecto físico de una persona no revela si se tiene o no una ITS y, además puede darse la circunstancia de que una de ambas personas desconozca su estado serológico y éste sea positivo.

Actualmente algunos hombres piensan que el VIH causa una enfermedad normalizada que no conlleva cambios importantes y que forma parte indiscutible de los problemas de salud que tiene el colectivo de HSH (Jacques et al., 2015). Cuando estas personas se plantean el uso del preservativo perciben que los costes asociados a su uso, como la incomodidad derivada de plantear y negociar su uso o la reducción de las sensaciones, son superiores al beneficio obtenido, ya que el riesgo percibido de infección es bajo (Morell et al., 2014) y en caso de producirse existe una medicación antirretroviral que permite llevar una vida completamente normal (Ministerio de

Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013). Quizá podríamos pensar que esta idea surge porque estas personas suelen tener amigos y conocidos que conviven con el VIH.

En la actualidad existe un número indeterminado de personas que toman la profilaxis pre-exposición (PrEP) y prescinden del uso del preservativo. Aunque la investigación actual determina que esta estrategia preventiva reduce entre un 90% y un 95% el riesgo de adquirir el VIH la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios todavía no ha aprobado su dispensación (Fonner et al., 2016). En este momento, su adquisición se realiza a través de canales no autorizados sin conocer con exactitud si el medicamento que están tomando es genuino y, por tanto, contiene los principios activos adecuados para la prevención del VIH.

HIPÓTESIS 7:

Los hombres que tienen sexo con hombres con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia interiorizada, consumo de drogas, búsqueda de sensaciones sexuales y victimización homofóbica. Al contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, susceptibilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual

Los resultados obtenidos revelan que los hombres que refieren un uso sistemático del preservativo obtienen mayores puntuaciones en autoeficacia y asertividad sexual. Estos resultados son congruentes con los hallazgos de Noar et al. (2006) y Eaton et al. (2011). Concretamente, este colectivo percibe una mayor autoeficacia ante situaciones que requieren proponer o sugerir el uso del preservativo. Esta variable es, según Nesoff et al. (2016), clave en la negociación del uso del preservativo y en la capacidad de llevar a cabo conductas de protección frente a la infección por VIH. Además, las personas que se perciben autoeficaces creen en su capacidad para organizar y ejecutar las acciones necesarias para obtener determinados logros (Bandura, 1986). Por su parte, al igual que describen Kelley et al. (2016) y Kennedy y Jenkins (2011), estos hombres también poseen una fuerte convicción de la necesidad de utilizar preservativo a pesar de las presiones de la pareja para mantener relaciones sexuales no protegidas. Las habilidades de negociación y conducta sexual asertiva constituyen habilidades necesarias para iniciar la actividad sexual, rechazar toda actividad sexual no deseada y negociar las prácticas sexuales deseadas (Morokoff et al., 1997).

En contraposición, y al igual que establecen otras investigaciones similares llevadas a cabo específicamente con hombres que tienen sexo con hombres (Groves et al., 2010; Jacques et al., 2015; Morell et al., 2014; Pyun et al., 2014), los hombres que refieren un uso inconsistente del preservativo obtienen mayores puntuaciones en vulnerabilidad percibida hacia el VIH, compulsividad sexual, homofobia interiorizada, consumo de algunos tipos de drogas y búsqueda de sensaciones sexuales.

En relación a los aspectos cognitivos y conductuales, estas personas se caracterizan por una fuerte desinhibición sexual y pobre control de los impulsos, al igual que destacan los trabajos de Coleman et al. (2010) y Smolenski et al. (2009). Concretamente, las personas con alta compulsividad sexual se caracterizan por sentir que sus impulsos sexuales son fuertes e incontrolables y pensar en sexo más tiempo del deseado. Aunque estos hombres refieren una alta probabilidad percibida de infectarse por VIH son incapaces de usar el preservativo debido a su incapacidad para controlar dichos impulsos (Groves et al., 2010). Aunque realmente desearían usar el preservativo son incapaces de parar en el momento de mayor excitación para ponérselo a uno mismo o ponérselo a su pareja.

Consecuentemente, estas personas también se caracterizan por buscar altos niveles de excitación sexual a través las sensaciones físicas y presentar mayor consumo de ciertas drogas diferentes al alcohol y al cannabis en el contexto previo a una relación sexual. Al igual que determina Kalichman et al. (1994) y Berg (2008) se trata de personas caracterizadas por participar en actividades capaces de provocar experiencias intensas como prescindir del uso del preservativo, mentir para conseguir mantener relaciones sexuales con alguna persona determinada y anteponer la atracción física al grado de conocimiento que se tiene de la pareja. Esta mayor búsqueda de sensaciones sexuales también se expresa con un mayor consumo de otras drogas asociado a la conducta sexual de riesgo. Los estudios de Folch et al. (2010), Folch et al. (2015) y Hernández et al. (2017), entre otros, corroboran este hallazgo. Probablemente estas tasas de consumo tan elevadas sean atribuibles a la consideración que tienen algunas drogas como una parte normativa de ciertas dinámicas sexuales (Jacques et al., 2015). Por ejemplo, el consumo de cocaína no solo se realiza por sus efectos recreativos, sino que también se buscan propiedades analgésicas y dilatadoras del esfínter anal.

Finalmente, en cuanto a las variables afectivo-emocionales, los hombres que usan inconsistentemente el preservativo presentan también mayores niveles de homofobia interiorizada relacionados con el confort social percibido cuando están en contextos frecuentados por hombres abiertamente homosexuales. Este resultado es congruente con otros trabajos realizados con diversas muestras de hombres que tienen sexo con hombres (Crosby et al., 2016). Flebus y Montano (2012)

indican que los prejuicios asociados a la homosexualidad están tan extendidos que incluso las personas homosexuales y bisexuales interiorizan algunos de estos preceptos, aunque vayan en contra de uno mismo. Es probable que las personas con alta homofobia interiorizada no estén integradas dentro de la comunidad LGTB y, por consiguiente, no frecuenten los lugares donde tradicionalmente se implementan programas preventivos para hombres que tienen sexo con hombre (Noar, 2011; Young, 2012). Por tanto, es posible que estas personas tengan una información sexual sesgado desde la concepción heteronormativa que no contemple ciertas diferencias que tienen los hombres con prácticas homoeróticas.

Tras los resultados descritos, cabe destacar que el estudio de las diferencias entre hombres homosexuales con uso consistente o inconsistente del preservativo solo confirma parcialmente la hipótesis de partida. Aunque numerosos estudios concluyen que los conocimientos, el temor percibido, la severidad percibida, el nivel de autoestima, la sintomatología depresiva, el consumo de alcohol y la victimización homofóbica están relacionadas con el uso no consistente del preservativo (Chen y Raymond, 2017; Jacques et al., 2015; Morell et al., 2014; Ruiz-Palomino et al., 2018; Russell et al., 2011), la muestra analizada no obtiene diferencias significativas entre ambos grupos.

En este sentido, existen algunos trabajos que determinan que estos aspectos no están directamente relacionados con la conducta sexual de riesgo. Crepaz y Marks (2001) no hallan relación entre la sintomatología depresiva y el uso sistemático del preservativo. Aunque el estado de ánimo deprimido puede interferir parcialmente en los procesos de autorregulación y toma de decisiones (American Psychiatric Association, 2014; Khan et al., 2009) las puntuaciones obtenidas por la muestra evaluada se encuentran por debajo del punto de corte establecido para considerar la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (Herrero y Gracia, 2007). Es probable que su capacidad para dirigir y orientar los pensamientos, los sentimientos y las acciones no estén lo suficientemente alteradas como para prescindir del uso del preservativo o ver mermada la capacidad para negociar su uso. Tampoco se observa relación entre la percepción de riesgo y el uso consistente del preservativo. En la muestra evaluada, la percepción del riesgo ante una posible infección por VIH es baja al igual que concluyen MacKellar et al. (2007) y Morell et al. (2014). Esta baja percepción de riesgo puede atribuirse a la creencia de que el VIH causa una enfermedad normalizada que no conlleva grandes cambios en la vida cotidiana y que, a su vez, forma parte de los problemas de salud normativos que pueden tener los hombres que tienen sexo con hombres (Jacques et al., 2015). Según MacKellar et al. (2007) y Morell et al. (2014) anteriormente el VIH provocaba más miedo y poseía mayor grado de estigmatización, lo cual promovía un mayor número de conductas de autocuidado.

HIPÓTESIS 8:

La combinación de algunas de las variables permitirá predecir correctamente a un alto porcentaje de hombres que usen inconsistentemente el preservativo, no obstante, su capacidad predictiva variará entre variables. Así, variables como la búsqueda de sensaciones sexuales, la autoeficacia, la compulsividad sexual y la asertividad tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente

En primer lugar, los hallazgos realizados establecen que las variables que actúan como factores de protección son de tipo cognitivo y conductuales. Al igual que sucede con el resto de colectivos analizados estas variables constituyen predictores significativos del uso de métodos preventivos de barrera independientemente del género, la orientación sexual o la práctica sexual realizada. Como indican Casey et al. (2009) y Nesoff et al. (2016) la autoeficacia ejerce un papel predictor tanto en la proposición del uso del preservativo como en la capacidad para negociar su uso. Por tanto, estos hombres se perciben capaces de adoptar todas las estrategias preventivas necesarias haciendo frente a impedimentos extrínsecos e intrínsecos. Además, también poseen las habilidades de comunicación sexual asertivas necesarias para negociar con éxito y seguridad el uso del preservativo. Como defiende Noar et al. (2006) y Santos-Iglesias y Iglesias (2010) esta habilidad es necesaria para iniciar una interacción sexual y dominar la situación de manera que acontezca de la forma deseada. La adquisición de estas habilidades es el resultado positivo de la implementación de programas específicamente diseñados para cubrir las necesidades de los hombres que tienen sexo con hombres (Harper, 2007; Hergenrather et al., 2016; Hurtado et al., 2010) cuyas interacciones sexuales acontecen, en algunas ocasiones, en entornos de sexo anónimo donde impera un código de silencio y donde las oportunidades para negociar el uso del preservativo son limitadas (Chng y Géliga-Vargas, 2000).

Por otra parte, los hombres que tienen una actitud positiva, pero no excesivamente alta, hacia sí mismos adoptan comportamientos preventivos y saludables. De acuerdo con Yang et al. (2010) las personas con alta autoestima confían en sus capacidades y son capaces de afrontar una situación que conlleva un comportamiento de riesgo asociado. Además, existen estudios que determinan que la presencia de un buen nivel de autoestima no solo influye en el uso de métodos preventivos de barrera, sino que también se asocia con un menor número de parejas sexuales esporádicas, mayor autoeficacia en el uso del preservativo y menor consumo de drogas (H. Klein et al., 2010).

En cuanto a los factores de incrementan el riesgo, una mayor atracción por las sensaciones sexuales predice la no utilización de preservativo en el coito anal. En general, estos hombres centran su interés en la gratificación inmediata (Kalichman et al., 1994). Esta conceptualización de las relaciones sexuales propicia la adopción de diversas conductas de riesgo (Gao et al., 2017; Heidinger et al., 2015; Matarelli, 2013). Para estos hombres las sensaciones físicas obtenidas derivadas de practicar sexo sin preservativo constituyen un refuerzo positivo que supera, con creces, las consecuencias derivadas de una posible infección por VIH. Es por ello que, según Berg (2008) que algunos hombres que tienen sexo con hombres deciden practicar libre y conscientemente el sexo sin preservativo o *bareback*, asumiendo plenamente sus consecuencias.

Esta búsqueda consciente y voluntaria de riesgos sexuales puede estar motivada, en parte, por la elevada percepción de riesgo. Los resultados determinan que los hombres con mayor sensación de vulnerabilidad percibida presentan un uso inconsistente del preservativo. Este hallazgo contradice los resultados de Becker y Maiman (1975) y J.D. Fisher y Fisher (1992) quienes destacan el papel positivo que ejerce una alta vulnerabilidad percibida como elemento clave para la adopción de conductas preventivas. Es probable que algunas personas creen que la infección por VIH causa una enfermedad normalizada que forma parte de los problemas de salud que tienen los hombres que tienen sexo con hombres y que no conlleva grandes cambios vitales (Jacques et al., 2015). Por tanto, si atribuyen el riesgo de infección al hecho de pertenecer a un determinado colectivo, independientemente de su conducta, es más probable que mantengan relaciones sexuales desprotegidas buscando el máximo placer.

Tras la discusión de las variables que predicen el uso del preservativo en el coito anal con parejas esporádicas, cabe mencionar que la hipótesis inicial queda confirmada. En este sentido, la mayoría de las variables que predicen la frecuencia de uso, constituyen factores cognitivos y conductuales excepto el nivel de autoestima, que es una variable afectiva.

3. MUJERES HETEROSEXUALES

En el análisis de los factores de riesgo y protección frente al VIH que caracterizan a las mujeres heterosexuales nuestros objetivos fueron describir de forma exhaustiva el perfil del comportamiento sexual; analizar el porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal; establecer un perfil diferencial entre mujeres con uso consistente o inconsistente del preservativo; y analizar la capacidad predictiva de variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. Para alcanzar estos objetivos se plantearon una serie de hipótesis cuya veracidad pasamos a analizar a la luz de los resultados obtenidos.

HIPÓTESIS 9:

Las conductas sexuales más practicadas en mujeres heterosexuales serán el coito vaginal, la felación y el cunnilingus.

El análisis de la conducta sexual de las mujeres heterosexuales determina que las prácticas sexuales más referidas son el coito vaginal, la felación y el cunnilingus. Estos hallazgos son congruentes con otras investigaciones similares realizadas con diversas muestras de mujeres españolas (Ballester et al., 2009; Castro, 2016) y permiten confirmar la hipótesis de partida. Concretamente B. Navarro et al. (2010) establecen que las prácticas sexuales preferidas por las mujeres son el coito vaginal con la mujer encima, el coito vaginal con el hombre encima, el cunnilingus, el coito vaginal con el hombre colocado detrás de la mujer, la felación y, el último lugar, el coito anal.

En relación a las prácticas sexuales que implican contacto anal, los resultados establecen que estas conductas son bastante minoritarias, al igual que determinan Castro (2016) y McBride y Fortenberry (2010). En general, los estudios establecen una prevalencia para el coito anal que oscila entre el 16.1% y el 34.6%. No obstante, al tratarse de datos autoinformados acerca de prácticas tradicionalmente consideradas tabú, esta cifra puede estar sustancialmente subestimada (Halperin, 1999). El modelo normativo de la sexualidad ha considerado el sexo anal una práctica inmoral asociada al colectivo homosexual y a las trabajadoras del sexo. McBride y Fortenberry (2010) determinan que el papel que ejerce el sexo anal en la consecución de placer y en la adopción de riesgos está cada vez mejor definido en los estudios epidemiológicos y clínicos.

Los resultados también constatan una considerable diferencia entre el porcentaje de mujeres que realiza una felación y el porcentaje que recibe un cunnilingus, al igual que sucede con los hombres. Generalmente, el coito siempre ha buscado la eyaculación masculina sin importar si la mujer alcanza o no el orgasmo. En la actualidad la mujer adopta un papel más activo y presenta mayor capacidad para iniciar una interacción sexual, negociar las prácticas sexuales deseadas y rechazar cualquier actividad sexual no consensuada previamente (Morokoff et al., 1997). En este sentido, Herbenick, Reece, Schick et al. (2010) indica que la diferencia entre el porcentaje de hombres que reciben una felación y los que practican cunnilingus se ha ido equiparando con el tiempo. Concretamente, el 83% de los hombres entre 50 y 59 años ha recibido una felación y el 77% ha practicado un cunnilingus. Por el contrario, cuando consideramos los datos de hombres entre 25 y 29 años observamos que, el 90% ha recibido una felación y el 86% ha practicado un cunnilingus.

HIPÓTESIS 10:

El porcentaje de uso sistemático del preservativo durante el coito vaginal en mujeres heterosexuales será inferior al 75%.

Los resultados obtenidos en relación con la frecuencia del uso del preservativo en el coito vaginal indican tasas de uso sistemáticas insuficientes, aunque ligeramente superiores a la referidas por los hombres heterosexuales (Blanc y Rojas, 2018; Calafat et al., 2009; Prat et al., 2016). En este sentido, Bowleg et al. (2011) y Flood (2003) concluyen que la responsabilidad del uso del preservativo recae, normalmente, en la mujer. Ellas tienen mayor capacidad para proponer y negociar su uso independientemente de las presiones que pueda realizar el hombre para mantener relaciones sexuales desprotegidas (Javier et al., 2008; Widman et al., 2014). A pesar de la necesidad de implementar estrategias para incrementar su uso los porcentajes referidos por la muestra analizada confirman la hipótesis inicialmente planteada al ser congruentes con los hallazgos de Prat et al. (2016), Planes et al. (2012) y Blanc y Rojas (2018), entre otros.

La conducta preventiva está influida por un proceso de evaluación cognitiva donde las personas integran expectativas sobre resultados, conocimientos, influencias normativas y experiencias previas para crear una estimación de su capacidad para realizar una determinada conducta. Existen dos procesos relativamente independientes que median en la conducta, por un lado, el análisis coste-beneficio y, por otro, las expectativas de control. El primero se refiere a la valoración que la persona realiza sobre el uso del preservativo (Rosenstock, 1974). Cuando el uso del preservativo presente unos costes físicos y sociales muy superiores a los beneficios la acción preventiva no se implementará. El segundo proceso se refiere a aquello que una persona cree que puede realizar empleando sus habilidades para llevar a cabo una determinada conducta (Bandura, 1994).

Es probable que las mujeres sí se consideren capaces de proponer y negociar el uso del preservativo pero que los costes percibidos derivados de dicha conducta sean superiores a los beneficios que se puedan obtener. Por tanto, es necesario conocer cuáles son las dificultades percibidas, en tanto que constituyen elementos que promueven la adopción de comportamientos de riesgo (Prat et al., 2016). En este sentido, la disminución del placer y la sensibilidad, así como la interrupción en el momento de mayor excitación constituyen los argumentos más frecuentes. Estos inconvenientes representan las barreras más referidas y así lo demuestran numerosos trabajos realizados en diferentes culturas y países, como señalan Ballester et al. (2009), Flood (2003), Prat et al. (2016) y Vinaccia et al. (2007). En muchas ocasiones las relaciones sexuales no surgen de manera intencional, sino que parten de la espontaneidad. Por ello, las mujeres se perciben

poco capaces de frenar una interacción que se encuentra en el momento de máxima excitación para que la pareja se ponga el preservativo. French y Holland (2013) determinan que la espontaneidad en el marco de una relación de pareja esporádica dificulta la capacidad para negociar el uso del preservativo.

HIPÓTESIS 11:

Las mujeres heterosexuales con uso inconsistente del preservativo obtendrán mayores puntuaciones en, compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia sutil y explícita, consumo de drogas y búsqueda de sensaciones sexuales. Por el contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, susceptibilidad temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

Los resultados obtenidos revelan que el perfil de las mujeres que adoptan conductas de riesgo no está conformado por las mismas variables que el perfil de las mujeres que refieren un uso sistemático del preservativo.

Al igual que demuestran Gil-Llario et al. (2016), las mujeres que asumen riesgos en sus relaciones tienen tendencia a involucrarse en actividades que provocan experiencias inusuales e intensas. En general, estas mujeres se caracterizan por creer que las sensaciones físicas son la parte más importante del sexo y que la atracción física es más importante que el grado de conocimiento que se tiene de la pareja. En los estudios de Gaither y Sellbom (2003) y Voisin et al. (2013) se corroboran estos resultados. Es probable que estas mujeres adopten conductas sexuales de riesgo porque prefieren los beneficios a corto plazo que les aportan las prácticas sexuales de riesgo y los efectos del refuerzo que obtienen mediante los estímulos que consideran placenteros, como determina Cooper et al. (2003). El placer constituye uno de los aspectos más importantes de la conducta sexual humana, llegando a ser el principal motivo de su realización (Abramson y Pinkerton, 2010). En personas con alta búsqueda de sensaciones sexuales la menor sensibilidad o incomodidad asociada al uso del preservativo o la interrupción que genera su uso en la dinámica sexual, son aspectos que pueden interferir en la consecución de la satisfacción sexual y, por tanto, reducir drásticamente la adopción de comportamientos preventivos.

En contraposición, las mujeres que utilizan el preservativo de manera sistemática poseen mayores habilidades para no dejarse inducir por situaciones que implican conductas de riesgo

percibiéndose, además, como más competentes para implementar estas habilidades en los momentos necesarios, tal y como demuestran Ballester et al. (2013) y Javier et al. (2008). Al igual que determinan Kelley et al. (2016) y Kennedy y Jenkins (2011), estas mujeres tienen una fuerte convicción acerca de la necesidad de utilizar sistemáticamente el preservativo. En este sentido, es más probable que mediante diferentes técnicas de negociación y comunicación social asertiva acaben consiguiendo su uso incluso cuando la pareja manifiesta una fuerte oposición inicial. No obstante, las habilidades de negociación son una condición necesaria pero no suficiente para la adopción de métodos preventivos. Las personas que carecen de un adecuado nivel de autoeficacia no manejan las situaciones de manera efectiva a pesar de saber qué hacer y poseer las habilidades necesarias (Bandura, 1994).

Tras el análisis de las diferencias entre los dos grupos, esto es, mujeres con uso consistente e inconsistente del preservativo, la hipótesis de partida no se confirma en su totalidad. Aunque el sentido de las puntuaciones planteadas en la hipótesis se confirma en todas las variables, algunas comparaciones no alcanzan significación estadística a diferencia de los hallazgos previos recogidos en numerosas investigaciones (Ballester et al., 2013; Guerra y Simbayi, 2014; Haile et al., 2017; Lennon et al., 2012; Rehm et al., 2012; Ruiz-Palomino et al., 2018).

Una posible explicación a estos hallazgos es que estas variables no influyan en la conducta sexual. Por ejemplo, algunos autores determinan que el comportamiento sexual de riesgo no está influido por la sintomatología depresiva o el consumo de alcohol (Neilson et al., 2017; VanZile-Tamsen et al., 2006). Otro motivo es que no exista una influencia directa, sino que esta esté mediada a través de variables más relacionadas con la conducta sexual. Según, Ballester et al. (2013) el consumo de alcohol u otras drogas está asociado al nivel de autoeficacia percibido y esta variable se asocia, a su vez, con el comportamiento sexual de riesgo. Las funciones ejecutivas y la capacidad de toma de decisiones de una persona que ha consumido alcohol u otras drogas están seriamente afectadas, por ello es menos probable que recuerde usar el preservativo o se niegue a mantener relaciones sexuales si la pareja quiere mantener relaciones sexuales sin protección.

HIPÓTESIS 12:

La asertividad, la búsqueda de sensaciones sexuales, la autoeficacia y el temor percibido, tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente. Estas variables permitirán predecir y clasificar correctamente a un alto porcentaje de mujeres heterosexuales que usan inconsistentemente el preservativo.

Con respecto a las variables que constituyen factores de riesgo, una mayor edad predice la no utilización de preservativo en el coito vaginal. Quizá es más probable que las mujeres mayores atribuyan mayor importancia a la prevención de embarazos no deseados que a la prevención del VIH u otra ITS y que para ello utilicen otros métodos anticonceptivos como la píldora o el parche transdérmico. Otra posible explicación es la asociación del preservativo con relaciones esporádicas o, al menos, poco estables. Con la edad, es más frecuente mantener una relación de pareja estable y en este caso el método anticonceptivo más empleado deja de ser el preservativo, dado que existe una mayor confianza e intimidad con la pareja. También es probable que tras varios años de uso inconsistente del preservativo sin haberse infectado relajen su actitud pensando que la probabilidad de que esto ocurra es prácticamente remota y, si tiene que ocurrir, le ocurrirá a otra persona que no realice una selección de sus parejas sexuales en base al grado percibido de salud. En relación con esto, se considera que el temor a la infección por VIH constituye una variable que también se asocia a la no utilización del preservativo (Ballester et al., 2009; Ruiz-Palomino et al., 2016). Como apunta Jacques et al. (2015) existe una percepción generalizada del carácter relativamente “inocuo” o al menos no especialmente peligroso del VIH propiciada, en parte, por la universalización de la medicación antirretroviral y, en parte, por no contar en el entorno más inmediato con ningún caso que visibilice la enfermedad.

En cuanto a las características cognitivas y conductuales que actúan como factores de protección, los resultados determinan que una baja compulsividad sexual incrementa la probabilidad de adoptar conductas saludables. De acuerdo con Ballester et al. (2013) y Kalichman y Cain (2004), estas mujeres tienen la capacidad de controlar sus impulsos sexuales y regular el tiempo dedicado a la actividad sexual. Si bien el uso del preservativo requiere parar en el momento de mayor excitación para esperar a que la pareja se lo ponga o ponérselo, estas mujeres tienen la capacidad de realizar un análisis coste-beneficio donde razonan los pros y los contras de su uso. Además, como tienen la capacidad para regular sus impulsos y acciones es menos probable que sean infieles y mantengan relaciones con múltiples parejas, como se observa en Kafka (2010) y Stupiansky et al. (2009).

Generalmente, estas mujeres se sienten capaces y seguras de usar el preservativo, sobre todo en el momento de ponérselo a la pareja, como se observa en Javier et al. (2008) y Nesoff et al. (2016). Como apunta Ballester et al. (2013) las mujeres se perciben capaces de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja masculina independientemente de lo que piense ésta. Quizá también perciban barreras e impedimentos asociados, sin embargo, otorgan mayor valor a la prevención de una posible infección por VIH. Por último, estas mujeres poseen habilidades suficientes para iniciar interacciones sexuales positivas o negociar el uso del preservativo. Como

indican López-Rosales y Moral (2001), mientras que los hombres suelen responsabilizarse de la obtención y colocación del preservativo, las mujeres son quienes se responsabilizan de proponer su uso y rechazar cualquier interacción sexual de riesgo.

Finalmente cabe matizar que, aunque los hallazgos confirman la hipótesis inicialmente establecida, algunas de las variables que la literatura científica destaca como más relevantes no poseen capacidad predictiva en este colectivo. No obstante, el número de sujetos adecuadamente clasificados y el porcentaje de varianza explicada avalan la utilidad del modelo propuesto.

4. MUJERES QUE TIENEN SEXO CON MUJERES

Las mujeres que tienen sexo con mujeres constituyen un colectivo caracterizado tradicionalmente por la invisibilidad. En este apartado se analizan los factores de riesgo y protección frente al VIH en mujeres que tienen sexo con mujeres. Los objetivos específicos fueron describir de forma exhaustiva el perfil del comportamiento sexual; analizar el porcentaje de uso de la barrera de látex en el cunnilingus; establecer un perfil diferencial entre mujeres con uso o no uso de la barrera de látex; y analizar la capacidad predictiva de variables cognitivas, afectivo-emocionales y conductuales. Seguidamente ofrecemos la información obtenida para comprobar la veracidad de las distintas hipótesis planteadas:

HIPÓTESIS 13:

Las conductas sexuales más practicadas entre las mujeres que tienen sexo con mujeres serán el cunnilingus, el tribadismo y la penetración vaginal táctil

La concepción que la sociedad tiene de la sexualidad desde los esquemas, comportamientos y actitudes de las personas heterosexuales presupone e invisibiliza las prácticas sexuales que llevan a cabo las mujeres que tienen sexo con mujeres (Orza, 2011; Sancho, 2012). En esta línea, los resultados obtenidos mejoran el conocimiento actual acerca de su sexualidad y determinan que el cunnilingus, la penetración vaginal táctil y el tribadismo constituyen las prácticas sexuales más realizadas con parejas esporádicas.

Aunque los trabajos que analizan la conducta sexual de las MSM son escasos los resultados obtenidos son congruentes con los indicados por Mercer et al. (2007) y Schick et al. (2012) en

diversos trabajos realizados con diferentes muestras de mujeres estadounidenses, canadienses y australianas y permiten corroborar la hipótesis inicialmente establecida. Concretamente, un estudio británico establece que las prácticas sexuales más realizadas son el cunnilingus, la penetración vaginal táctil, las masturbaciones mutuas y el tribadismo (Bailey et al., 2004).

Generalmente, el sexo anal ha estado siempre asociado con la homosexualidad masculina y aunque poco a poco ha ido normalizándose en las parejas heterosexuales, su práctica siempre ha buscado el placer masculino, relegando a la mujer al mecanismo por el cual el hombre obtenía este placer. Por ese motivo, la conceptualización heterosexista y falocéntrica de la sexualidad ha excluido a las mujeres que tienen sexo con mujeres de este tipo de prácticas. Los datos obtenidos determinan que, a diferencia de las prácticas que implican contacto vaginal, las prácticas anales constituyen conductas residuales. Este resultado va en la línea de los trabajos de Bailey et al. (2004) y Roberts et al. (2000) quienes establecen una prevalencia del anilingus que oscila entre el 10% y el 30% y una prevalencia de la penetración anal táctil que oscila entre el 13% y el 23%.

HIPÓTESIS 14:

El uso sistemático de la barrera de látex entre mujeres que tienen sexo con mujeres será muy bajo con valores inferiores al 4%.

Aunque desde el inicio de la epidemia del VIH se han creado e implementado muchas campañas preventivas, en la actualidad no existen programas educativos que incluyan información específica sobre las conductas sexuales de riesgo y los métodos de prevención adecuados para este colectivo (Orcasita et al., 2014). Quizás algunas mujeres creen que la ausencia de programas preventivos se debe a que la probabilidad de transmisión del VIH u otras ITS es nula (Marrazzo et al., 2005). Esta ausencia de percepción de riesgo es consecuencia de la visión sesgada y heterosexista que las autoridades sanitarias y los profesionales de la salud tienen de la sexualidad de las mujeres que tienen sexo con mujeres, lo que presupone o invisibiliza sus prácticas sexuales y el riesgo asociado (Orza, 2011; Sancho, 2012).

El porcentaje sistemático de uso de la barrera de látex referido por la muestra analizada es muy bajo, aunque congruente con los valores inicialmente establecidos según los hallazgos de Richters et al. (2010) y Rowen et al. (2013), por lo que la hipótesis de partida queda confirmada. El único estudio realizado en España que analiza la frecuencia de uso de este método preventivo

constata cifras similares, con un porcentaje de uso sistemático en torno al 3% (Castro-Calvo et al., 2016).

Es posible que este bajo porcentaje de uso de métodos preventivos sea consecuencia de la ausencia de datos epidemiológicos. En la actualidad, el Plan Nacional sobre el Sida y el Sistema de Información sobre Nuevas Infecciones de VIH no recoge datos sobre mujeres que tienen sexo con mujeres o agrupa estas cifras en categorías genéricas (Sancho, 2012) alimentando la idea de que el uso de métodos preventivos no es necesario. Según Orcasita et al. (2014) la solución es modificar los protocolos utilizados durante el diagnóstico del VIH con el objetivo de visibilizar su situación epidemiológica y concienciar sobre la necesidad de utilizar la barrera de látex o el preservativo.

Los datos obtenidos revelan que el uso de otros métodos preventivos de barrera, como el preservativo, en las relaciones esporádicas también es muy bajo. Estas tasas de uso se explican por la creencia generalizada que presupone que el hecho de no tener pene les exime de utilizar preservativos al percibir que sus prácticas no entrañan ningún riesgo (Lenke y Piehl, 2009). En este sentido, puede haber mujeres bisexuales que se infecten por el VIH en sus relaciones sexuales con hombres y posteriormente lo transmitan en sus relaciones con mujeres. En general, nuestros hallazgos determinan que el uso del preservativo es mayor al de la barrera de látex porque, en este colectivo, el uso de juguetes sexuales compartidos es la práctica sexual que mayor riesgo entraña al ser más fácil que durante la inserción en el ano o la vagina se produzca sangrado. Un estudio de Schick et al. (2012) determina que el 27.8% de las que compartieron un juguete sexual con una pareja esporádica cambiaron el preservativo entre inserción e inserción.

HIPÓTESIS 15:

Las mujeres que no usan la barrera de látex obtendrán mayores puntuaciones en compulsividad sexual, sintomatología depresiva, homofobia interiorizada, consumo de drogas, búsqueda de sensaciones sexuales y victimización homofóbica. Por el contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, susceptibilidad, temor y severidad percibida al VIH, autoeficacia, autoestima y asertividad sexual.

Los análisis estadísticos realizados determinan que tanto las mujeres que NUBL como las mujeres que UBL obtienen puntuaciones normativas en vulnerabilidad y temor percibido, sintomatología depresiva, homofobia interiorizada, consumo de alcohol u otras drogas, búsqueda de

sensaciones sexuales y victimización homofóbica. No obstante, y en contraposición con los trabajos que determinan que estas variables están implicadas en la realización de comportamientos sexuales de riesgo (Gil et al., 2010; Logie y Rwigema, 2013; Mimiaga et al., 2015; Monteiro et al., 2010; Richardson, 2000; I.R. Williamson, 2000), las pruebas estadísticas realizadas en ambos grupos no alcanzan significación estadística en ninguna de las variables anteriormente mencionadas.

A pesar de ello algunas investigaciones determinan que variables como la homofobia interiorizada se asocia con el consumo de alcohol u otras drogas y esta variable se asocia, a su vez, con el comportamiento sexual de riesgo (Kashubeck-West y Szymanski, 2008). Cuando una persona está bajo los efectos de alguna sustancia estupefaciente sus funciones ejecutivas y su capacidad de toma de decisiones están seriamente afectadas. Por tanto, cabe descartar que la influencia entre variables no siempre es directa, sino que ésta puede estar mediada por otros factores más directamente ligados a la conducta sexual.

En cuanto a las variables que si alcanzan significación estadística, se observa que las mujeres que no usan la barrera de látex obtienen mayores puntuaciones en compulsividad sexual y consumo de cannabis. En este sentido, la personas que asumen riesgos en sus relaciones sexuales tienen tendencia a experimentar una fuerte desinhibición sexual, como indican Liao et al. (2015) y Kalichman y Cain (2004). Aunque estas mujeres dispongan de las habilidades de negociación asertiva necesarias y se perciban a sí mismas como capaces de utilizarlas, sus pensamientos compulsivos impiden su puesta en práctica. En contraposición a este hallazgo, Castro-Calvo et al. (2016) indican que la compulsividad sexual no constituye una variable que determina directamente el uso de ningún método preventivo de barrera. No obstante, este resultado debe interpretarse con cautela ya que, como se indica en las limitaciones del estudio, la muestra está conformada por un número reducido de mujeres y esto puede impedir la extrapolación de los resultados.

Por su parte, la compulsividad sexual guarda una estrecha relación con el consumo de cannabis, puesto que algunos estudios determinan la existencia de una correlación positiva entre ambas variables (Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino et al., 2017). Concretamente se observa que el consumo de cannabis en el contexto previo a una relación sexual reduce seriamente la probabilidad de utilizar la barrera de látex durante el cunnilingus. Los estudios de Gil et al. (2010) y Kerr et al. (2015) corroboran este resultado. Quizá estas mujeres adoptan conductas sexuales de riesgo bajo los efectos depresores del cannabis porque infravaloran el riesgo como explica Monteiro et al. (2010) y Richardson (2000) o porque, como indican Steele y Josephs (1990) en la Teoría de Miopía Alcohólica, su capacidad cognitiva está seriamente reducida.

En contraposición, las mujeres que usan la barrera de látex obtienen mayores puntuaciones en algunas variables afectivo-emocionales, conductuales y cognitivas. Primeramente, en relación a los aspectos afectivo-emocionales, las mujeres que usan la barrera de látex presentan un mayor nivel de autoestima. Este resultado es congruente con otros trabajos similares que examinan el papel de esta variable en el comportamiento sexual (Gullette y Lyons, 2006; Ruiz-Palomino et al., 2018). Normalmente, las personas con alta autoestima son capaces de proponer o negociar el uso de la barrera de látex al percibirse capaces de poner las habilidades necesarias en práctica y superar el miedo al rechazo (Ruiz-Palomino et al., 2017).

En relación a los aspectos cognitivos, estas mujeres conocen los métodos preventivos existentes y presentan conocimientos adecuados sobre las prácticas sexuales de riesgo, al igual que destacan los trabajos de Fishman y Anderson (2003) y Silberman et al. (2016). No obstante, todavía existen algunas personas que creen que solo pueden contraer el VIH u otras infecciones de transmisión sexual las mujeres que tienen relaciones sexuales con hombres (Power et al., 2009; Sancho, 2012) o que el flujo vaginal y la sangre menstrual no constituyen fluidos con suficiente capacidad de infección (Monteiro et al., 2010). Evidentemente, el riesgo frente al VIH es independiente de la orientación sexual y por ello cualquier persona puede infectarse si realiza una conducta de riesgo que permite la entrada de células infectadas presentes en los fluidos de personas seropositivas en su cuerpo. Según Orcasita et al. (2014) los sesgos informativos se producen porque no existen programas preventivos específicos dirigidos a esta población. Además, tal como indica Marrazzo et al. (2005), estas mujeres perciben el VIH como una enfermedad severa.

En general, estas mujeres también presentan altos niveles de autoeficacia al igual que establecen (Logie et al., 2014). A pesar de la ausencia de estrategias preventivas estas mujeres se perciben capaces de emplear la barrera de látex, aunque sea un método preventivo poco conocido (Power et al., 2009; Silberman et al., 2016) o de implementar estrategias de comunicación asertivas, aunque no hayan sido específicamente formadas o entrenadas (Logie et al., 2014).

En relación a los aspectos conductuales, las mujeres que usan la barrera de látex otorgan mayor importancia a salud y muestran mayores habilidades para proponer y negociar el uso de métodos preventivos de barrera, tal y como indican Kelley et al. (2016) y Morokoff et al. (1997). Estas mujeres presentan mayor capacidad para negarse a mantener relaciones sexuales cuando la pareja no quiere utilizar ningún método preventivo. Según Logie et al. (2014) y Orcasita et al. (2014) la ausencia de programas preventivos hace que sean las propias mujeres quienes deban adquirir estas herramientas de comunicación asertiva por su cuenta. Solo proporcionando información y normalizando el uso de la barrera de látex se conseguirá que las mujeres que tienen sexo con mujeres

utilicen este método sin temor a que la pareja piense que su uso está únicamente circunscrito a una razón sanitaria que lo justifique plenamente (Marrazzo et al., 2005).

HIPÓTESIS 16:

La combinación de algunas de las variables del estudio predecirá y clasificará correctamente a un alto porcentaje de mujeres que no usan la barrera de látex, si bien el valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así, variables como la autoeficacia, la asertividad y el consumo de drogas tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente.

Las variables que predicen la frecuencia de uso de la barrera de látex en el cunnilingus se asocian a factores cognitivos y conductuales excepto la edad, que es una variable sociodemográfica. Por tanto, la hipótesis de partida queda completamente confirmada.

Los resultados obtenidos establecen que una menor edad constituye un factor de riesgo para la no utilización de la barrera de látex. Puesto que las instituciones públicas no han implementado estrategias preventivas específicas para este colectivo (Orcasita et al., 2014; Ripley, 2011), las adolescentes con prácticas homoeróticas poseen una educación sexual sesgada desde los esquemas, actitudes y creencias de las personas heterosexuales que presuponen erróneamente que las prácticas sexuales que llevan a cabo entrañan pocos riesgos para la salud sexual (Orza, 2011; Sancho, 2012). Por ejemplo, solo el 6% de las mujeres lesbianas evaluadas en la investigación de Fishman y Anderson (2003) obtienen información sexual proveniente de organismos públicos. Solo cuando estas mujeres son mayores y acuden a asociaciones LGTB, donde se implantan programas educativos específicos, tienen la posibilidad de adquirir conocimientos sobre métodos preventivos adaptados a su realidad y a sus necesidades.

Al igual que concluyen Kerr et al. (2015) y Walsh et al. (2014), el consumo de cannabis previo a una relación sexual constituye un factor de riesgo para el uso de la barrera de látex. En este sentido, Marshal et al. (2009) indican que las personas homosexuales refieren, en promedio, mayores tasas de consumo de drogas. Además de los efectos que tienen el cannabis sobre la capacidad de enjuiciar o tomar de decisiones, estas mujeres también tienen una percepción incrementada con respecto a la posibilidad de mantener un encuentro sexual (Gil et al., 2010). Como apuntan Steele y Josephs (1990), cuanto mayor consumo se produzca mayor

será la probabilidad de prescindir del uso de la barrera de látex, dándose una asociación lineal entre ambas variables.

Por su parte, la severidad y el riesgo percibido de infección también constituyen variables predictoras del uso de la barrera de látex. Congruentemente con los hallazgos de Becker y Maiman (1975) y J.D. Fisher y Fisher (1992) los resultados obtenidos determinan que una baja percepción de riesgo promueve la adopción de conductas de riesgo. Aunque Koh et al. (2005) determinan que las mujeres que tienen sexo con mujeres tienen un riesgo de infección por diversas ITS similar al que tienen las mujeres con prácticas heterosexuales, este colectivo tiende a presuponer que sus prácticas sexuales están completamente exentas de riesgo (Monteiro et al., 2010; Richardson, 2000). Puesto que la percepción de riesgo es una construcción social creada e influida por la aparición de los erróneamente denominados grupos de riesgo (Dolan y Davis, 2003; Sancho, 2012), verse al margen de uno de estos grupos fomenta una sensación de invulnerabilidad frente al VIH (Monteiro et al., 2010). De acuerdo con Dolan y Davis (2003) es probable que las mujeres que refieren no usar la barrera de látex crean que, si una mujer se ve saludable, es saludable y que su seguridad frente al VIH se deriva de la ausencia de la eyaculación masculina.

Por último, estas mujeres poseen menos recursos de comunicación sexual asertiva y se sienten poco competentes para implementarlos en el momento de iniciar una interacción sexual. De acuerdo con Kennedy y Jenkins (2011) y Morokoff et al. (1997) estas mujeres son incapaces de proponer el uso de la barrera de látex o negarse a mantener relaciones sexuales cuando la pareja prefiere mantener relaciones sexuales no protegidas. Es probable que la ausencia de información sobre este método preventivo explique su baja frecuencia de uso. En este sentido, Silberman et al. (2016) determinan que la mitad de las mujeres que tienen sexo con mujeres no conocen ningún método preventivo específico. Estas personas poseen también un bajo nivel de autoeficacia. En general existe un gran desconocimiento acerca de donde conseguir una barrera de látex. Fishman y Anderson (2003) indican que el 19.1% no sabe cómo elaborar una barrera de látex a partir de un preservativo masculino. Una de las situaciones ante las que perciben menor autoeficacia está relacionada con una posible evaluación negativa o rechazo por parte de la pareja cuando se sugiere o propone el uso de la barrera de látex. Al tratarse de un método poco extendido y normalizado algunas mujeres pueden creer que su uso está circunscrito a una razón médica que lo justifique (Marrazzo et al., 2005). O también se podría pensar que existe un miedo a que la otra persona piense que si se propone su uso es porque se desconfía de su estado de salud, atribuyéndole alguna ITS u otra enfermedad (Ruiz-Palomino et al., 2017).

5. HOMBRES Y MUJERES CON DIVERSIDAD FUNCIONAL INTELECTUAL

Este apartado discute los resultados obtenidos en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual en relación a la prevención del VIH ya que tradicionalmente esta población ha estado fuertemente invisibilizada y reprimida.

En este sentido, los objetivos fueron describir las principales prácticas sexuales; analizar el porcentaje de uso del preservativo en el coito vaginal; trazar un perfil que permitiese diferenciar entre personas con uso sistemático o no sistemático del preservativo; y verificar la capacidad predictiva de diversas variables cognitivo-conductuales y algunos estresores relacionados con la vivencia de la sexualidad.

HIPÓTESIS 17:

Las conductas sexuales más practicadas en hombres y mujeres heterosexuales con diversidad funcional intelectual serán las masturbaciones mutuas, el coito vaginal y el sexo oral.

Aunque el desarrollo sexual de las personas con diversidad funcional intelectual presenta un ligero retraso con respecto a la población normativa, este colectivo siente las mismas necesidades sexuales que la población general (Schaafsma et al., 2017). Los hallazgos de este estudio determinan que prácticas sexuales más referidas son similares a las establecidas por Bernert y Ogletree (2013), Díaz et al. (2014) y Kijak (2013) con diversas muestras de hombres y mujeres españoles y estadounidenses con diversidad funcional intelectual leve y moderada. En esta línea, un estudio realizado por Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) concluye que las conductas más autoinformadas por este colectivo son los besos y caricias, el coito vaginal y el sexo oral. Sin considerar las prácticas que requieren interacción de pareja, los resultados indican que la masturbación es la conducta más practicada. Este dato es congruente con algunos estudios que indican que el autoerotismo es la forma más frecuente de comportamiento sexual (Díaz et al., 2014). Por tanto, cabe destacar que los resultados obtenidos permiten validar y aceptar la hipótesis planteada.

Por otra parte, la prevalencia del coito anal en esta población es similar a la que establecen Ballester et al. (2009) y Herbenick, Reece, Schick et al. (2010) en hombres y mujeres sin diversidad funcional. En consecuencia, parece lógico afirmar que, a pesar de que su sexualidad ha estado marcada por

numerosos mitos, estereotipos y falsas creencias (Franco et al., 2012; Olavarrieta et al., 2013), las relaciones íntimas son deseadas, importantes y tienen un impacto positivo en su salud.

HIPÓTESIS 18:

El porcentaje de uso sistemático del preservativo en el coito vaginal en hombres y mujeres heterosexuales con diversidad funcional intelectual no superará el 60%.

Los resultados obtenidos indican porcentajes similares a los valores inicialmente establecidos, por lo que se confirma la hipótesis. Esta cifra está situada en el límite inferior del rango anteriormente señalado según los hallazgos de Díaz et al. (2014), Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018) y van Schroyen et al. (2011), entre otros. Además, este dato también coincide con los resultados hallados por Aunos y Feldman (2002), De Dios et al. (2006) y Y. Navarro et al. (2010), quienes afirman que las personas con diversidad funcional intelectual no poseen los conocimientos y las habilidades suficientes para utilizar correcta y consistentemente el preservativo.

El bajo uso del preservativo puede estar motivado por el mayor interés que suscita la prevención de los embarazos no deseados en detrimento de la prevención de las infecciones de transmisión sexual (van Schroyen et al., 2011). Esta decisión suele ser tomada por los progenitores o los profesionales de forma unilateral al considerar que estas personas son incapaces de decidir por sí mismas, independientemente del grado de diversidad funcional que tengan (Olavarrieta et al., 2013). Por tanto, cuando los padres realizan un análisis coste-beneficio sobre la necesidad de usar preservativos perciben más inconvenientes, como la probabilidad de un embarazo, que beneficios, ya que para en su opinión el riesgo de infección por VIH u otra ITS es inexistente. Esta ausencia de percepción de riesgo es consecuencia de la carencia de un sistema de vigilancia epidemiológica que proporcione datos sobre la prevalencia e incidencia. Esto propicia un falso sentimiento de invulnerabilidad que, a su vez, suscita un mayor (prácticamente exclusivo) interés por la prevención de los embarazos no deseados (van Schroyen et al., 2011). Quizás se eligen métodos de larga duración, como el parche transdérmico, al suponer que sus déficits cognitivos y adaptativos no les permitirán adquirir y/o negociar el uso del preservativo.

En algunas ocasiones estas personas tienen dificultades para acceder a la información y, en caso de obtenerla, ésta no suele estar adaptada a su nivel de comprensión. Aunque algunos trabajos concluyen que las personas con DFI han recibido algún tipo de educación sexual se desconoce qué

información han recibido y si ésta se ajusta a sus necesidades personales (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). En este sentido, Kijak (2013) indica que sólo el 10% de las personas con DFI leve comprenden el concepto de método anticonceptivo. La educación sexual recibida por este colectivo ha estado caracterizada por el interés por no despertar sus necesidades sexuales, el control de los impulsos y la provisión de conocimientos teóricos sin aplicación práctica.

HIPÓTESIS 19:

Los hombres y mujeres heterosexuales con diversidad funcional intelectual que usan de forma inconsistente el preservativo obtendrán mayores puntuaciones en riesgo de abuso sexual. Por el contrario, obtendrán menores puntuaciones en conocimientos, fiabilidad atribuida al preservativo, temor percibido al VIH y autoeficacia.

Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis. Si bien, aunque el sentido de las puntuaciones planteadas en la hipótesis se confirma en todas las variables, la fiabilidad atribuida al preservativo no alcanza significación estadística. Concretamente, los hombres y las mujeres con DFI que no usan el preservativo presentan mayores conocimientos, mayor nivel de autoeficacia, menor temor percibido a la infección por VIH y menores conocimientos relacionados con la detección de conductas sexuales abusivas.

Las personas que utilizan el preservativo presentan mayores conocimientos relacionados, por una parte, con las prácticas sexuales de riesgo y, por otra parte, con las conductas sexuales abusivas y los límites corporales, tal y como demuestran Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al. (2018), Liou (2014) y Swango-Wilson (2009). En general, estas personas se caracterizan por haber recibido información sobre métodos preventivos frente a la infección por VIH, diferenciando entre los métodos únicamente anticonceptivos y los métodos que además también previenen las ITS. En estudios como los de Díaz et al. (2014) y Morell-Mengual et al. (2016) se corroboran estos resultados. Es probable que estas mujeres adopten conductas preventivas porque han recibido información ajustada a sus capacidades adaptativas y cognitivas (Kijak, 2013).

El abuso sexual constituye una de las principales problemáticas llegando a ser un factor determinante de la conducta sexual de riesgo (Thompson et al., 1997). En personas con buen nivel de conocimientos, tener una buena delimitación de los límites corporales es un aspecto que puede ayudar a declinar cualquier actividad sexual no deseada con una pareja y, por tanto, a

reducir la adopción de comportamientos de riesgo. En relación con esto, se considera que el temor a la infección por VIH está asociado a la utilización del preservativo (Becker y Maiman, 1975; J.D. Fisher y Fisher, 1992). Es probable que estas personas hayan recibido información acerca de la severidad del VIH. Lo más importante es que sean capaces de asociar el VIH con algo negativo, no es necesario que entiendan el mecanismo biológico de transmisión ni los aspectos serológicos.

Finalmente, las personas que adoptan conductas preventivas poseen una alta autoeficacia para el uso del preservativo, como demuestran Casey et al. (2009) y Nesoff et al. (2016), entre otros. Este colectivo se percibe capaz de comprar preservativos y proponer su uso sin temor al rechazo o sin sentir vergüenza. Según, Bernert y Ogletree (2013) esta capacidad constituye un aspecto central a desarrollar en los programas educativos. Por tanto, los conocimientos y las actitudes son condiciones necesarias, pero no suficientes para la adopción de conductas de salud. Según Bandura (1994) las personas que no creen en su capacidad no usarán el preservativo a pesar de saber qué es y para qué sirve.

HIPÓTESIS 20:

La combinación de algunas de las variables consideradas en el estudio permitirá predecir y clasificar correctamente a un alto porcentaje de hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual que realizan un uso inconsistente del preservativo (alta sensibilidad y especificidad), si bien el valor predictivo de las mismas variará notablemente. Así, variables como la autoeficacia, los conocimientos y el riesgo de abuso sexual tendrán una importante capacidad predictiva sobre la variable dependiente.

En general, un menor nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH predice la no utilización de preservativo en este colectivo. En general, las personas con diversidad funcional intelectual tienen un nivel de conocimientos relativamente bajo (Kijak, 2013). Aunque la mayoría de personas con DFI tiene información sobre métodos anticonceptivos, se desconocen las fuentes de información a través de las cuales se han adquirido dichos conocimientos (Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al., 2018). En muchas ocasiones estas personas tienen serias dificultades para acceder a la información y en caso de conseguirla puede no estar adaptada a sus capacidades. Esta ausencia de conocimientos propicia la adopción de conductas de riesgo (Guerra y Simbayi, 2014; Jaworski y Carey, 2007; Štulhofer et al., 2007). Un estudio llevado a cabo

por Kijak (2013) determina que sólo el 10% de las personas con DFI realmente comprenden el concepto de método anticonceptivo. Cabe destacar que algunas mujeres con DFI no usan el preservativo porque sus familiares o tutores deciden qué método anticonceptivo deben utilizar, como el parche transdérmico o el implante "*nexplanon*", sin contar con su opinión y sin explicarles por qué ya no es necesario que usen el preservativo para protegerse de un embarazo.

En relación a la ausencia de conocimientos y herramientas de comunicación asertiva, se considera que la baja autoeficacia está asociada a la no utilización del preservativo. Casey et al. (2009) y Nesoff et al. (2016) concluyen que la incapacidad percibida para controlar y ejecutar una determinada conducta puede afectar parcialmente a los procesos de toma de decisiones y, por consiguiente, esto puede interferir en la habilidad para adquirir y usar el preservativo. Por todo ello, Bernert y Ogletree (2013) determinan que esta variable debe ser un aspecto central en los programas preventivos.

Finalmente, los conocimientos relacionados con las conductas sexuales no deseadas o abusivas constituyen un factor de protección. Es más probable que las personas que conocen los límites corporales, entiendan que pueden negarse a mantener relaciones sexuales con sus parejas cuando no se utiliza el preservativo (Liou, 2014; Swango-Wilson, 2009). Un estudio realizado por Eastgate et al. (2011) determina que en relación a la capacidad para declinar cualquier actividad desprotegida con una persona con la que no se mantiene una relación estable, las personas que poseen suficientes conocimientos entienden que lo apropiado es rechazar dicha actividad sexual no deseada. Además, es más probable que las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo diferente al preservativo sepan que estos no previenen las infecciones de transmisión sexual.

Para concluir, cabe señalar que los hallazgos descritos permiten confirmar la hipótesis inicial. Las variables que predicen la frecuencia de uso del preservativo en el coito vaginal constituyen factores cognitivos y estresores vitales relacionados con la sexualidad.

RESUMEN...

En general, las hipótesis relativas al primer objetivo se han confirmado prácticamente en su totalidad. En este sentido las conductas sexuales más practicadas en todos los colectivos son congruentes con los diversos hallazgos indicados en la literatura científica excepto en el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres donde todas las prácticas sexuales analizadas obtienen

porcentajes elevados. Seguramente este resultado se debe a la globalización y difusión de algunas prácticas sexuales a través de las nuevas tecnologías de la comunicación.

Todas las hipótesis relacionadas con el porcentaje de uso sistemático del preservativo y/o la barrera de látex se confirman en su totalidad. Las frecuencias de uso obtenidas en cada colectivo no superan las tasas inicialmente establecidas en los diversos trabajos que analizan esta variable. En cada colectivo existen mitos, falsas creencias o déficits de información específicos que reducen el uso de estos métodos preventivos y que, por tanto, impiden la completa erradicación del VIH.

Las hipótesis relativas a la existencia de un perfil diferencial entre personas con prácticas de riesgo y personas con prácticas protegidas por métodos de barrera se confirman parcialmente, a excepción de las personas con diversidad funcional intelectual donde la hipótesis queda completamente validada. En hombres y mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres que tienen sexo con mujeres, algunas variables no alcanzan significación estadística. Probablemente estos resultados se deban a la existencia de una asociación indirecta, entre las variables analizadas y la conducta sexual de riesgo, a través de otros constructos más próximos a la conducta preventiva o a la concreción con la que los diversos instrumentos psicométricos empleados evalúan las variables.

Finalmente, las hipótesis relativas al último objetivo se confirman prácticamente en su totalidad ya que el conjunto de las variables analizadas en los distintos colectivos clasifica correctamente a un elevado número de casos con prácticas sexuales de riesgo y permiten explicar un porcentaje considerable de la varianza. No obstante, algunas de las variables inicialmente consideradas como predictoras no resultan ser las que mejor explican la conducta preventiva, especialmente entre los hombres heterosexuales y las mujeres que tienen sexo con mujeres. Seguramente este hallazgo sea atribuible al empleo de la práctica de mayor riesgo en cada colectivo como variable predictora a diferencia de otros estudios que aluden a la conducta sexual de riesgo en términos generales.

9. Conclusiones

1. CONCLUSIONES

El uso del preservativo o la barrera de látex sigue siendo la principal y más efectiva estrategia para la prevención de la infección por VIH. Es, además, el método más sencillo y barato, sin embargo, sigue sin ser un método utilizado de forma sistemática por los distintos grupos de población. En esta tesis hemos pretendido ahondar en los motivos de ese fenómeno analizando de forma diferencial el comportamiento, actitudes y creencias de diferentes colectivos en función de sus prácticas sexuales referidas, esto es, las de hombres y mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y mujeres que tienen sexo con mujeres, así como en un colectivo marcado por las elevadas tasas de abuso sexual y la escasa educación sexual recibida como es el de personas con diversidad funcional intelectual.

El análisis de los resultados llevado a cabo en la discusión nos permite extraer una serie de conclusiones que deben tenerse en cuenta en el desarrollo de estrategias preventivas.

- En cuanto a la conducta sexual observamos que las prácticas más realizadas por los diversos grupos objeto de estudio son congruentes con la mayoría de los estudios analizados. En este sentido, en hombres y mujeres heterosexuales predomina el sexo oral y el coito vaginal, en hombres que tienen sexo con hombres la felación y el coito anal, y en mujeres que tienen sexo con mujeres el cunnilingus y la penetración vaginal táctil o mediante juguetes sexuales.
- En hombres y mujeres heterosexuales, así como en mujeres que tiene sexo con mujeres las prácticas sexuales que implican contacto anal constituyen prácticas minoritarias ya que tradicionalmente han sido prácticas asociadas con la homosexualidad masculina.
- La frecuencia de uso del preservativo establece tasas sistemáticas de uso insuficientes para la erradicación de la epidemia del VIH que evidencian la necesidad de seguir implementando estrategias preventivas. Su uso en el coito vaginal realizado con parejas esporádicas no supera el 70% en el caso de los hombres y mujeres heterosexuales; el 75% en el caso de los hombres que tienen sexo con hombres; y el 30% en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual.
- El uso de la barrera de látex constituye un método preventivo poco empleado debido a la falta de información específica y al bajo riesgo percibido de infección por VIH u otra ITS. En mujeres que tienen sexo con mujeres su uso sistemático en el cunnilingus realizado con parejas esporádicas no supera el 5%.
- El grado de autoeficacia percibido y las habilidades de comunicación asertiva son factores asociados a la conducta preventiva, independiente de la orientación sexual y del género

del colectivo analizado. En general, todos los grupos observados están fuertemente convencidos de la necesidad de utilizar el método preventivo más adecuado a pesar de las posibles coerciones realizadas por parte de la pareja para prescindir del uso del preservativo y/o la barrera de látex. Además, poseen las técnicas de negociación y comunicación necesarias para rechazar cualquier actividad sexual que implique riesgos o negociar el uso de métodos preventivos incluso cuando la pareja manifiesta una fuerte oposición inicial.

- La sintomatología depresiva y la homofobia interiorizada no constituyen variables predictoras del uso de métodos preventivos de barrera frente al VIH en ninguno de los cinco subgrupos analizados. Previsiblemente el interés por realizar cualquier actividad sexual disminuye cuando existe una fuerte sintomatología que causa interferencia. Además, existe la posibilidad de que la asociación entre estas variables y la conducta sexual de riesgo no se establezca de forma directa, sino que esté mediada por otros constructos.
- Los hombres heterosexuales tienen un perfil diferencial caracterizado por un elevado consumo de alcohol, cannabis y otras drogas; altos niveles de homofobia; alta búsqueda de sensaciones sexuales; y una marcada incapacidad para controlar los impulsos sexuales. Estas variables presentan puntuaciones más elevadas entre quienes usan el preservativo de forma inconsistente, pero únicamente el consumo de otras drogas y la compulsividad sexual constituyen predictores significativos de la conducta sexual de riesgo. En este sentido, las estrategias preventivas deberían centrarse en la autorregulación emocional y en la reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.
- La vulnerabilidad percibida, la homofobia interiorizada, el nivel de autoestima, el consumo de drogas, la compulsividad sexual y la búsqueda de sensaciones sexuales, constituyen variables diferenciales que conforman el perfil de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. De estas variables, solamente la vulnerabilidad percibida, la atracción por las sensaciones físicas y el nivel general de autoestima poseen capacidad para predecir con acierto la conducta sexual de riesgo. En este colectivo las intervenciones preventivas deberían eliminar la idea de grupo de riesgo todavía presente en la actualidad, haciendo hincapié en que, si bien las sensaciones físicas son importantes, el uso del preservativo previene del VIH, siendo esta infección una circunstancia que se puede evitar.
- Las mujeres heterosexuales con conductas sexuales de riesgo presentan un perfil específico caracterizado por una alta atracción por las sensaciones sexuales, una alta incapacidad para controlar los impulsos sexuales y elevado temor percibido hacia la infección por VIH. Todas estas variables representan predictores del uso consistente o inconsistente del

preservativo. En este subgrupo las intervenciones preventivas deberían centrarse en el uso de claves ambientales como señales de acción que permitan autorregular la conducta y las emociones. Se debería enfatizar que el uso del preservativo no reduce por completo las sensaciones físicas.

- Las mujeres que tienen sexo con mujeres que nunca usan la barrera de látex presentan un perfil caracterizado por un bajo nivel de conocimientos, una baja severidad percibida, una baja sensación de vulnerabilidad frente a la infección, una elevada incapacidad para controlar los impulsos sexuales, un bajo nivel de autoestima y un alto consumo de cannabis. De entre todas estas variables, únicamente la severidad percibida, la sensación de vulnerabilidad y el consumo de cannabis constituyen predictores significativos de la conducta sexual de riesgo. Por tanto, las estrategias preventivas deberían centrarse en proporcionar una educación afectivo-sexual basada en la evidencia científica donde el interés se centra en las prácticas sexuales de riesgo independientemente de la orientación sexual y el género de la persona.
- Los conocimientos sobre fluidos corporales con capacidad de infección, la fiabilidad atribuida al preservativo como método preventivo y el desconocimiento de los límites corporales, constituyen variables diferenciales que conforman el perfil de riesgo en hombres y mujeres con diversidad funcional intelectual. Todas estas variables son explicativas y, en esa medida, predictoras del uso del preservativo. En este colectivo las intervenciones preventivas deberían proporcionar información útil adaptada a las necesidades y capacidades de estas personas, haciendo hincapié en la posibilidad de declinar cualquier interacción sexual no deseada.

CONCLUSÕES

O uso de preservativos ou a barreira do látex é a estratégia mais eficaz para a prevenção do HIV. Além disso, é o método mais simples e mais barato. Infelizmente, ainda não é um método usado sistematicamente por todas as pessoas. Esta tese estuda as razões para esse fenômeno, analisando diferencialmente o comportamento, as atitudes e as crenças de diferentes grupos de acordo com suas práticas sexuais: homens e mulheres heterossexuais, homens que fazem sexo com homens, mulheres que fazem sexo com mulheres e pessoas com deficiência intelectual.

A análise dos resultados permite tirar uma série de conclusões que devem ser consideradas na implementação de estratégias preventivas.

- Em relação ao comportamento sexual, as práticas mais realizadas pelos diversos grupos são consistentes com a maioria dos estudos analisados. Nesse sentido, em homens e

mulheres heterossexuais predomina o sexo oral e o sexo vaginal, em homens que fazem sexo com homens a feção e o sexo anal, e em mulheres que fazem sexo com mulheres o sexo oral e a penetração vaginal com brinquedos sexuais.

- Em homens e mulheres heterossexuais e em mulheres que fazem sexo com mulheres, as práticas sexuais anais são práticas minoritárias porque são práticas tradicionalmente associadas à homossexualidade masculina.
- A frequência do uso do preservativo é insuficiente para a erradicação do HIV, motivo pelo qual é necessário implementar estratégias preventivas. O uso no sexo vaginal (com parceiros esporádicos) não excede 70% no caso de homens e mulheres heterossexuais; 75% no caso de homens que fazem sexo com homens; e 30% em homens e mulheres com deficiência intelectual.
- O uso da barreira do látex é um método preventivo que não é utilizado devido à falta de conhecimento e ao baixo risco percebido de infecção pelo HIV. Em mulheres que fazem sexo com mulheres, seu uso sistemático em sexo oral não excede 5%.
- O grau de autoeficácia percebida e as habilidades comunicativas assertivas são fatores associados ao comportamento preventivo, independente da orientação sexual e do gênero. Em geral, todas as pessoas estão convencidas da necessidade de usar o método preventivo mais apropriado, apesar da possível coerção feita pelo casal para não usar o preservativo ou a barreira do látex. Além disso, todos possuem as técnicas de negociação e comunicação necessárias para rejeitar qualquer atividade sexual que envolva riscos ou negociar o uso do preservativo.
- A sintomatologia depressiva e a homofobia internalizada não são variáveis preditivas do uso do preservativo em nenhum dos cinco subgrupos analisados. Previsivelmente, o interesse em realizar qualquer atividade sexual diminui quando há uma forte sintomatologia que causa interferência. Além disso, existe a possibilidade de que a relação entre essas variáveis e o comportamento de risco sexual não seja direta, mas seja mediada por outros construtos.
- Os homens heterossexuais têm um perfil caracterizado pelo alto consumo de álcool, cannabis e outras drogas; altos níveis de homofobia; alta busca por sensações sexuais; e uma incapacidade de controlar os impulsos sexuais. Essas variáveis apresentam maiores escores entre aqueles que não usam preservativos, mas apenas o consumo de outras drogas e a compulsividade sexual são preditores significativos de comportamento de risco. Nesse sentido, as estratégias preventivas devem considerar a autorregulação emocional e a redução dos riscos associados ao uso de drogas.

- A vulnerabilidade percebida, a homofobia internalizada, o nível de autoestima, o consumo de drogas, a compulsividade sexual e a busca de sensações sexuais, são variáveis que compõem o perfil de risco em homens que fazem sexo com homens. Dessas variáveis, apenas a vulnerabilidade percebida, a atração por sensações físicas e o nível geral de autoestima têm a capacidade de prever corretamente o comportamento de risco. As intervenções preventivas devem enfatizar que, embora as sensações físicas sejam importantes, o uso do preservativo previne o HIV, sendo esta infecção uma circunstância evitável.
- As mulheres heterossexuais com comportamentos de risco têm um perfil caracterizado por uma alta atração por sensações sexuais, uma incapacidade de controlar impulsos sexuais e alto medo percebido de infecção pelo HIV. Todas essas variáveis representam preditores do uso consistente ou inconsistente do preservativo. Neste subgrupo, as intervenções preventivas devem se concentrar no uso de chaves de ação que permitam a autorregulação do comportamento e das emoções. Deve-se enfatizar que o uso de preservativos não reduz completamente as sensações físicas.
- As mulheres que fazem sexo com mulheres que nunca usam a barreira do látex possuem um perfil caracterizado por baixo nível de conhecimento, baixa gravidade percebida, baixa sensação de vulnerabilidade, alta incapacidade de controlar impulsos sexuais, baixo nível de autoestima e um alto consumo de cannabis. Entre todas essas variáveis, apenas a gravidade percebida, o sentimento de vulnerabilidade e o consumo de cannabis são preditores significativos do comportamento de risco. As estratégias preventivas devem se concentrar em fornecer educação sexual científica focada em práticas sexuais de risco, independentemente da orientação sexual e do gênero.
- O conhecimento sobre fluidos corporais com capacidade de infecção, a confiabilidade atribuída ao preservativo como método preventivo e o desconhecimento dos limites corporais, constituem variáveis que compõem o perfil de risco em homens e mulheres com deficiência intelectual. Essas variáveis são explicativas e, nessa medida, preditivas do uso do preservativo. Neste grupo intervenções preventivas devem fornecer informações úteis adaptadas às suas habilidades, enfatizando a possibilidade de recusar qualquer interação sexual indesejada.

2. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS

Los resultados obtenidos ayudan a comprender las variables que influyen en la conducta sexual y en el uso del preservativo y/o barrera de látex para la prevención primaria de la infección

por VIH en distintos colectivos poblacionales, hombres y mujeres heterosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, mujeres que tienen sexo con mujeres y personas con diversidad funcional intelectual. No obstante, el trabajo cuenta con una serie de limitaciones que deben ser conocidas y consideradas.

Es cierto que el hecho de recoger la muestra en formato *online* puede limitar la generalización de los resultados a la población general. El contexto *online* puede tener algunas características que influyan positiva o negativamente en la adopción de conductas preventivas y, en concreto, en el uso de métodos preventivos de barrera. Sería recomendable poder recoger una muestra similar de cada uno de los colectivos evaluados para estudiar la posible influencia de esta variable. A pesar de esta circunstancia cabe destacar que, según la última encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el 83.4% de los hogares españoles tiene acceso a Internet y el 84.6% de la población de 16 a 74 años ha navegado en los tres últimos meses. Esta extensión de las nuevas tecnologías hace que conectarse a Internet no suponga pertenecer a una minoría privilegiada y, por tanto, puede ser que el comportamiento sexual de estas personas no varíe significativamente del mostrado por las personas que no disponen de Internet o no lo utilizan frecuentemente. No obstante, es necesario destacar que el uso de Internet varía significativamente según la edad. Según los datos proporcionados por el INE, aunque el uso de Internet entre los 16 y los 24 años es prácticamente universal (98%), conforme aumenta la edad se produce un descenso paulatino. A partir de los 55 años el uso de esta tecnología desciende notablemente y alcanza un mínimo en el grupo de edad de 65 a 74 años (43.7%). En la difusión de la batería se estableció contacto con colectivos, asociaciones y organizaciones no gubernamentales con diversos perfiles intentando minimizar el efecto de esta brecha tecnológica y cubrir todos los rangos de edad posibles.

En segundo lugar, aunque los cuestionarios y autoinformes permiten recoger un mayor número de sujetos que mediante el empleo de otras técnicas de evaluación, estos instrumentos cuentan con una serie de inconvenientes y limitaciones. Puesto que su estructura está compuesta por preguntas de respuesta cerrada o elección múltiple no permite recoger otro tipo de respuestas como las conductuales o las emocionales. Además, estos instrumentos imposibilitan la evaluación de algunas variables como la competencia real, debiendo ser ésta sustituida por la competencia percibida. Del mismo modo, la gran cantidad de variables e instrumentos seleccionados influyó en la longitud final de la batería. Para minimizar que la falta de motivación sesgase las respuestas, la batería se dividió en varias páginas impidiendo su visualización completa. Además, se incluyeron explicaciones aclaratorias entre instrumentos con el objetivo de informar y captar la atención sobre el tema que se iba a preguntar en esa sección. Cabe destacar que, la privacidad

e intimidad que genera esta metodología reduce la deseabilidad social a diferencia del formato tradicional de lápiz y papel donde el evaluado y el evaluador normalmente están presentes en el mismo espacio físico.

Finalmente, la toma de algunas decisiones de corte metodológico puede haber tenido alguna influencia en los resultados obtenidos. Por un lado, en cada grupo, la selección de la variable criterio se ha realizado según la frecuencia de uso del preservativo o la barrera de látex en la conducta más realizada, no siempre coincidente con la práctica de mayor riesgo objetivo o biológico. La razón que ha motivado esta decisión, como ya se ha explicado anteriormente, es que en algunas ocasiones la práctica de mayor riesgo constituía una práctica residual. Por este motivo se ha realizado un exhaustivo proceso de toma de decisiones en el que ambas variables (frecuencia de realización y nivel de riesgo) han sido analizadas de forma conjunta, intentando tomar la decisión más acertada en cada grupo.

Es importante destacar que, el análisis de las variables que influyen en la adopción de métodos preventivos frente al VIH, no concluye evidentemente aquí. En futuros estudios, sería importante analizar si los resultados obtenidos en la práctica analizada para cada colectivo son equivalentes en otras conductas como, por ejemplo, el coito anal en hombres y mujeres heterosexuales o la penetración vaginal mediante el uso de juguetes sexuales compartidos en mujeres que tienen sexo con mujeres.

En este trabajo los grupos han sido establecidos según el uso sistemático del preservativo en hombres y mujeres heterosexuales y hombres que tienen sexo con hombres; el uso sistemático o no sistemático de la barrera de látex en mujeres que tienen sexo con mujeres; y el uso consistente o inconsistente del preservativo en personas con diversidad funcional intelectual, priorizando el riesgo biológico sobre el número de parejas con las que han mantenido relaciones sexuales en un determinado espacio de tiempo. Por ello, en próximos trabajos sería necesario considerar el número de parejas con las que se mantienen relaciones sexuales y la frecuencia de uso de un determinado método preventivo. En este sentido, podemos encontrar personas que, aunque nunca usan el preservativo, tienen relaciones esporádicas con pocas parejas. Por el contrario podemos encontrar personas que, aunque refieran un uso del preservativo en la mayoría de las ocasiones, mantienen relaciones esporádicas con muchas parejas.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramson, P. R. y Pinkerton, S. D. (2010). *With pleasure: Thoughts on the nature of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press.
- Aderemi, T. J., Pillay, B. J. y Esterhuizen, T. M. (2013). Differences in HIV knowledge and sexual practices of learners with intellectual disabilities and non-disabled learners in nigeria. *Journal of the International AIDS Society*, 16(1), 17331.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, personality, and behavior*. Maidenhead, England: McGraw-Hill.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall International.
- Alcedo, M. Á, Aguado, A. L. y Arias, B. (2006). Eficacia de un programa de educación sexual en jóvenes con discapacidad intelectual. *Análisis Y Modificación De Conducta*, 32(142), 217-242.
- Aliabadi, N., Carballo-Dieguez, A., Bakken, S., Rojas, M., Brown III, W., Carry, M., . . . Schnall, R. (2015). Using the information-motivation-behavioral skills model to guide the development of an HIV prevention smartphone application for high-risk MSM. *AIDS Education and Prevention*, 27(6), 522-537.
- Allen, V., Myers, H. y Ray, L. (2015). The association between alcohol consumption and condom use: Considering correlates of HIV risk among black men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 19(9), 1689-1700.
- Almeda, J., Casabona, J., Allepuz, A., García-Alcaide, F., del Romero, J., Tural, C., . . . Guerra-Romero, L. (2002). Recomendaciones para la profilaxis postexposición no ocupacional al VIH. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 20(8), 391-400.
- Alvy, L., McKirnan, D., Mansergh, G., Koblin, B., Colfax, G., Flores, S. y Hudson, S. (2011). Depression is associated with sexual risk among men who have sex with men, but is mediated by cognitive escape and self-efficacy. *AIDS and Behavior*, 15(6), 1171-1179.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Amola, O. y Grimmer, M. A. (2015). Sexual identity, mental health, HIV risk behaviors, and internalized homophobia among black men who have sex with men. *Journal of Counseling & Development*, 93(2), 236-246.

- Anderson, E. S., Wagstaff, D. A., Heckman, T. G., Winett, R. A., Roffman, R. A., Solomon, L. J., . . . Sikkema, K. J. (2006). Information-motivation-behavioral skills (IMB) model: Testing direct and mediated treatment effects on condom use among women in low-income housing. *Annals of Behavioral Medicine, 31*(1), 70-79.
- Andrew, B. J., Mullan, B. A., de Wit, J. B., Monds, L. A., Todd, J. y Kothe, E. J. (2016). Does the theory of planned behaviour explain condom use behaviour among men who have sex with men? A meta-analytic review of the literature. *AIDS and Behavior, 20*(12), 2834-2844.
- Arend, E. D. (2003). The politics of invisibility: HIV-positive women who have sex with women and their struggle for support. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 14*(6), 37-47.
- Asare, M., Sharma, M., Bernard, A. L., Rojas-Guyler, L. y Wang, L. L. (2013). Using the health belief model to determine safer sexual behavior among african immigrants. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 24*(1), 120-134.
- Aunos, M. y Feldman, M. A. (2002). Attitudes towards sexuality, sterilization and parenting rights of persons with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*(4), 285-296.
- AVERT. (2017). *Number of new HIV infections in 2016 and change since 2010*. Recuperado de <https://www.avert.org/global-hiv-and-aids-statistics>
- Bahrami, Z. y Zarani, F. (2015). Application of the information-motivation and behavioral skills (IMB) model in risky sexual behaviors amongst male students. *Journal of Infection and Public Health, 8*(2), 207-213.
- Bailey, J. V., Farquhar, C., Owen, C. y Mangtani, P. (2004). Sexually transmitted infections in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections, 80*(3), 244-246.
- Bakker, A. B., Buunk, B. P., Siero, F. W. y van den Eijnden, R. (1997). Application of a modified health belief model to HIV preventive behavioral intentions among gay and bisexual men. *Psychology and Health, 12*(4), 481-492.
- Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C. y Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14*(3), 181-191.
- 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*(1), 76-82.

- Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M. D. (2013). *Psicología clínica de la salud*. Madrid: Pearson.
- Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D., Salmerón-Sánchez, P. y Castro-Calvo, J. (2015). Propiedades psicométricas preliminares de una escala de victimización homosexual. Póster presentado a la XXIV Reunión de la SPCV, Segorbe, España.
- Ballester-Arnal, R., Salmerón-Sánchez, P., Gil-Llario, M. y Castro-Calvo, J. (2017). Male sex workers in Spain: What has changed in the last lustrum? A comparison of sociodemographic data and HIV sexual risk behaviors (2010–2015). *AIDS and Behavior*, 21(8), 2295-2305.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M., Ruiz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2017). Effectiveness of a brief multi-component intervention to HIV prevention among Spanish youth. *AIDS and Behavior*, 21(9), 2726-2735.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Gil-Llario, M. D. y Salmerón-Sánchez, P. (2013). Sexual compulsivity scale: Adaptation and validation in the Spanish population. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 39(6), 526-540.
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E. y Gil-Llario, M. (2017). Structural equation modeling test of an integrated model of Spanish youth's condom use. *AIDS and Behavior*, 21(5), 1407-1416.
- Ballester-Arnal, R., Salmerón-Sánchez, P., Gil-Llario, M. D. y Giménez-García, C. (2013). The influence of drug consumption on condom use and other aspects related to HIV infection among male sex workers in Spain. *AIDS and Behavior*, 17(2), 536-542.
- Balogh, R., Bretherton, K., Whibley, S., Berney, T., Graham, S., Richold, P., . . . Firth, H. (2001). Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45(3), 194-201.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social-cognitive view*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13(1), 9-17.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In R. J. DiClemente y J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral intervention* (pp. 25-59). Nueva York: Springer.
- Bandura, A. (2012). *Self-efficacy: The exercise of control* (12th ed.). New York: W.H. Freeman.

- Barkley, T. W. y Burns, J. L. (2000). Factor analysis of the condom use self-efficacy scale among multicultural college students. *Health Education Research, 15*(4), 485-489.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia Y Enfermería, 7*(2), 19-25.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S. y Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health, 58*(3), 469-483.
- Basile, K. C., Breiding, M. J. y Smith, S. G. (2016). Disability and risk of recent sexual violence in the united states. *American Journal of Public Health, 106*(5), 928-933.
- Bauer, G. R. y Welles, S. L. (2001). Beyond assumptions of negligible risk: Sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *American Journal of Public Health, 91*(8), 1282-1286.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York, NY: Guilford Press.
- Becker, M. H. y Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care, 13*(1), 10-24.
- Becoña, E., López-Durán, A., Fernández, E., Martínez Pradedá, Ú, Osorio, J., Fraga, J., . . . Domínguez, M. N. (2011). Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones, 23*(3), 205-218.
- Berg, R. C. (2008). Barebacking among MSM internet users. *AIDS and Behavior, 12*(5), 822-833.
- Bernert, D. J. y Ogletree, R. J. (2013). Women with intellectual disabilities talk about their perceptions of sex. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(3), 240-249.
- Beymer, M. R., Weiss, R. E., Bolan, R. K., Rudy, E. T., Bourque, L. B., Rodriguez, J. P. y Morisky, D. E. (2014). Sex on demand: Geosocial networking phone apps and risk of sexually transmitted infections among a cross-sectional sample of men who have sex with men in los angeles county. *Sexually Transmitted Infections, 90*(7), 567-572.
- Bien, C., Best, J., Muessig, K., Wei, C., Han, L. y Tucker, J. (2015). Gay apps for seeking sex partners in china: Implications for MSM sexual health. *AIDS and Behavior, 19*(6), 941-946.
- Blackstock, O., Patel, V. y Cunningham, C. (2015). Use of technology for HIV prevention among adolescent and adult women in the united states. *Current HIV/AIDS Reports, 12*(4), 489-499.

- Blanc, A. y Rojas, A. J. (2018). Uso del preservativo, número de parejas y debut sexual en jóvenes en coito vaginal, sexo oral y sexo anal. *Revista Internacional de Andrología*, 16(1), 8-14.
- Boldero, J., Moore, S. y Rosenthal, D. (1992). Intention, context, and safe sex: Australian adolescents' responses to AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 22(17), 1374-1396.
- Bontempo, D. E. y D'Augelli, A. R. (2002). Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 30(5), 364-374.
- Borawska-Charko, M., Rohleder, P. y Finlay, W. M. L. (2017). The sexual health knowledge of people with intellectual disabilities: A review. *Sexuality Research and Social Policy*, 14(4), 393-409.
- Bourne, A., Reid, D., Hickson, F., Torres-Rueda, S. y Weatherburn, P. (2015). Illicit drug use in sexual settings ('chemsex') and HIV/STI transmission risk behaviour among gay men in south london: Findings from a qualitative study. *Sexually Transmitted Infections*, 91(8), 564-568.
- Bowleg, L., Teti, M., Massie, J. S., Patel, A., Malebranche, D. J. y Tschann, J. M. (2011). 'What does it take to be a man? what is a real man?': Ideologies of masculinity and HIV sexual risk among black heterosexual men. *Culture, Health & Sexuality*, 13(5), 545-559.
- Brennan, J. (2017). Stealth breeding: Bareback without consent. *Psychology & Sexuality*, 8(4), 318-333.
- Brickman, C., Propert, K. J., Voytek, C., Metzger, C. y Gross, R. (2017). Association between depression and condom use differs by sexual behavior group in patients with HIV. *AIDS and Behavior*, 21(6), 1676-1683.
- Brodsky, A. (2017). Rape-adjacent: Imagining legal responses to nonconsensual condom removal. *Columbia Journal of Gender and Law*, 32(2), 183-210.
- Brown, E. J. y Jemmott, L. S. (2002). HIV prevention among people with developmental disabilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 40(11), 14-21.
- Brown, L. K., Tolou-Shams, M., Lescano, C., Houck, C., Zeidman, J., Pugatch, D. y Lourie, K. J. (2006). Depressive symptoms as a predictor of sexual risk among african american adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 444.e1-444.e8.
- Brown, W., Carballo-Diéguez, A., John, R. y Schnall, R. (2016). Information, motivation, and behavioral skills of high-risk young adults to use the HIV self-test. *AIDS and Behavior*, 20(9), 2000-2009.

- Brownlie, E. B., Jabbar, A., Beitchman, J., Vida, R. y Atkinson, L. (2007). Language impairment and sexual assault of girls and women: Findings from a community sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(4), 618-626.
- Burris, J. L., Smith, G. T. y Carlson, C. R. (2009). Relations among religiousness, spirituality, and sexual practices. *Journal of Sex Research*, 46(4), 282-289.
- Byrne, G. (2018). Prevalence and psychological sequelae of sexual abuse among individuals with an intellectual disability: A review of the recent literature. *Journal of Intellectual Disabilities*, 22(3), 294-310.
- Caballero-Gascón, L., Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Fernández-García, O. y Gil-Juliá, B. (2017). Actitudes de la población general hacia las relaciones sexuales de las personas con diversidad funcional: Variables moduladoras. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 103-110.
- Cabral, R. J., Cotton, D., Semaan, S. y Gielen, A. C. (2004). Application of the transtheoretical model for HIV prevention in a facility-based and a community-level behavioral intervention research study. *Health Promotion Practice*, 5(2), 199-207.
- 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(2), 227-233.
- Cambridge, P., Beadle-Brown, J., Milne, A., Mansell, J. y Whelton, B. (2011). Patterns of risk in adult protection referrals for sexual abuse and people with intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(2), 118-132.
- Camilleri, M., Kohut, T. y Fisher, W. (2015). Condom use behavioural skills mediate the relationship between condom use motivation and condom use behaviour among young adult heterosexual males: An information-motivation-behavioural skills analysis. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 24(2), 131-140.
- Campbell, C. A. (1995). Male gender roles and sexuality: Implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science & Medicine*, 41(2), 197-210.
- Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Informació Psicológica*, (83), 15-19.
- Cañas, E., García, F. J. y Andérica, G. (2003). Epidemiología de la infección VIH y sida. In J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Eds.), *La infección por el VIH: Guía práctica* (pp. 37-54). Sevilla: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

- Carballo-Diéguez, A., Dowsett, G. W., Ventuneac, A., Remien, R. H., Balan, I., Dolezal, C., . . . Lin, P. (2006). Cybercartography of popular internet sites used by new york city men who have sex with men interested in bareback sex. *AIDS Education & Prevention, 18*(6), 475-489.
- Carrasco, J. L., Saiz-Ruiz, J., Díaz-Marsá, M., Cesar, J. y López-Ibor, J. J. (1999). Low platelet monoamine oxidase activity in sensation-seeking bullfighters. *CNS Spectrums, 4*(12), 21-24.
- Carrera-Fernández, M., Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y. y Vallejo-Medina, P. (2013). Bullying among spanish secondary education students. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(14), 2915-2940.
- Casey, M. K., Timmermann, L., Allen, M., Krahn, S. y Turkiewicz, K. L. (2009). Response and self-efficacy of condom use: A meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Communication Journal, 74*(1), 57-78.
- Casteel, C., Martin, S. L., Smith, J. B., Gurka, K. K. y Kupper, L. L. (2008). National study of physical and sexual assault among women with disabilities. *Injury Prevention, 14*(2), 87-90.
- Castilla, J. (2000a). Epidemiología de la infección por VIH/sida en el mundo. In J. del Amo, M. J. Belza, S. Castillo y A. Llácer (Eds.), *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas* (pp. 27-32). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Castilla, J. (2000b). Epidemiología de la infección por VIH/sida en españa. In M. J. Belza, S. Castillo y A. Llácer (Eds.), *Prevención del VIH/sida en inmigrantes y minorías étnicas* (pp. 33-38). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Castro, Á. (2016). Sexual behavior and sexual risks among spanish university students: A descriptive study of gender and sexual orientation. *Sexuality Research and Social Policy, 13*(1), 84-94.
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R. y Gil-Llario, M. D. (2015). Compulsividad sexual. convergencia y prevalencia entre medidas. *Àgora De Salut, 2*, 205-213.
- Castro-Calvo, J., Morell-Mengual, V., Gil-Juliá, B. y Giménez-García, C. (2016). Uso de la barrera de látex en lesbianas ¿Relación con la compulsividad sexual? *Àgora De Salut, 3*, 85-93.
- Chan, S. K., Thornton, L. R., Chronister, K. J., Meyer, J., Wolverton, M., Johnson, C. K., . . . Heneine, W. (2014). Likely female-to-female sexual transmission of HIV - texas, 2012. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 63*(10), 209-212.
- Chen, Y. y Raymond, H. F. (2017). Associations between depressive syndromes and HIV risk behaviors among San Francisco men who have sex with men. *AIDS Care, 29*(12), 1538-1542.

- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12(2), 229-235.
- Chng, C. L. y Géliga-Vargas, J. (2000). Ethnic identity, gay identity, sexual sensation seeking and HIV risk taking among multiethnic men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 12(4), 326-339.
- Chou, Y., Lu, Z. J. y Pu, C. (2015). Attitudes toward male and female sexuality among men and women with intellectual disabilities. *Women & Health*, 55(6), 663-678.
- Cobo, C. (2012). *Protocolo sobre relaciones interpersonales y sexualidad en personas con discapacidad intelectual, trastornos del espectro autista y otras discapacidades con déficit cognitivo usuarias de centros residenciales*. Recuperado de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupalida/Personas_Discapacidad_Protocolo_sobre_relaciones_interpersonales_y_sexualidad_pdint.pdf
- Cohen, D. A., Wu, S. y Farley, T. A. (2004). Comparing the cost-effectiveness of HIV prevention interventions. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(3), 1404-1414.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (2011). Tissue says blood is misleading, confusing HIV cure efforts. *Science*, 334(6063), 1614.
- Coleman, E., Horvath, K. J., Miner, M., Ross, M. W., Oakes, M. y Rosser, B. R. S. (2010). Compulsive sexual behavior and risk for unsafe sex among internet using men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(5), 1045-1053.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K. y Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 390-410.
- Coury-Doniger, P. A., Levenkron, J. C., McGrath, P. L., Knox, K. L. y Urban, M. A. (2000). From theory to practice: Use of stage of change to develop an STD/HIV behavioral intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 395-406.
- Crepaz, N. y Marks, G. (2001). Are negative affective states associated with HIV sexual risk behaviors? A meta-analytic review. *Health Psychology*, 20(4), 291-299.
- Crosby, R. A., Salazar, L. F., Mena, L. y Geter, A. (2016). Associations between internalized homophobia and sexual risk behaviors among young black men who have sex with men. *Sexually Transmitted Diseases*, 43(10), 656-660.

- Currie, M. R., Cunningham, E. G. y Findlay, B. M. (2004). The short internalized homonegativity scale: Examination of the factorial structure of a new measure of internalized homophobia. *Educational and Psychological Measurement, 64*(6), 1053-1067.
- D'augelli, A. R., Pilkington, N. W. y Hershberger, S. L. (2002). Incidence and mental health impact of sexual orientation victimization of lesbian, gay, and bisexual youths in high school. *School Psychology Quarterly, 17*(2), 148-167.
- De Dios, R., García, M. y Suárez, O. (2006). *Discapacidad intelectual y sexualidad: Conductas sexuales socialmente no aceptadas*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.
- Deol, A. K. y Heath-Toby, A. (2009). *HIV risk for lesbians, bisexuals & other women who have sex with women*. New York: Gay Men's Health Crisis.
- Dew, B. J. y Chaney, M. P. (2005). The relationship among sexual compulsivity, internalized homophobia, and HIV at-risk sexual behavior in gay and bisexual male users of internet chat rooms. *Sexual Addiction & Compulsivity, 12*(4), 259-273.
- Diamond, L. M. (2003). Was it a phase? young women's relinquishment of lesbian/bisexual identities over a 5-year period. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(2), 352-364.
- Díaz, I. M., Gil, M. D., Ballester, R., Morell, V. y Molero, R. J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(3), 415-422.
- DiClemente, R., Milhausen, R. R., Salazar, L. F., Spitalnick, J., McDermott Sales, J., Crosby, R. A., . . . Wingood, G. M. (2010). Development of the sexual sensation-seeking scale for african american adolescent women. *International Journal of Sexual Health, 22*(4), 248-261.
- Díez, M., Oliva, J., Sánchez, F., Vives, N., Cevallos, C. y Izquierdo, A. (2012). Incidencia de nuevos diagnósticos de VIH en españa, 2004-2009. *Gaceta Sanitaria, 26*(2), 107-115.
- Dodge, B., Reece, M., Cole, S. L. y Sandfort, T. G. (2004). Sexual compulsivity among heterosexual college students. *Journal of Sex Research, 41*(4), 343-350.
- Dolan, K. A. y Davis, P. W. (2003). Nuances and shifts in lesbian women's constructions of STI and HIV vulnerability. *Social Science & Medicine, 57*(1), 25-38.
- Domínguez, L. y Montalbán, F. M. (2017). Alternativas en el debate sobre el matrimonio igualitario en europa y américa latina. *Andamios, 14*(35), 335-357.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dudley, M. G., Rostosky, S. S., Korfhage, B. A. y Zimmerman, R. S. (2004). Correlates of high-risk sexual behavior among young men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 16(4), 328-340.
- Dunn, M., Lloyd, E. E. y Phelps, G. H. (1979). Sexual assertiveness in spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 2(4), 293-300.
- Eastgate, G. (2008). Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Pública de México*, 50, 255-259.
- Eastgate, G., Van Driel, M. L., Lennox, N. y Scheermeyer, E. (2011). Women with intellectual disabilities: A study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician*, 40(4), 226-230.
- Eastman, C. y Marzillier, J. S. (1984). Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 8(3), 213-229.
- Eaton, L. A., Cherry, C., Cain, D. y Pope, H. (2011). A novel approach to prevention for at-risk HIV-negative men who have sex with men: Creating a teachable moment to promote informed sexual decision-making. *American Journal of Public Health*, 101(3), 539-545.
- Ellis, P. D. (2010). *The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Espada, J. P. y Quiles, M. J. (2002). *Prevenir el sida. guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M. y Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564.
- Espada, J. P., Huedo-Medina, T. B., Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R. y Remor, E. (2009). Psychometric properties of the HIV/AIDS knowledge scale for Spanish adolescents (HIV-KS). *Health and Addictions*, 9(2), 149-164.
- Espada, J. P., Quiles, M. J. y Méndez, F. X. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles Del Psicólogo*, 24(85), 29-36.
- Everett, B. (2013). Sexual orientation disparities in sexually transmitted infections: Examining the intersection between sexual identity and sexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 42(2), 225-236.

- Farmer, M. y Meston, C. (2006). Predictors of condom use self-efficacy in an ethnically diverse university sample. *Archives of Sexual Behavior*, 35(3), 313-326.
- Fazekas, A., Senn, C. Y. y Ledgerwood, D. M. (2001). Predictors of intention to use condoms among university women: An application and extension of the theory of planned behavior. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 33(2), 103-117.
- FELGTB. (2008). *Ginecólog@: Conócenos, inclúyenos FELGT*. Recuperado de <http://www.felgtb.org/rs/1052/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/b6d/fd/1/filename/felgtb-revision-ginecologica-profesionales-folleto.pdf>
- FELGTB. (2013). *Acoso escolar (y riesgo de suicidio) por orientación sexual e identidad de género: Fracaso del sistema educativo*. Recuperado de <http://www.felgtb.org/rs/2157/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/671/filename/informedefensor-17m13.pdf>
- Fernández-Dávila, P. (2015). ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? *Revista Multidisciplinar del Sida*, 1(6), 25-33.
- Fernández-Dávila, P., Lupiáñez-Villanueva, F. y Zaragoza Lorca, K. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención on-line del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 123-130.
- Ferrer, L., Folch, C., Fernandez-Davila, P., Garcia, A., Morales, A., Belda, J., . . . Casabona, J. (2016). Awareness of pre-exposure prophylaxis for HIV, willingness to use it and potential barriers or facilitators to uptake among men who have sex with men in Spain. *AIDS and Behavior*, 20(7), 1423-1433.
- Fethers, K., Marks, C., Mindel, A. y Estcourt, C. S. (2000). Sexually transmitted infections and risk behaviours in women who have sex with women. *Sexually Transmitted Infections*, 76(5), 345-349.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), 455-474.
- Fisher, J. D. y Fisher, W. A. (2000). Theoretical approaches to individual-level change in HIV risk behavior. In J. L. Peterson y R. J. DiClemente (Eds.), *Handbook of HIV prevention* (pp. 3-55). New York: Springer.

- Fisher, M. H., Hodapp, R. M. y Dykens, E. M. (2008). Child abuse among children with disabilities: What we know and what we need to know. *International Review of Research in Mental Retardation*, 35, 251-289.
- Fisher, W. A., Fisher, J. D. y Harman, J. (2003). The information-motivation-behavioral skills model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. In J. Suls y K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 82-106). Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Fishman, S. J. y Anderson, E. H. (2003). Perception of HIV and safer sexual behaviors among lesbians. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(6), 48-55.
- Fitzgerald, C. y Withers, P. (2013). 'I don't know what a proper woman means': What women with intellectual disabilities think about sex, sexuality and themselves. *British Journal of Learning Disabilities*, 41(1), 5-12.
- Flebus, G. B. y Montano, A. (2012). The multifactor internalized homophobia inventory. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 19(3), 219-240.
- Fleming, P., DiClemente, R. y Barrington, C. (2016). Masculinity and HIV: Dimensions of masculine norms that contribute to men's HIV-related sexual behaviors. *AIDS and Behavior*, 20(4), 788-798.
- Flood, M. (2003). Lust, trust and latex: Why young heterosexual men do not use condoms. *Culture, Health & Sexuality*, 5(4), 353-369.
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R. y Zaragoza, K. (2005). Evolución de la prevalencia de infección por el VIH y de las conductas de riesgo en varones homo/bisexuales. *Gaceta Sanitaria*, 19(4), 294-301.
- Folch, C., Casabona, J., Muñoz, R., González, V. y Zaragoza, K. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 40-46.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2014). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32(6), 341-349.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2015). Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Medicina Clínica*, 145(3), 102-107.

- Fonner, V. A., Dalglish, S. L., Kennedy, C. E., Baggaley, R., O’rilly, K. R., Koechlin, F. M., . . . Grant, R. M. (2016). Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *Aids, 30*(12), 1973-1983.
- Franco, D. G., Cardoso, J. y Neto, I. (2012). Attitudes towards affectivity and sexuality of people with intellectual disability. *Sexuality and Disability, 30*(3), 261-287.
- Franklin, K. (2000). Antigay behaviors among young adults: Prevalence, patterns, and motivators in a noncriminal population. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(4), 339-362.
- French, S. E. y Holland, K. J. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *Journal of Sex Research, 50*(1), 48-59.
- Friedman, M. S., Marshal, M. P., Guadamuz, T. E., Wei, C., Wong, C. F., Saewyc, E. M. y Stall, R. (2011). A meta-analysis of disparities in childhood sexual abuse, parental physical abuse, and peer victimization among sexual minority and sexual nonminority individuals. *American Journal of Public Health, 101*(8), 1481-1494.
- Frost, D. M., Parsons, J. T. y Nanín, J. E. (2007). Stigma, concealment and symptoms of depression as explanations for sexually transmitted infections among gay men. *Journal of Health Psychology, 12*(4), 636-640.
- Fundación Triángulo. (2017). *Guía de salud sexual para mujeres lesbianas y bisexuales*. Coslada: Fundación Triángulo.
- Gaither, G. A. y Sellbom, M. (2003). The sexual sensation seeking scale: Reliability and validity within a heterosexual college student sample. *Journal of Personality Assessment, 81*(2), 157-167.
- Gao, M., Xiao, C., Cao, Y., Yu, B., Li, S. y Yan, H. (2017). Associations between sexual sensation seeking and AIDS-related knowledge, attitudes and behaviors among young men who have sex with men in china. *Psychology, Health & Medicine, 22*(5), 596-603.
- García, C., Calvo, F., Carbonell, X. y Giral, C. (2017). Consumo intensivo de alcohol y conductas sexuales de riesgo en población universitaria. *Health and Addictions, 17*(1), 63-71.
- García, F. y Musitu, G. (2014). *AF5. autoncepto forma 5* (4th ed.). Madrid: TEA Editorial.
- García, J. A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions, 12*(2), 133-151.
- García, M. y de Dios, R. (2007). *Discapacidad intelectual y sexualidad: Programa de educación sexual en centros de atención a personas adultas*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

- García-Barba, M., Castro-Calvo, J., Salmerón-Sánchez, P. y Ballester-Arnal, R. (2017). Orientación sexual y homofobia en adolescentes españoles. *Ágora De Salut*, 4, 163-172.
- Garofalo, C., Holden, C. J., Zeigler-Hill, V. y Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, 42(1), 3-15.
- Gençöz, T. y Yüksel, M. (2006). Psychometric properties of the turkish version of the internalized homophobia scale. *Archives of Sexual Behavior*, 35(5), 597-602.
- Gerra, G., Avanzini, P., Zaimovic, A., Sartori, R., Bocchi, C., Timpano, M., . . . Talarico, E. (1999). Neurotransmitters, neuroendocrine correlates of sensation-seeking temperament in normal humans. *Neuropsychobiology*, 39(4), 207-213.
- Gil, M. D., Ballester, R., Giménez, C., Ruiz, E., Gil, B., Gómez, S. y Salmerón, P. (2010). Prevalencia entre los jóvenes de relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas: Evolución en la última década (1999-2008). *Anuario de Sexología*, 12, 17-24.
- Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., Morell-Mengual, V., Giménez-García, C. y Ballester-Arnal, R. (2018). Validation of the AIDS prevention questionnaire: A brief self-report instrument to assess risk of HIV infection and guide behavioral change. *AIDS and Behavior*.
- Gil-Llario, M. D., Ballester-Arnal, R., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L. y Castro-Calvo, J. (2018). Development and psychometric properties of the detection of sexual abuse risk screening scale (DSARss). *Sexual Abuse*.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R. y Díaz-Rodríguez, I. (2018). The experience of sexuality in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 62(1), 72-80.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C. y Castro-Calvo, J. (2015). Sexual sensation seeking in spanish young men and women with different sexual orientations. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 41(5), 525-530.
- Gil-Llario, M. D., Morell-Mengual, V., Giménez-García, C., Salmerón-Sánchez, P. y Ballester-Arnal, R. (2018). Sexual sensation seeking: A validated scale for spanish gay, lesbian and bisexual people. *AIDS and Behavior*.
- Gil-Llario, M. D., Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R. y Morell-Mengual, V. (2016). Influence of sexual sensation seeking, sexual compulsivity and sexual pleasure in condom use among

- spanish youth: Implications for HIV interventions. *Journal of Preventive Medicine and Care*, 1(3), 1-8.
- Gil-Llario, M., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C. y Salmerón-Sánchez, P. (2014). Effectiveness of HIV prevention for women: What is working? *AIDS and Behavior*, 18(10), 1924-1933.
- Gismero, E. (1998). *EHS. escala de habilidades sociales*. Madrid: TEA Ediciones.
- Gómez-Maquet, Y. (2010). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435-447.
- Gonsiorek, J. C. (1995). Gay male identities: Concepts and issues. In A. R. D'Augelli y C. J. Patterson (Eds.), *Lesbian, gay and bisexual identities over the lifespan: Psychological perspectives* (pp. 24-47). New York: Oxford University Press.
- Goodman, A. (1992). Sexual addiction: Designation and treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 18(4), 303-314.
- Grau-Muñoz, A., Pla-Ernst, E., Belda-Ibáñez, J., Juan-Corróns, A., Fernández-García, E., Doménech-Alonso, E., . . . Alastrue-Loscos, I. (2015). Cruising and e-dates: A new context for sexual encounters among young men who have sex with men. *Cadernos de Saude Publica*, 31(11), 2303-2312.
- Gregori, J., Cerdá, C., Moya, M. L., Perini, G. y Ballester, R. (2017). Disposición en la adolescencia a llevar a cabo distintas prácticas sexuales homosexuales. *Ágora De Salut*, 4, 173-183.
- Groce, N. E., Rohleder, P., Eide, A. H., MacLachlan, M., Mall, S. y Swartz, L. (2013). HIV issues and people with disabilities: A review and agenda for research. *Social Science & Medicine*, 77, 31-40.
- Grossman, C., Hadley, W., Brown, L. K., Houck, C. D., Peters, A., Tolou-Shams, M. y Project SHIELD Study Group. (2008). Adolescent sexual risk: Factors predicting condom use across the stages of change. *AIDS and Behavior*, 12(6), 913-922.
- Grov, C., Parsons, J. y Bimbi, D. (2010). Sexual compulsivity and sexual risk in gay and bisexual men. *Archives of Sexual Behavior*, 39(4), 940-949.
- Grov, C., Rendina, H. J., Ventuneac, A. y Parsons, J. T. (2013). HIV risk in group sexual encounters: An event-level analysis from a national online survey of MSM in the U.S. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(9), 2285-2294.
- Grulich, A. E. y Zablotska, I. (2010). Commentary: Probability of HIV transmission through anal intercourse. *International Journal of Epidemiology*, 39(4), 1064-1065.

- Guerra, F. y Simbayi, L. (2014). Prevalence of knowledge and use of the female condom in south africa. *AIDS and Behavior*, 18(1), 146-158.
- Gullette, D. L. y Lyons, M. A. (2006). Sensation seeking, self-esteem, and unprotected sex in college students. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(5), 23-31.
- Hacker, K., Brown, E., Cabral, H. y Dodds, D. (2005). Applying a transtheoretical behavioral change model to HIV/STD and pregnancy prevention in adolescent clinics. *Journal of Adolescent Health*, 37(3), 80-93.
- Haile, Z., Kingori, C., Darlington, K., Basta, T. y Chavan, B. (2017). HIV risk perception among college students at a university in the midwest. *Sexuality & Culture*, 21(1), 62-73.
- Hall, P. (2011). A biopsychosocial view of sex addiction. *Sexual and Relationship Therapy*, 26(3), 217-228.
- Halperin, D. T. (1999). Heterosexual anal intercourse: Prevalence, cultural factors, and HIV infection and other health risks, part I. *AIDS Patient Care and STDs*, 13(12), 717-730.
- Hamburger, M., Moore, J., Koenig, L., Vlahov, D., Schoenbaum, E., Schuman, P. y Mayer, K. (2004). Persistence of inconsistent condom use: Relation to abuse history and HIV serostatus. *AIDS and Behavior*, 8(3), 333-344.
- Hammond, C., Holmes, D. y Mercier, M. (2016). Breeding new forms of life: A critical reflection on extreme variances of bareback sex. *Nursing Inquiry*, 23(3), 267-277.
- Harkness, J., Pennell, B. E. y Schoua-Glusberg, A. (2004). Survey questionnaire translation and assessment. In S. Presser, J. M. Rothgeb, M. P. Couper, J. T. Lessler, E. Martin, J. Martin y E. Singer (Eds.), *Methods for testing and evaluating survey questionnaires* (pp. 453-473). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.
- Harper, G. W. (2007). Sex isn't that simple: Culture and context in HIV prevention interventions for gay and bisexual male adolescents. *American Psychologist*, 62(8), 803-819.
- Haydon, A. A., McRee, A. y Tucker Halpern, C. (2011). Unwanted sex among young adults in the united states: The role of physical disability and cognitive performance. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3476-3493.
- Healy, E., McGuire, B. E., Evans, D. S. y Carley, S. N. (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. part I: Service-user perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(11), 905-912.

- Heeren, G., Jemmott, J., Ngwane, Z., Mandeya, A. y Tyler, J. (2013). A randomized controlled pilot study of an HIV risk-reduction intervention for sub-saharan african university students. *AIDS and Behavior*, 17(3), 1105-1115.
- Heidinger, B., Gorgens, K. y Morgenstern, J. (2015). The effects of sexual sensation seeking and alcohol use on risky sexual behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 19(3), 431-439.
- Hendershot, C. S., Stoner, S. A., George, W. H. y Norris, J. (2007). Alcohol use, expectancies, and sexual sensation seeking as correlates of HIV risk behavior in heterosexual young adults. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(3), 365.
- Herbenick, D., Reece, M., Schick, V., Sanders, S. A., Dodge, B. y Fortenberry, J. D. (2010). Sexual behavior in the united states: Results from a national probability sample of men and women ages 14-94. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(S5), 255-265.
- Herbenick, D., Reece, M., Sanders, S. A., Dodge, B., Ghassemi, A. y Fortenberry, J. D. (2010). Women's vibrator use in sexual partnerships: Results from a nationally representative survey in the united states. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 36(1), 49-65.
- Herek, G. M. (2004). Beyond "homophobia": Thinking about sexual prejudice and stigma in the twenty-first century. *Sexuality Research & Social Policy*, 1(2), 6-24.
- Herek, G. M. (2007). Confronting sexual stigma and prejudice: Theory and practice. *Journal of Social Issues*, 63(4), 905-925.
- Herek, G. M., Gillis, J. R. y Cogan, J. C. (1999). Psychological sequelae of hate-crime victimization among lesbian, gay, and bisexual adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 945-951.
- Hergenrather, K. C., Emmanuel, D., Durant, S. y Rhodes, S. D. (2016). Enhancing HIV prevention among young men who have sex with men: A systematic review of HIV behavioral interventions for young gay and bisexual men. *AIDS Education and Prevention*, 28(3), 252-271.
- Hernández, R., Caudillo, L. y Flores, M. L. (2017). Efecto del consumo de alcohol y homofobia internalizada en la conducta sexual en hombres que tienen sexo con hombres. *Jóvenes En La Ciencia*, 3(2), 373-376.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5a ed.). Madrid: McGraw-Hill.

- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/sida: Constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44(6), 554-564.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CESD-7). *Salud Mental*, 30(5), 40-46.
- Hess, K. L., Reynolds, G. L. y Fisher, D. G. (2014). Heterosexual anal intercourse among men in long beach, california. *The Journal of Sex Research*, 51(8), 874-881.
- Higgins, J. A., Hoffman, S. y Dworkin, S. L. (2010). Rethinking gender, heterosexual men, and women's vulnerability to HIV/AIDS. *American Journal of Public Health*, 100(3), 435-445.
- Hirshfield, S., Chiasson, M. A., Joseph, H., Scheinmann, R., Johnson, W. D., Remien, R. H., . . . Margolis, A. D. (2012). An online randomized controlled trial evaluating HIV prevention digital media interventions for men who have sex with men. *PLoS One*, 7(10), e46252.
- Hirshfield, S., Remien, R. H., Humberstone, M., Walavalkar, I. y Chiasson, M. A. (2004). Substance use and high-risk sex among men who have sex with men: A national online study in the USA. *AIDS Care*, 16(8), 1036-1047.
- Holloway, I. W., Pulsipher, C. A., Gibbs, J., Barman-Adhikari, A. y Rice, E. (2015). Network influences on the sexual risk behaviors of gay, bisexual and other men who have sex with men using geosocial networking applications. *AIDS and Behavior*, 19(2), 112-122.
- Horvath, K. J., Rosser, B. S. y Remafedi, G. (2008). Sexual risk taking among young internet-using men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 98(6), 1059-1067.
- Houston, E., Sandfort, T., Dolezal, C. y Carballo-Diéguez, A. (2012). Depressive symptoms among MSM who engage in bareback sex: Does mood matter? *AIDS and Behavior*, 16(8), 2209-2215.
- Hoyle, R. H., Fejfar, M. C. y Miller, J. D. (2000). Personality and sexual risk taking: A quantitative review. *Journal of Personality*, 68(6), 1203-1231.
- Huebner, D. M., Davis, M. C., Nemeroff, C. J. y Aiken, L. S. (2002). The impact of internalized homophobia on HIV preventive interventions. *American Journal of Community Psychology*, 30(3), 327-348.
- Hurtado, I., Alastrue, I., García de Olalla, P., Albiach, D., Martín, M. y Pérez-Hoyos, S. (2010). Intervención preventiva en lugares de interacción social de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 78-80.

- Igartua, K. J., Gill, K. y Montoro, R. (2003). Internalized homophobia: A factor in depression, anxiety, and suicide in the gay and lesbian population. *Canadian Journal of Community Mental Health, 22*(2), 15-30.
- Jacques, C., García, P., Díez, E., Martín, S. y Caylà, J. A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria, 29*(4), 252-257.
- Janz, N. K. y Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly, 11*(1), 1-47.
- Javier, S. J., Abrams, J. A., Moore, M. P. y Belgrave, F. Z. (2008). Condom use efficacy and sexual communication skills among african american college women. *Health Promotion Practice, 19*(2), 287-294.
- Jaworski, B. C. y Carey, M. P. (2007). Development and psychometric evaluation of a self-administered questionnaire to measure knowledge of sexually transmitted diseases. *AIDS and Behavior, 11*(4), 557-574.
- Jin, F., Jansson, J., Law, M., Prestage, G. P., Zablotska, I., Imrie, J. C., . . . Wilson, D. P. (2010). Per-contact probability of HIV transmission in homosexual men in sydney in the era of HAART. *Aids, 24*(6), 907-913.
- John, S. A., Walsh, J. L. y Weinhardt, L. S. (2017). The information-motivation-behavioral skills model revisited: A network-perspective structural equation model within a public sexually transmitted infection clinic sample of hazardous alcohol users. *AIDS and Behavior, 21*(4), 1208-1218.
- Kafka, M. (2010). Hypersexual disorder: A proposed diagnosis for DSM-V. *Archives of Sexual Behavior, 39*(2), 377-400.
- Kalichman, S. C. y Cain, D. (2004). The relationship between indicators of sexual compulsivity and high risk sexual practices among men and women receiving services from a sexually transmitted infection clinic. *Journal of Sex Research, 41*(3), 235-241.
- Kalichman, S. C., Johnson, J. R., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K. y Kelly, J. A. (1994). Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment, 62*(3), 385-397.
- Kalichman, S. C. y Rompa, D. (1995). Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Validity, and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment, 65*(3), 586-601.

- Kashubeck-West, S. y Szymanski, D. M. (2008). Risky sexual behavior in gay and bisexual men. *The Counseling Psychologist*, 36(4), 595-614.
- Katz-Wise, S. L. y Hyde, J. S. (2012). Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: A meta-analysis. *Journal of Sex Research*, 49(2-3), 142-167.
- Kelley, E. L., Orchowski, L. M. y Gidycz, C. A. (2016). Sexual victimization among college women: Role of sexual assertiveness and resistance variables. *Psychology of Violence*, 6(2), 243-252.
- Kelly, G., Crowley, H. y Hamilton, C. (2009). Rights, sexuality and relationships in ireland: It'd be nice to be kind of trusted. *British Journal of Learning Disabilities*, 37(4), 308-315.
- Kendall, T. (2009a). Mujeres y VIH/sida. una introducción a la vulnerabilidad femenina ante el virus. In C. Magis, H. Barrientos y S. Bertozzi (Eds.), *VIH/sida y salud pública: Manual para personal de salud* (pp. 145-154). Cuernavaca: CENSIDA.
- Kendall, T. (2009b). La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el sida. In C. Magis y H. Barrientos (Eds.), *VIH/sida y salud pública: Manual para personal de salud* (pp. 149-160). Cuernavaca: CENSIDA.
- Kendall, T., Herrera, C., Caballero, M. y Campero, L. (2007). HIV prevention and men who have sex with women and men in México: Findings from a qualitative study with HIV-positive men. *Culture, Health & Sexuality*, 9(5), 459-472.
- Kennedy, B. R. y Jenkins, C. C. (2011). Promoting african american women and sexual assertiveness in reducing hiv/aids: An analytical review of the research literature. *Journal of Cultural Diversity*, 18(4), 142-149.
- Kerr, D. C. R., Washburn, I. J., Morris, M. K., Lewis, K. A. G. y Tiberio, S. S. (2015). Event-level associations of marijuana and heavy alcohol use with intercourse and condom use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 76(5), 733-737.
- Khan, M. R., Kaufman, J. S., Pence, B. W., Gaynes, B. N., Adimora, A. A., Weir, S. S. y Miller, W. C. (2009). Depression, sexually transmitted infection, and sexual risk behavior among young adults in the united states. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 163(7), 644-652.
- Khawcharoenporn, T., Kendrick, S. y Smith, K. (2012). HIV risk perception and preexposure prophylaxis interest among a heterosexual population visiting a sexually transmitted infection clinic. *AIDS Patient Care and STDs*, 26(4), 222-233.

- Kijak, R. (2013). The sexuality of adults with intellectual disability in Poland. *Sexuality and Disability, 31*(2), 109-123.
- Kirby, A., McKenzie-Green, B., McAra-Couper, J. y Nayar, S. (2017). Same-sex marriage: A dilemma for parish clergy. *Sexuality & Culture, 21*(3), 901-918.
- Klein, F. (1978). *The bisexual option: A concept of one hundred percent intimacy*. New York: Arbor House.
- Klein, H. (2014). Condom use self-efficacy and HIV risk practices among men who use the internet to find male partners for unprotected sex. *American Journal of Men's Health, 8*(3), 190-204.
- Klein, H., Elifson, K. W. y Sterk, C. E. (2010). Self-esteem and HIV risk practices among young adult ecstasy users. *Journal of Psychoactive Drugs, 42*(4), 447-456.
- Koblin, B. A., Husnik, M. J., Colfax, G., Huang, Y., Madison, M., Mayer, K., . . . Buchbinder, S. (2006). Risk factors for HIV infection among men who have sex with men. *Aids, 20*(5), 731-739.
- Koh, A. S., Gómez, C. A., Shade, S. y Rowley, E. (2005). Sexual risk factors among self-identified lesbians, bisexual women, and heterosexual women accessing primary care settings. *Sexually Transmitted Diseases, 32*(9), 563-569.
- Kwakwa, H. A. y Ghobrial, M. W. (2003). Female-to-female transmission of human immunodeficiency virus. *Clinical Infectious Diseases, 36*(3), 40-41.
- Kwon, Y. M., Yeun, E. J., Kim, H. Y., Youn, M. S., Cho, J. Y. y Lee, H. J. (2008). Application of the transtheoretical model to identify aspects influencing condom use among Korean college students. *Western Journal of Nursing Research, 30*(8), 991-1004.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema, 14*(2), 255-261.
- Lameiras-Fernández, M., Núñez-Mangana, A. M., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. M. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(1), 207-216.
- Langebeek, N., Gisolf, E. H., Reiss, P., Vervoort, S. C., Hafsteinsdóttir, T. B., Richter, C., . . . Nieuwkerk, P. T. (2014). Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: A meta-analysis. *BMC Medicine, 12*(1), 142.
- Lara, C. L., Cianelli, A. R., Ferrer, L. L., Bernales, S. M. y Villegas, R. N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizonte De Enfermería, 19*(2), 35-43.

- Laumann, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T. y Michaels, S. (1994). *The social organization of sexuality: Sexual practices in the united states*. Chicago: University of Chicago press.
- Leddy, A., Chakravarty, D., Dladla, S., de Bruyn, G. y Darbes, L. (2016). Sexual communication self-efficacy, hegemonic masculine norms and condom use among heterosexual couples in south africa. *AIDS Care*, 28(2), 228-233.
- Lee, Y., Salman, A. y Fitzpatrick, J. J. (2009). HIV/AIDS preventive self-efficacy, depressive symptoms, and risky sexual behavior in adolescents: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(5), 653-660.
- Lehmiller, J. J. y loerger, M. (2014). Social networking smartphone applications and sexual health outcomes among men who have sex with men. *PLoS One*, 9(1), e86603.
- Leichliter, J. S., Chandra, A., Liddon, N., Fenton, K. A. y Aral, S. O. (2007). Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the united states. *The Journal of Infectious Diseases*, 196(12), 1852-1859.
- Leigh, B. C. (2002). Alcohol and condom use: A meta-analysis of event-level studies. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(8), 476-482.
- Lenke, K. y Piehl, M. (2009). Women who have sex with women in the global HIV pandemic. *Development*, 52(1), 91-94.
- Lennon, C. A., Huedo-Medina, T. B., Gerwien, D. P. y Johnson, B. T. (2012). A role for depression in sexual risk reduction for women? A meta-analysis of HIV prevention trials with depression outcomes. *Social Science & Medicine*, 75(4), 688-698.
- Lewis, R. J., Derlega, V. J., Griffin, J. L. y Krowinski, A. C. (2003). Stressors for gay men and lesbians: Life stress, gay-related stress, stigma consciousness, and depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(6), 716-729.
- Li, H., Xue, L., Tucker, J. D., Wei, C., Durvasula, M., Hu, W., . . . Ma, W. (2017). Condom use peer norms and self-efficacy as mediators between community engagement and condom use among chinese men who have sex with men. *BMC Public Health*, 17(1), 641.
- Liao, W., Lau, J., Tsui, H., Gu, J. y Wang, Z. (2015). Relationship between sexual compulsivity and sexual risk behaviors among chinese sexually active males. *Archives of Sexual Behavior*, 44(3), 791-798.

- Liou, W. (2014). An illustrated scale measuring the Sexual-Abuse prevention knowledge of female high school students with intellectual disabilities in taiwan. *Sexuality and Disability*, 32(2), 135-151.
- Logie, C. H. y Earnshaw, V. (2015). Adapting and validating a scale to measure sexual stigma among lesbian, bisexual and queer women. *PloS One*, 10(2), e0116198.
- Logie, C. H., James, L., Tharao, W. y Loutfy, M. R. (2012). "We don't exist": A qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in toronto, canada. *Journal of the International AIDS Society*, 15(2), 17392.
- Logie, C. H., Lacombe-Duncan, A., Weaver, J., Navia, D. y Este, D. (2015). A pilot study of a group-based HIV and STI prevention intervention for lesbian, bisexual, queer, and other women who have sex with women in canada. *AIDS Patient Care and STDs*, 29(6), 321-328.
- Logie, C. H., Navia, D., Rwigema, M., Tharao, W., Este, D. y Loutfy, M. R. (2014). A group-based HIV and sexually transmitted infections prevention intervention for lesbian, bisexual, queer and other women who have sex with women in calgary and toronto, canada: Study protocol for a non-randomised cohort pilot study. *BMJ Open*, 4(4), e005190.
- Logie, C. y Rwigema, M. J. (2013). Sexual stigma and safer sex practices among lesbian, bisexual and queer women in toronto, canada. Póster presentado al *17th Annual Conference of Society for Social Work and Research, San Diego, Estados Unidos*.
- Lohr, S. (2010). *Sampling: Design and analysis* (2nd ed.). Boston, MA: Cengage Brooks/Cole.
- López, F. (2002). *Sexo y afecto en personas con discapacidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López-Dóriga, B. y Suárez, M. (2008). *Protocolo de prevención de la transmisión heterosexual del VIH con enfoque de género en atención primaria* (2nd ed.). Madrid: Instituto de la Mujer.
- López-Rosales, F. y Moral, J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes validation of a self-efficacy scale for AIDS prevention among adolescents. *Salud Pública De México*, 43(5), 421-432.
- MacDonald, T. K. y Martineau, A. M. (2002). Self-esteem, mood, and intentions to use condoms: When does low self-esteem lead to risky health behaviors? *Journal of Experimental Social Psychology*, 38(3), 299-306.
- MacGreene, D. y Navarro, R. L. (1998). Situation-specific assertiveness in the epidemiology of sexual victimization among university women: A prospective path analysis. *Psychology of Women Quarterly*, 22(4), 589-604.

- MacKellar, D., Valleroy, L., Secura, G., Behel, S., Bingham, T., Celentano, D., . . . Torian, L. (2007). Perceptions of lifetime risk and actual risk for acquiring HIV among young men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, *11*(2), 263-270.
- Marks, G., Crepaz, N. y Janssen, R. S. (2006). Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *Aids*, *20*(10), 1447-1450.
- Markus, H. y Wurf, E. (1987). The dynamic self-concept: A social psychological perspective. *Annual Review of Psychology*, *38*(1), 299-337.
- Marrazzo, J. M. (2000). Sexually transmitted infections in women who have sex with women: Who cares? *Sexually Transmitted Infections*, *76*, 330-332.
- Marrazzo, J. M., Coffey, P. y Bingham, A. (2005). Sexual practices, risk perception and knowledge of sexually transmitted disease risk among lesbian and bisexual women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, *37*(1), 6-12.
- Marrazzo, J. M., Koutsky, L. A., Stine, K. L., Kuypers, J. M., Grubert, T. A., Galloway, D. A., . . . Handsfield, H. H. (1998). Genital human papillomavirus infection in women who have sex with women. *The Journal of Infectious Diseases*, *178*(6), 1604-1609.
- Marrazzo, J. M., Thomas, K. K. y Ringwood, K. (2011). A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: Results of a randomised trial. *Sexually Transmitted Infections*, *87*(5), 399-405.
- Marshal, M. P., Friedman, M. S., Stall, R. y Thompson, A. L. (2009). Individual trajectories of substance use in lesbian, gay and bisexual youth and heterosexual youth. *Addiction*, *104*(6), 974-981.
- Martín, M. J., Martínez, J. M. y Rojas, D. (2011). Teoría del comportamiento planificado y conducta sexual de riesgo en hombres homosexuales. *Revista Panamericana De Salud Pública*, *29*(6), 433-443.
- Martin, S. L., Ray, N., Sotres-Alvarez, D., Kupper, L. L., Moracco, K. E., Dickens, P. A., . . . Gizlice, Z. (2006). Physical and sexual assault of women with disabilities. *Violence Against Women*, *12*(9), 823-837.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G. y Grijalvo, F. (2007). The rosenberg self-esteem scale: Translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 458-467.

- Martinello, E. (2015). Reviewing risks factors of individuals with intellectual disabilities as perpetrators of sexually abusive behaviors. *Sexuality and Disability*, 33(2), 269-278.
- Martins, A. F., Fuertes, R., Lucas, R., Carvalho, A. C., Meireles, P., Campos, M. J., . . . Barros, H. (2015). Homens que têm sexo com homens: Resultados do european men-who-have-sex-with-men internet survey (EMIS), 2010. Recuperado de: http://www.emis-project.eu/sites/default/files/public/publications/emis_nationalreport_portugal.pdf
- Mashegoane, S., Moalusi, K. P., Ngoepe, M. A. y Peltzer, K. (2002). Sexual sensation seeking and risky sexual behavior among south african university students. *Social Behavior and Personality*, 30(5), 475-483.
- Matarelli, S. A. (2013). Sexual sensation seeking and internet sex-seeking of middle eastern men who have sex with men. *Archives of Sexual Behavior*, 42(7), 1285-1297.
- Mausbach, B. T., Semple, S. J., Strathdee, S. A. y Patterson, T. L. (2009). Predictors of safer sex intentions and protected sex among heterosexual HIV-negative methamphetamine users: An expanded model of the theory of planned behavior. *AIDS Care*, 21(1), 17-24.
- Mayer, K., Wheeler, D., Bekker, L., Grinsztejn, B., Remien, R., Sandfort, T. G. y Beyrer, C. (2013). Overcoming biological, behavioral, and structural vulnerabilities: New directions in research to decrease HIV transmission in men who have sex with men. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 63(Suppl 2), S167.
- McBride, K. R. y Fortenberry, J. D. (2010). Heterosexual anal sexuality and anal sex behaviors: A review. *Journal of Sex Research*, 47(2-3), 123-136.
- McBride, K. R., Reece, M. y Sanders, S. A. (2008). Using the sexual compulsivity scale to predict outcomes of sexual behavior in young adults. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 15(2), 97-115.
- McCall, H., Adams, N., Mason, D. y Willis, J. (2015). What is chemsex and why does it matter? *BMJ*, 351, h5790.
- McCoul, M. D. y Haslam, N. (2001). Predicting high risk sexual behaviour in heterosexual and homosexual men: The roles of impulsivity and sensation seeking. *Personality and Individual Differences*, 31(8), 1303-1310.
- McDaniels, B. y Fleming, A. (2016). Sexuality education and intellectual disability: Time to address the challenge. *Sexuality and Disability*, 34(2), 215-225.

- McGillivray, J. A. (1999). Level of knowledge and risk of contracting HIV/AIDS amongst young adults with mild/moderate intellectual disability. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 12*(2), 113-126.
- McGuire, B. E. y Bayley, A. A. (2011). Relationships, sexuality and decision-making capacity in people with an intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(5), 398-402.
- McKusick, L., Coates, T. J., Morin, S. F., Pollack, L. y Hoff, C. (1990). Longitudinal predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in san francisco: The AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health, 80*(8), 978-983.
- Medina, S. y León, J. M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. In J. M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I. M. Herrera (Eds.), *Psicología de la salud y de la calidad de vida* (pp. 61-95). Barcelona: Editorial UOC.
- Mendoza-Pérez, J. C. y Ortiz-Hernández, L. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de ciudad juárez. *Revista De Salud Pública, 11*, 700-712.
- Menoyo, C. (2003). Prevención del VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mercer, C. H., Bailey, J. V., Johnson, A. M., Erens, B., Wellings, K., Fenton, K. A. y Copas, A. J. (2007). Women who report having sex with women: British national probability data on prevalence, sexual behaviors, and health outcomes. *American Journal of Public Health, 97*(6), 1126-1133.
- Meston, C. M. y Frohlich, P. F. (2000). The neurobiology of sexual function. *Archives of General Psychiatry, 57*(11), 1012-1030.
- Miller, R. L., Reed, S. J., McNall, M. A. y Forney, J. C. (2013). The effect of trauma on recent inconsistent condom use among young black gay and bisexual men. *Journal of HIV/AIDS & Social Services, 12*(3-4), 349-367.
- Mimiaga, M., Biello, K., Robertson, A., Oldenburg, C., Rosenberger, J., O'Cleirigh, C., . . . Safren, S. (2015). High prevalence of multiple syndemic conditions associated with sexual risk behavior and HIV infection among a large sample of spanish- and portuguese-speaking men who have sex with men in latin america. *Archives of Sexual Behavior, 44*(7), 1869-1878.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Encuesta on-line europea para hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (EMIS). resultados en españa*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS España. enero de 2013 - diciembre de 2013*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ESP_narrative_report_2014.pdf
- Ministerio del Interior. (2017). *Informe 2016 sobre la evolución de los incidentes relacionados con los delitos de odio en España*. Recuperado de: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/5791067/ESTUDIO+INCIDENTES+DELITOS+DE+ODIO+2016.pdf/c5ef4121-ae02-4368-ac1b-ce5cc7e731c2>
- Missildine, W., Feldstein, G., Punzalan, J. C. y Parsons, J. T. (2005). S/he loves me, S/he loves me not: Questioning heterosexist assumptions of gender differences for romantic and sexually motivated behaviors. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 12(1), 65-74.
- Mitra, M., Mouradian, V. E. y Diamond, M. (2011). Sexual violence victimization against men with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(5), 494-497.
- Mitra, M., Mouradian, V. E., Fox, M. H. y Pratt, C. (2016). Prevalence and characteristics of sexual violence against men with disabilities. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(3), 311-317.
- Montano, D. E. y Kasprzyk, D. (2015). Theory of reasoned action, theory of planned behavior, and the integrated behavioral model. In K. Glanz, B. K. Rimer y K. Viswanath (Eds.), *Health behavior: Theory, research and practice* (5th ed., pp. 95-124). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Monteiro, S., Cecchetto, F., Vargas, E. y Mora, C. (2010). Sexual diversity and vulnerability to AIDS: The role of sexual identity and gender in the perception of risk by young people (rio de janeiro, brazil). *Sexuality Research and Social Policy*, 7(4), 270-282.
- Morales, E., Gauthier, V., Edwards, G. y Courtois, F. (2016). Women with disabilities' perceptions of sexuality, sexual abuse and masturbation. *Sexuality and Disability*, 34(3), 303-314.
- Morell, V. J., Gil, M. D., Ballester, R. y Díaz, I. M. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/sida en HSH. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 409-414.
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D. y Castro-Calvo, J. (2016). Construction and validation of a self-efficacy scale for latex barrier use. *Spanish Journal of Psychology*, 18(e13), 1-8.
- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D., Ballester-Arnal, R. y Salmerón-Sánchez, P. (2017). Spanish adaptation and validation of the short internalized homonegativity scale (SIHS). *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(4), 298-305.

- Morell-Mengual, V., Gil-Llario, M. D., Díaz-Rodríguez, I., Castro-Calvo, J. y Ceccato, R. (2016). Sexualidad y abuso sexual en hombres y mujeres con discapacidad intelectual. In J. L. Castejón (Ed.), *Psicología y educación: Presente y futuro* (pp. 2873-2879). Alicante: Asociación Científica de Psicología y Educación.
- Moreno, E. y Gil, J. (2003). El modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109.
- Moreno, S., Antela, A., García, F., del Amo, J., Boix, V., Coll, P., . . . Román, A. R. (2017). Executive summary: Pre-exposure prophylaxis for prevention of HIV infection in adults in Spain: July 2016. *Enfermedades Infecciosas Y Microbiología Clínica*, 35(6), 377-383.
- Moreno-Ribera, N., Fuertes-de Vega, I., Blanco-Arévalo, J. L., Bosch-Mestres, J., González-Cordón, A., Estrach-Panella, T., . . . Alsina-Gibert, M. (2016). Infecciones de transmisión sexual: Experiencia de una consulta multidisciplinar en un hospital terciario (2010-2013). *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(3), 235-241.
- Morokoff, P. J., Quina, K., Harlow, L. L., Whitmire, L., Grimley, D. M., Gibson, P. R. y Burkholder, G. J. (1997). Sexual assertiveness scale (SAS) for women: Development and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(4), 790-804.
- Morokoff, P. J., Redding, C. A., Harlow, L. L., Cho, S., Rossi, J. S., Meier, K. S., . . . Brown-Peterside, P. (2009). Associations of sexual victimization, depression, and sexual assertiveness with unprotected sex: A test of the multifaceted model of HIV risk across gender. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 14(1), 30-54.
- Morrison, M. A. y Morrison, T. G. (2003). Development and validation of a scale measuring modern prejudice toward gay men and lesbian women. *Journal of Homosexuality*, 43(2), 15-37.
- Moskowitz, D. A., Rieger, G. y Roloff, M. E. (2010). Heterosexual attitudes toward same-sex marriage. *Journal of Homosexuality*, 57(2), 325-336.
- Mruk, C. J. (2013). *Self-esteem and positive psychology: Research, theory, and practice* (4th ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Muise, A., Milhausen, R. R., Cole, S. L. y Graham, C. (2013). Sexual compulsivity in heterosexual married adults: The role of sexual excitation and sexual inhibition in individuals not considered "high-risk". *Sexual Addiction & Compulsivity*, 20(3), 192-209.

- Munro, S., Lewin, S., Swart, T. y Volmink, J. (2007). A review of health behaviour theories: How useful are these for developing interventions to promote long-term medication adherence for TB and HIV/AIDS? *BMC Public Health*, 7(1), 104.
- Murphy, N. y Young, P. C. (2005). Sexuality in children and adolescents with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47(9), 640-644.
- Mustanski, B., Garofalo, R., Monahan, C., Gratzner, B. y Andrews, R. (2013). Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of an online HIV prevention program for diverse young men who have sex with men: The keep it up! intervention. *AIDS and Behavior*, 17(9), 2999-3012.
- Muzny, C. A., Kapil, R., Austin, E. L., Hook, E. W. y Geisler, W. M. (2014). Lower sexually transmissible infection prevalence among lifetime exclusive women who have sex with women compared with women who have sex with women and men. *Sexual Health*, 11(6), 592-593.
- Muzny, C. A., Sunesara, I. R., Martin, D. H. y Mena, L. A. (2011). Sexually transmitted infections and risk behaviors among african american women who have sex with women: Does sex with men make a difference? *Sexually Transmitted Diseases*, 38(12), 1118-1125.
- Navarro, B., Ros, L., Latorre, J. M., Escribano, J. C., López, V. y Romero, M. (2010). Hábitos, preferencias y satisfacción sexual en estudiantes universitarios. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3(3), 150-157.
- Navarro, Y., Torrico, M. E. y López, M. J. (2010). Programa de intervención psicosexual en personas con discapacidad intelectual. *Educacion Y Diversidad*, 4(2), 75-92.
- Nduna, M., Jewkes, R. K., Dunkle, K. L., Shai, N. P. J. y Colman, I. (2010). Associations between depressive symptoms, sexual behaviour and relationship characteristics: A prospective cohort study of young women and men in the eastern cape, south africa. *Journal of the International AIDS Society*, 13(1), 44.
- Neilson, E. C., Eakins, D. R., Davis, K. C., Norris, J. y George, W. H. (2017). Depressive symptoms, acute alcohol intoxication, and risk rationale effects on men's condom use resistance. *The Journal of Sex Research*, 54(6), 764-775.
- Nelson, K. M., Thiede, H., Hawes, S. E., Golden, M. R., Hutcheson, R., Carey, J. W., . . . Jenkins, R. A. (2010). Why the wait? delayed HIV diagnosis among men who have sex with men. *Journal of Urban Health*, 87(4), 642-655.

- Nesoff, E. D., Dunkle, K. y Lang, D. (2016). The impact of condom use negotiation self-efficacy and partnership patterns on consistent condom use among college-educated women. *Health Education & Behavior, 43*(1), 61-67.
- Newcomb, M. E. y Mustanski, B. (2011). Moderators of the relationship between internalized homophobia and risky sexual behavior in men who have sex with men: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior, 40*(1), 189-199.
- Noar, S. M. (2007). An interventionist's guide to AIDS behavioral theories. *AIDS Care, 19*(3), 392-402.
- Noar, S. M. (2011). Computer technology-based interventions in HIV prevention: State of the evidence and future directions for research. *AIDS Care, 23*(5), 525-533.
- Noar, S. M., Black, H. G. y Pierce, L. B. (2009). Efficacy of computer technology-based HIV prevention interventions: A meta-analysis. *Aids, 23*(1), 107-115.
- Noar, S. M., Carlyle, K. y Cole, C. (2006). Why communication is crucial: Meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communication, 11*(4), 365-390.
- Noar, S. M., Morokoff, P. J. y Redding, C. A. (2002). Sexual assertiveness in heterosexually active men: A test of three samples. *AIDS Education and Prevention, 14*(4), 330-342.
- Noar, S. y Morokoff, P. (2002). The relationship between masculinity ideology, condom attitudes, and condom use stage of change: A structural equation modeling approach. *International Journal of Men's Health, 1*(1), 43-58.
- Nodin, N., Valera, P., Ventuneac, A., Maynard, E. y Carballo-Diéguez, A. (2011). The internet profiles of men who have sex with men within bareback websites. *Culture, Health & Sexuality, 13*(9), 1015-1029.
- Norris, J., Stoner, S. A., Hessler, D. M., Zawacki, T., Davis, K. C., George, W. H., . . . Abdallah, D. A. (2009). Influences of sexual sensation seeking, alcohol consumption, and sexual arousal on women's behavioral intentions related to having unprotected sex. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*(1), 14-22.
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2017). *Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

- Ochoa, J. B. y Pas, S. T. (2006). Implementar estrategias diferenciadas tanto para hombres como para mujeres. un eficaz camino para la prevención del VIH/sida en centroamérica. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 3(4), 145-160.
- Olavarrieta, S., Darín, L., Suárez, P., Tur, N., Besteiro, B. y Gómez-Jarabo, G. (2013). Actitudes hacia la sexualidad, esterilización, maternidad/paternidad y habilidades de crianza de personas con discapacidad intelectual: Un estudio preliminar. *Siglo Cero*, 44(4), 55-69.
- Orcasita, L. T., Palma, D. M. y Munévar, J. (2014). Percepción de riesgo frente al VIH: Estudios en mujeres homosexuales. *Revista De Psicología Universidad De Antioquia*, 5(2), 63-79.
- Ortiz-Hernández, L. y Granados-Cosme, J. A. (2006). Violence against bisexuals, gays and lesbians in mexico city. *Journal of Homosexuality*, 50(4), 113-140.
- Orza, L. (2011). *Community innovation: Achieving sexual and reproductive health and rights for women and girls through the HIV response*. Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/A.
- O'Sullivan, L. F., Harrison, A., Morrell, R., Monroe-Wise, A. y Kubeka, M. (2006). Gender dynamics in the primary sexual relationships of young rural south african women and men. *Culture, Health & Sexuality*, 8(2), 99-113.
- Oxley, G. M. (2001). HIV/AIDS knowledge and self-esteem among adolescents. *Clinical Nursing Research*, 10(2), 214-224.
- Pan, S. (2007). Prevalence of sexual abuse of people with intellectual disabilities in taiwan. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(6), 373-379.
- Parchomiuk, M. (2012). Specialists and sexuality of individuals with disability. *Sexuality and Disability*, 30(4), 407-419.
- Parsons, J. T. y Bimbi, D. S. (2007). Intentional unprotected anal intercourse among sex who have sex with men: Barebacking-from behavior to identity. *AIDS and Behavior*, 11(2), 277-287.
- Parsons, J. T., Bimbi, D. S., Koken, J. A. y Halkitis, P. N. (2005). Factors related to childhood sexual abuse among gay/bisexual male internet escorts. *Journal of Child Sexual Abuse*, 14(2), 1-23.
- Parsons, J. T., Grov, C. y Golub, S. A. (2012). Sexual compulsivity, co-occurring psychosocial health problems, and HIV risk among gay and bisexual men: Further evidence of a syndemic. *American Journal of Public Health*, 102(1), 156-162.

- Pathela, P., Hajat, A., Schillinger, J., Blank, S., Sell, R. y Mostashari, F. (2006). Discordance between sexual behavior and self-reported sexual identity: A population-based survey of new york city men. *Annals of Internal Medicine*, 145(6), 416-425.
- Pecheny, M., Binstock, G., Manzelli, H., Hiller, R. y Bruno, M. (2012). *Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en argentina*. Buenos Aires: Instituto Gino Germani y Centro de Estudios de Población.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2002). Prevención del VIH/sida en hombres que tienen sexo con hombres. In C. F. Cáceres, M. Pecheny y V. Terto (Eds.), *Sida y sexo entre hombres en america latina: Vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la accion-perspectivas y reflexiones desde la salud publica, las ciencias sociales y el activismo* (pp. 103-138). Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Peragallo, N., Gonzalez-Guarda, R., McCabe, B. y Cianelli, R. (2012). The efficacy of an HIV risk reduction intervention for hispanic women. *AIDS and Behavior*, 16(5), 1316-1326.
- Pérez-Jiménez, D., Santiago-Rivas, M. y Serrano-García, I. (2009). Comportamiento sexual y auto-eficacia para la negociación de sexo más seguro en personas heterosexuales. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 414-242.
- Peterson, T. L. y Gerrity, D. A. (2006). Internalized homophobia, lesbian identity development, and self-esteem in undergraduate women. *Journal of Homosexuality*, 50(4), 49-75.
- Pettigrew, T. F. y Meertens, R. W. (1995). Subtle and blatant prejudice in western europe. *European Journal of Social Psychology*, 25(1), 57-75.
- Phillips, G., Magnus, M., Kuo, I., Rawls, A., Peterson, J., Jia, Y., . . . Greenberg, A. (2014). Use of geosocial networking (GSN) mobile phone applications to find men for sex by men who have sex with men (MSM) in washington, DC. *AIDS and Behavior*, 18(9), 1630-1637.
- Pichardo, J. I. P. (2007). *Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de coslada (madrid) y san bartolomé de tirajana (gran canaria)*. FELGT. Recuperado de: <http://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/83866/00820090000006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Plan Nacional sobre el Sida y Centro Nacional de Epidemiología. (2011). Diagnóstico tardío de la infección por VIH: situación de España. Recuperado de: <https://www.msccbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/DiagnosticoTardio2011.pdf>

- Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología. (2008). *Situación de la infección por VIH en mujeres*. Recuperado de: <https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/SituacionEpidemiologicaMujeres2008.pdf>
- Plan Nacional sobre Sida y Centro Nacional de Epidemiología. (2017). *Vigilancia epidemiológica del VIH y sida en España 2016: Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida*. Recuperado de: https://www.msrebs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf
- Planes, M., Prat, F. X., Gómez, A. B., Gras, M. E. y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28(1), 161-170.
- Plummer, S. y Findley, P. A. (2012). Women with disabilities' experience with physical and sexual abuse: Review of the literature and implications for the field. *Trauma, Violence y Abuse*, 13(1), 15-29.
- Polusny, M. A. y Follette, V. M. (1995). Long-term correlates of child sexual abuse: Theory and review of the empirical literature. *Applied and Preventive Psychology*, 4(3), 143-166.
- Poteat, V. P. y Espelage, D. L. (2005). Exploring the relation between bullying and homophobic verbal content: The homophobic content agent target (HCAT) scale. *Violence and Victims*, 20(5), 513-528.
- Power, J., McNair, R. y Carr, S. (2009). Absent sexual scripts: Lesbian and bisexual women's knowledge, attitudes and action regarding safer sex and sexual health information. *Culture, Health & Sexuality*, 11(1), 67-81.
- Prat, F., Planes, M., Gras, M. y Sullman, M. (2016). Perceived pros and cons of condom use as predictors of its consistent use with a heterosexual romantic partner among young adults. *Current Psychology*, 35(1), 13-21.
- Prestage, G., Van De Ven, P., Grulich, A., Kippax, S., McInnes, D. y Hendry, O. (2001). Gay men's casual sex encounters: Discussing HIV and using condoms. *AIDS Care*, 13(3), 277-284.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. y Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A., Harlow, L. L., Rossi, J. S. y Velicer, W. F. (1994). The transtheoretical model of change and HIV prevention: A review. *Health Education Quarterly*, 21(4), 471-486.

- Protogerou, C., Flisher, A. J., Wild, L. G. y Aarø, L. E. (2013). Predictors of condom use in south african university students: A prospective application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(S1), E36.
- Purcell, D. W., Moss, S., Remien, R. H., Woods, W. J. y Parsons, J. T. (2005). Illicit substance use, sexual risk, and HIV-positive gay and bisexual men: Differences by serostatus of casual partners. *Aids, 19*(suppl 1), 37-47.
- Pyun, T., Santos, G., Arreola, S., Do, T., Hebert, P., Beck, J., . . . Ayala, G. (2014). Internalized homophobia and reduced HIV testing among men who have sex with men in china. *Asia Pacific Journal of Public Health, 26*(2), 118-125.
- Quadland, M. C. (1985). Compulsive sexual behavior: Definition of a problem and an approach to treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy, 11*(2), 121-132.
- Quiles, M. N., Betancor, V., Rodríguez, R., Rodríguez, A. y Coello, E. (2003). La medida de la homofobia manifiesta y sutil. *Psicothema, 15*(2), 197-204.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385-401.
- Ratti, R., Bakeman, R. y Peterson, J. L. (2000). Correlates of high-risk sexual behaviour among canadian men of south asian and european origin who have sex with men. *AIDS Care, 12*(2), 193-202.
- Redmond, B. F. (2010). *Self-efficacy theory: Do I think that I can succeed in my work? work attitudes and motivation*. The Pennsylvania State University, World Campus.
- Reece, M., Herbenick, D., Dodge, B., Sanders, S. A., Ghassemi, A. y Fortenberry, J. D. (2010). Vibrator use among heterosexual men varies by partnership status: Results from a nationally representative study in the united states. *Journal of Sex & Marital Therapy, 36*(5), 389-407.
- Rehm, J., Shield, K. D., Joharchi, N. y Shuper, P. A. (2012). Alcohol consumption and the intention to engage in unprotected sex: Systematic review and meta-analysis of experimental studies. *Addiction, 107*(1), 51-59.
- Reiter, S., Bryen, D. N. y Shachar, I. (2007). Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *Journal of Intellectual Disabilities, 11*(4), 371-387.
- Rhodes, S. D., Alonzo, J., Mann, L., Song, E. Y., Tanner, A. E., Arellano, J. E., . . . Reboussin, B. A. (2017). Small-group randomized controlled trial to increase condom use and HIV testing

- among hispanic/latino gay, bisexual, and other men who have sex with men. *American Journal of Public Health*, 107(6), 969-976.
- Rice, E., Holloway, I., Winetrobe, H., Rhoades, H., Barman-Adhikari, A., Gibbs, J., . . . Dunlap, S. (2012). Sex risk among young men who have sex with men who use grindr, a smartphone geosocial networking application. *Journal of AIDS and Clinical Research*, (Suppl. 4), 1-8.
- Richardson, D. (2000). The social construction of immunity: HIV risk perception and prevention among lesbians and bisexual women. *Culture, Health & Sexuality*, 2(1), 33-49.
- Richters, J., Prestage, G., Schneider, K. y Clayton, S. (2010). Do women use dental dams? safer sex practices of lesbians and other women who have sex with women. *Sexual Health*, 7(2), 165-169.
- Rieger, G., Linsenmeier, J. A., Gygax, L., Garcia, S. y Bailey, J. M. (2010). Dissecting "gaydar": Accuracy and the role of masculinity-femininity. *Archives of Sexual Behavior*, 39(1), 124-140.
- Ripley, V. (2011). Promoting sexual health in women who have sex with women. *Nursing Standard*, 25(51), 41-46.
- Roberti, J. W. (2004). A review of behavioral and biological correlates of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 38(3), 256-279.
- Roberts, S. J., Sorensen, L., Patsdaughter, C. A. y Grindel, C. (2000). Sexual behaviors and sexually transmitted diseases of lesbians. *Journal of Lesbian Studies*, 4(3), 49-70.
- Robles, S., Piña, J. A. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22(2), 200-204.
- Rodríguez, J. M., López, F., Morentin, R. y Arias, B. (2006). Afectividad y sexualidad en personas con discapacidad intelectual: una propuesta de trabajo. *Siglo Cero*, 37(1), 23-40.
- Romero, D. H., Morera, O. F. y Wiebe, J. S. (2015). Assessing the gender invariance of the modern homonegativity scale. *Journal of Homosexuality*, 62(11), 1539-1559.
- Rongkavilit, C., Naar-King, S., Kaljee, L. M., Panthong, A., Koken, J. A., Bunupuradah, T. y Parsons, J. T. (2010). Applying the information-motivation-behavioral skills model in medication adherence among thai youth living with HIV: A qualitative study. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(12), 787-794.
- Rosario, M., Hunter, J., Maguen, S., Gwadz, M. y Smith, R. (2001). The coming-out process and its adaptational and health-related associations among gay, lesbian, and bisexual youths:

- Stipulation and exploration of a model. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 133-160.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Rosenberger, J. G., Schick, V., Schnarrs, P., Novak, D. S. y Reece, M. (2014). Sexual behaviors, sexual health practices, and community engagement among gay and bisexually identified men living in rural areas of the united states. *Journal of Homosexuality*, 61(8), 1192-1207.
- Rosenberger, J. G., Schick, V., Herbenick, D., Novak, D. y Reece, M. (2012). Sex toy use by gay and bisexual men in the united states. *Archives of Sexual Behavior*, 41(2), 449-458.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Ross, M. W., Rosser, B. y Neumaier, E. R. (2008). The relationship of internalized homonegativity to unsafe sexual behavior in HIV-seropositive men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 20(6), 547-557.
- Ross, M. W., Berg, R. C., Schmidt, A. J., Hospers, H. J., Breveglieri, M., Furegato, M. y Weatherburn, P. (2013). Internalised homonegativity predicts HIV-associated risk behavior in european men who have sex with men in a 38-country cross-sectional study: Some public health implications of homophobia. *BMJ Open*, 3(2), e001928.
- Rovira, D. P., Landa, S. U., Pacheco, M. P. y Canelón, M. L. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47(2), 141-149.
- Rowen, T. S., Breyer, B. N., Lin, T., Li, C., Robertson, P. A. y Shindel, A. W. (2013). Use of barrier protection for sexual activity among women who have sex with women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 42-45.
- Rowell, A. C., Clare, I. C. y Murphy, G. H. (2013). The psychological impact of abuse on men and women with severe intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26(4), 257-270.
- Rueda, J. R., Manzano, I., Páez, D., Pérez de Arriba, J., Zuazagoitia, J. y Zulueta, G. (2008). *La promoción de la salud. algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida*. Victoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M. D. y Giménez-García, C. (2017). El papel de la autoestima en la prevención del VIH de jóvenes españoles. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 15-22.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Gil-Juliá, B. y Gil-Llario, M. D. (2018). Clinical profile associated with HIV risk in spanish youth. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 387-394.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., Salmerón- Sánchez, P. y Gil-Llario, M. D. (2016). La percepción social del sida: un estudio comparativo entre España y Argentina. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 181-188.
- Rushbrooke, E., Murray, C. y Townsend, S. (2014). The experiences of intimate relationships by people with intellectual disabilities: A qualitative study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 27(6), 531-541.
- Russell, S. T., Caitlin, R., Toomey, R. B., Diaz, R. M. y Jorge, S. (2011). Lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescent school victimization: Implications for young adult health and adjustment. *Journal of School Health*, 81(5), 223-230.
- Saban, A. y Flisher, A. J. (2010). The association between psychopathology and substance use in young people: A review of the literature. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(1), 37-47.
- Sáez, J. y Carrascosa, S. (2011). *Por el culo: Políticas anales*. Madrid: Egales.
- Safren, S., Reisner, S., Herrick, A., Mimiaga, M. y Stall, R. (2010). Mental health and HIV risk in men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 55(Suppl 2), 74-77.
- Sáinz, M. (2008). *Guía de actuación en VIH/sida para agentes de salud*. Madrid: FUNDADEPS.
- Salazar, L. F., Crosby, R. A., DiClemente, R. J., Wingood, G. M., Lescano, C. M., Brown, L. K., . . . Davies, S. (2005). Self-esteem and theoretical mediators of safer sex among african american female adolescents: Implications for sexual risk reduction interventions. *Health Education & Behavior*, 32(3), 413-427.
- Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, I., Téllez-Rojo, M. M., Franco-Núñez, A., Gutiérrez-Robledo, L. M. y Sosa-Ortiz, A. L. (2013). Validación de un punto de corte para la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos, versión abreviada (CESD-7). *Salud Pública De México*, 55(3), 267-274.

- Sancho, R. (2012). *Salud sexual, VIH y otras ITS en mujeres lesbianas, bisexuales y otras mujeres que tienen sexo con mujeres*. Recuperdo de: <http://www.felgtb.org/rs/1057/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/90c/filename/2012-felgtb-salud-sexual-vih-y-otras-its-en-msm.pdf>
- Santor, D. A. y Coyne, J. C. (1997). Shortening the CES-D to improve its ability to detect cases of depression. *Psychological Assessment*, 9(3), 233-243.
- Santos-Iglesias, P. y Iglesias, J. C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: Una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 553-577.
- Schaafsma, D., Kok, G., Stoffelen, J. M. T. y Curfs, L. M. G. (2017). People with intellectual disabilities talk about sexuality: Implications for the development of sex education. *Sexuality and Disability*, 35(1), 21-38.
- Schick, V. R., Calabrese, S. K., Rima, B. N. y Zucker, A. N. (2010). Genital appearance dissatisfaction: Implications for women's genital image self-consciousness, sexual esteem, sexual satisfaction, and sexual risk. *Psychology of Women Quarterly*, 34(3), 394-404.
- Schick, V. R., Rosenberger, J. G., Herbenick, D., Calabrese, S. K. y Reece, M. (2012). Bidentity: Sexual behavior/identity congruence and women's sexual, physical and mental well-being. *Journal of Bisexuality*, 12(2), 178-197.
- Schmitt, D. P. y Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.
- Schnarrs, P. W., Rosenberger, J. G., Satinsky, S., Brinegar, E., Stowers, J., Dodge, B. y Reece, M. (2010). Sexual compulsivity, the internet, and sexual behaviors among men in a rural area of the united states. *AIDS Patient Care and STDs*, 24(9), 563-569.
- Schultz, K., Hook, J. N., Davis, D. E., Penberthy, J. K. y Reid, R. C. (2014). Nonparaphilic hypersexual behavior and depressive symptoms: A meta-analytic review of the literature. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 40(6), 477-487.
- Servais, L. (2006). Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12(1), 48-56.
- Seth, P., Wingood, G. M., DiClemente, R. J. y Robinson, L. S. (2011). Alcohol use as a marker for risky sexual behaviors and biologically confirmed sexually transmitted infections among young adult african-american women. *Women's Health Issues*, 21(2), 130-135.

- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Shively, M., Smith, T., Bormann, J. y Gifford, A. (2002). Evaluating self-efficacy for HIV disease management skills. *AIDS and Behavior*, 6(4), 371-379.
- Shrestha, R., Altice, F. L., Huedo-Medina, T. B., Karki, P. y Copenhaver, M. (2017). Willingness to use pre-exposure prophylaxis (PrEP): An empirical test of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model among high-risk drug users in treatment. *AIDS and Behavior*, 21(5), 1299-1308.
- Shrier, L. A., Schillinger, J. A., Aneja, P., Rice, P. A., Batteiger, B. E., Braslins, P. G., . . . Fortenberry, J. D. (2009). Depressive symptoms and sexual risk behavior in young, chlamydia-infected, heterosexual dyads. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 63-69.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W., Lekas, H. y Parsons, J. T. (2008). Sexual behaviors of non-gay identified non-disclosing men who have sex with men and women. *Archives of Sexual Behavior*, 37(5), 720-735.
- Sierra, J. C., Santos-Iglesias, P. y Vallejo-Medina, P. (2012). Evaluación de la equivalencia factorial y métrica de la sexual assertiveness scale (SAS) por sexo. *Psicothema*, 24(2), 316-322.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P. y Santos-Iglesias, P. (2011). Propiedades psicométricas de la versión española de la sexual assertiveness scale (SAS). *Anales de Psicología*, 27(1), 17-26.
- Silberman, P., Buedo, P. E. y Burgos, L. M. (2016). Barreras en la atención de la salud sexual en argentina: Percepción de las mujeres que tienen sexo con mujeres. *Revista de Salud Pública*, 18, 1-12.
- Smith, A. M. A., Ferris, J. A., Simpson, J. M., Shelley, J., Pitts, M. K. y Richters, J. (2010). Cannabis use and sexual health. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(2), 787-793.
- Smolenski, D. J., Ross, M. W., Risser, J. M. H. y Rosser, B. R. S. (2009). Sexual compulsivity and high-risk sex among latino men: The role of internalized homonegativity and gay organizations. *AIDS Care*, 21(1), 42-49.
- Smolenski, D. J., Stigler, M. H., Ross, M. W. y Rosser, B. S. (2011). Direct and indirect associations between internalized homonegativity and high-risk sex. *Archives of Sexual Behavior*, 40(4), 785-792.

- Stajkovic, A. D. y Luthans, F. (1998). Social cognitive theory and self-efficacy: Goin beyond traditional motivational and behavioral approaches. *Organizational Dynamics*, 26(4), 62-74.
- Steele, C. M. y Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia. its prized and dangerous effects. *The American Psychologist*, 45(8), 921-933.
- Sterk, C. E., Klein, H. y Elifson, K. W. (2005). Self-esteem and "At risk" women: Determinants and relevance to sexual and HIV-related risk behaviors. *Women & Health*, 40(4), 75-92.
- Stevens, R. (1996). *Understanding the self*. Londres: Sage.
- Stoel, R. D., De Geus, E. J. y Boomsma, D. I. (2006). Genetic analysis of sensation seeking with an extended twin design. *Behavior Genetics*, 36(2), 229-237.
- Štulhofer, A., Graham, C., Božičević, I., Kufrin, K. y Ajduković, D. (2007). Hiv/aids-related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in croatia. *International Family Planning Perspectives*, 33(2), 58-65.
- Stupiansky, N. W., Reece, M., Middlestadt, S. E., Finn, P. y Sherwood-Laughlin, C. (2009). The role of sexual compulsivity in casual sexual partnerships among college women. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 16(3), 241-252.
- Sun, X., Liu, X., Shi, Y., Wang, Y., Wang, P. y Chang, C. (2013). Determinants of risky sexual behavior and condom use among college students in china. *AIDS Care*, 25(6), 775-783.
- Swango-Wilson, A. (2009). Perception of sex education for individuals with developmental and cognitive disability: A four cohort study. *Sexuality and Disability*, 27(4), 223-228.
- Teng, Y. y Mak, W. W. (2011). The role of planning and self-efficacy in condom use among men who have sex with men: An application of the health action process approach model. *Health Psychology*, 30(1), 119-128.
- Teva, I., Bermúdez, M. P. y Ramiro, M. T. (2014). Satisfacción sexual y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes: Evaluación y análisis de su relación con el uso del preservativo. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 46(1), 127-136.
- Thompson, N. J., Potter, J. S., Sanderson, C. A. y Maibach, E. W. (1997). The relationship of sexual abuse and HIV risk behaviors among heterosexual adult female STD patients. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 149-156.

- Tobin, K. E., Yang, C., King, K., Latkin, C. A. y Curriero, F. C. (2016). Associations between drug and alcohol use patterns and sexual risk in a sample of african american men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 20(3), 590-599.
- Toboso, M., Ferrerira, M. A., Díaz, E., Fernández-Cid, M., Villa, N. y Gómez, C. (2012). Sobre la educación inclusiva en España: políticas y prácticas. *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*, 6(1), 279-296.
- Toro-Alfonso, J., Varas-Díaz, N. y Andújar-Bello, I. (2002). Evaluation of an HIV/AIDS prevention intervention targeting latino gay men and men who have sex with men in puerto rico. *AIDS Education and Prevention*, 14(6), 445-456.
- Træen, B., Hald, G. M., Noor, S. W., Iantaffi, A., Grey, J. y Rosser, B. R. S. (2014). The relationship between use of sexually explicit media and sexual risk behavior in men who have sex with men: Exploring the mediating effects of sexual self-esteem and condom use self-efficacy. *International Journal of Sexual Health*, 26(1), 13-24.
- Triviño, Z. y Sanhueza, O. (2005). Paradigmas de investigación en enfermería. *Ciencia y Enfermería*, 11(1), 17-24.
- Tucker, A., Liht, J., de Swardt, G., Jobson, G., Rebe, K., McIntyre, J. y Struthers, H. (2014). Homophobic stigma, depression, self-efficacy and unprotected anal intercourse for peri-urban township men who have sex with men in cape town, south africa: A cross-sectional association model. *AIDS Care*, 26(7), 882-889.
- Tyson, M., Covey, J. y Rosenthal, H. E. S. (2014). Theory of planned behavior interventions for reducing heterosexual risk behaviors: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(12), 1454-1467.
- Ugoji, F. N. (2014). Determinants of risky sexual behaviours among secondary school students in delta state nigeria. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(3), 408-418.
- UNAIDS. (2006). *HIV and sex between men*. Recuperado de: http://data.unaids.org/pub/briefingnote/2006/20060801_policy_brief_msm_en.pdf
- UNAIDS. (2009). *Disability and HIV policy brief*. Recuperado de: http://data.unaids.org/pub/manual/2009/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf
- UNAIDS. (2014). *The gap reports*. Recuperado de: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

- UNAIDS. (2015). *Oral pre-exposure prophylaxis*. Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2017). *UNAIDS data 2017*. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- Van der Bijl, J J y Shortridge-Baggett, L. M. (2002). The theory and measurement of the self-efficacy construct; In E. R. Lenz y L. M. Shortridge-Baggett (Eds.), *Self-efficacy in nursing: Research and measurement perspectives* (pp. 9-30). New York, NY: Springer Publishing Company.
- van Schroyensteyn, H., Rook, F. y Maaskant, M. A. (2011). The use of contraception by women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(4), 434-440.
- Vansintjan, J., op de Beke, E. y Devroey, D. (2016). The state of sexual health of belgian WSW anno 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(5), 99-100.
- VanZile-Tamsen, C., Testa, M., Harlow, L. L. y Livingston, J. A. (2006). A measurement model of women's behavioral risk taking. *Health Psychology*, 25(2), 249-254.
- Verdugo, M. A., Alcedo, M. Á, Bermejo, B. y Aguado, A. L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, 14(Suppl 1), 124-129.
- Villegas, N., Cianelli, R., Gonzalez-Guarda, R., Kaelber, L., Ferrer, L. y Peragallo, N. (2013). Predictors of self-efficacy for HIV prevention among hispanic women in south florida. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 24(1), 27-37.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A. M., Soto, A. M., Gil, M. D. y Ballester, R. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por vih/sida en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 25(1), 39-50.
- 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(2), 124-134.
- Vosburgh, H. W., Mansergh, G., Sullivan, P. S. y Purcell, D. W. (2012). A review of the literature on event-level substance use and sexual risk behavior among men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 16(6), 1394-1410.
- Walsh, J. L., Fielder, R. L., Carey, K. B. y Carey, M. P. (2014). Do alcohol and marijuana use decrease the probability of condom use for college women? *Journal of Sex Research*, 51(2), 145-158.

- Ward, P. B., Catts, S. V., Norman, T. R., Burrows, G. D. y McConaghy, N. (1987). Low platelet monoamine oxidase and sensation seeking in males: An established relationship? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75(1), 86-90.
- Watkins, D. y Dhawan, N. (1989). Do we need to distinguish the constructs of self-concept and self-esteem? *Journal of Social Behavior and Personality*, 4(5), 555-562.
- Wechsberg, W. M. y Luseno, W. K. (2010). The need for culturally appropriate, gender-specific global HIV prevention efforts with vulnerable women. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 38(2), 85-88.
- Weeks, K., Levy, S. R., Zhu, C., Perhats, C., Handler, A. y Flay, B. R. (1995). Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents' self-efficacy skills. *Health Education Research*, 10(3), 329-344.
- Weinstein, N. D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3(5), 431-457.
- Welch, R. J. y Johnson, S. J. (1992). Mosquitoes, doorknobs, and sneezing, relationships between homophobia and AIDS mythology among college students. *Health Communication*, 4(4), 273-289.
- Wells, J., Clark, K. D. y Sarno, K. (2012). A computer-based interactive multimedia program to reduce HIV transmission for women with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 56(4), 371-381.
- Wells, J., Clark, K. y Sarno, K. (2014). An interactive multimedia program to prevent HIV transmission in men with intellectual disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 119(3), 276-286.
- White, R. C. (2004). Health belief model, condom use and jamaican adolescents. *Social and Economic Studies*, 53(2), 155-186.
- Widman, L., Golin, C. E. y Noar, S. M. (2013). When do condom use intentions lead to actions? examining the role of sexual communication on safer sexual behavior among people living with HIV. *Journal of Health Psychology*, 18(4), 507-517.
- Widman, L., Noar, S. M., Choukas-Bradley, S. y Francis, D. B. (2014). Adolescent sexual health communication and condom use: A meta-analysis. *Health Psychology*, 33(10), 1113-1124.
- William, E. S. y Papini, D. R. (1989). The sexuality scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation. *The Journal of Sex Research*, 26(2), 256-263.

- Williamson, I. R. (2000). Internalized homophobia and health issues affecting lesbians and gay men. *Health Education Research*, 15(1), 97-107.
- Williamson, L. M., Dodds, J. P., Mercey, D. E., Hart, G. J. y Johnson, A. M. (2008). Sexual risk behaviour and knowledge of HIV status among community samples of gay men in the UK. *Aids*, 22(9), 1063-1070.
- Winetrobe, H., Rice, E., Bauermeister, J., Petering, R. y Holloway, I. W. (2014). Associations of unprotected anal intercourse with grindr-met partners among grindr-using young men who have sex with men in los angeles. *AIDS Care*, 26(10), 1303-1308.
- Wingood, G. M., Card, J. J., Er, D., Solomon, J., Braxton, N., Lang, D., . . . DiClemente, R. J. (2011). Preliminary efficacy of a computer-based HIV intervention for african-american women. *Psychology & Health*, 26(2), 223-234.
- Wolitski, R. J. y Zhang, J. (2007). Understanding and motivating condom use among at-risk and HIV-seropositive persons: A review and demonstration of the applicability of the theories of reasoned action and planned behavior. In I. Ajzen y D. Albarracín (Eds.), *Prediction and change of health behavior: Applying the reasoned action approach* (pp. 173-196). Philadelphia: Taylor and Francis
- World Health Organization. (2017). *Prevalence of HIV among adults aged 15–49*. Recuperado de: http://www.who.int/gho/hiv/epidemic_status/hiv_013_thumb2.png
- Yang, J., Dedovic, K. y Zhang, Q. (2010). Self-esteem and risky decision-making: An ERP study. *Neurocase*, 16(6), 512-519.
- Younes, F., Halawi, G., Jabbour, H., El Osta, N., Karam, L., Hajj, A. y Khabbaz, L. R. (2016). Internet addiction and relationships with insomnia, anxiety, depression, stress and self-esteem in university students: A cross-sectional designed study. *PLoS One*, 11(9), e0161126.
- Young, S. (2012). Recommended guidelines on using social networking technologies for HIV prevention research. *AIDS and Behavior*, 16(7), 1743-1745.
- Zablotska, I., Grulich, A., De Wit, J. y Prestage, G. (2011). Casual sexual encounters among gay men: Familiarity, trust and unprotected anal intercourse. *AIDS and Behavior*, 15(3), 607-612.
- Zagumny, M. J. y Brady, D. B. (1998). Development of the AIDS health belief scale (AHBS). *AIDS Education and Prevention*, 10(2), 173-179.

- Zak-Place, J. y Stern, M. (2004). Health belief factors and dispositional optimism as predictors of STD and HIV preventive behavior. *Journal of American College Health*, 52(5), 229-236.
- Zamboni, B. D., Crawford, I. y Williams, P. G. (2000). Examining communication and assertiveness as predictors of condom use: Implications for HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 12(6), 492-504.
- Zhao, J., Song, F., Ren, S., Wang, Y., Wang, L., Liu, W., . . . Hu, T. (2012). Predictors of condom use behaviors based on the health belief model (HBM) among female sex workers: A cross-sectional study in hubei province, china. *PloS One*, 7(11), e49542.
- Zhao, R., Wang, B., Fang, X., Li, X. y Stanton, B. (2008). Condom use and self-efficacy among female sex workers with steady partners in china. *AIDS Care*, 20(7), 782-790.

VI. ANEXOS

Información sociodemográfica

1. Sexo: Hombre Mujer

2. Edad: _____

3. Nivel de estudios (último título finalizado):

Sin estudios	Primarios	Secundarios	Universitarios	Doctorado
<input type="checkbox"/>				

4. Nacionalidad: _____

5. Comunidad Autónoma donde resides: _____

6. Número de habitantes de la población donde resides:

Más de 1.000.000	1.000.000 a 500.001	500.000 a 100.001	100.000 a 50.001	50.000 a 10.001	10.000 a 5.001	5.000 a 1.000	Menos de 1.000
<input type="checkbox"/>							

7. En cuanto a tu religión te consideras...

Creyente practicante	Creyente no practicante	Ateo o agnóstico
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. En caso de que en la pregunta anterior hayas contestado que sí crees (seas o no practicante), indica la religión: _____

9. ¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con personas del otro sexo? Sí No

10. ¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo? Sí No

11. Respecto a la orientación sexual, te percibes como...

Heterosexual	Bisexual	Homosexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CPS. Cuestionario de Prevención de Sida

(Gil-Llario, Ruiz-Palomino et al., 2018)

1. Indica cuáles de las siguientes son vías de transmisión para el VIH:

	Sí	No
1. Compartir vasos o cubiertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compartir agujas para jeringuillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Compartir el cepillo de dientes o la cuchilla de afeitar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A través de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A través de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A través del sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A través de la saliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A través de la leche materna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A través del flujo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A través de líquido preseminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. A través del semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A través de agujas (piercing, acupuntura, tatuajes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A través de la picadura de un mosquito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Consideras que actualmente el sida es una enfermedad...

Leve	Moderada	Grave	Fatal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ¿Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del VIH?

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. ¿Hasta qué punto consideras que la barrera de látex es un método fiable de prevención sexual del VIH?

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Señala de 0 a 100 la PROBABILIDAD o el RIESGO que percibes de infectarte con el VIH: _____

6. Señala de 0 a 100 el TEMOR que te produce la posibilidad de infectarte con el VIH: _____

7. ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado hasta el momento? Señala todas las que correspondan.

- Masturbación
- Masturbaciones mutuas
- Felación (estimulación de la zona genital masculina mediante la boca)
- Cunnilingus (estimulación de la zona genital femenina mediante la boca)
- Annilingus (estimulación de la zona anal mediante la boca)
- Coito vaginal
- Penetración vaginal táctil/juguetes sexuales (introducción de consoladores, vibradores, dedos, etc.)
- Tribadismo (frotación de vulvas)
- Coito anal
- Penetración anal táctil/juguetes sexuales (introducción de consoladores, vibradores, dedos, etc.)
- Otras

8.A. ¿Con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales (con una pareja esporádica)? [Apartado para hombres que tienen sexo con hombres]

	0	1	2	3	4
	No tengo esta práctica	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Preservativo en felación				0	1 2 3 4
Barrera de látex en annilingus				0	1 2 3 4
Preservativo en coito anal				0	1 2 3 4
Preservativo en penetración anal con juguetes sexuales				0	1 2 3 4

8.B. ¿Con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales (con una pareja esporádica)? [Apartado para mujeres que tienen sexo con mujeres]

	0	1	2	3	4
	No tengo esta práctica	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Barrera de látex en cunnilingus				0	1 2 3 4
Barrera de látex en annilingus				0	1 2 3 4
Barrera de látex en tribadismo				0	1 2 3 4
Preservativo en penetración vaginal con juguetes sexuales				0	1 2 3 4
Preservativo en penetración anal con juguetes sexuales				0	1 2 3 4

8.C. ¿Con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales (con una pareja esporádica)? [Apartado para hombres y mujeres heterosexuales]

	0	1	2	3	4
	No tengo esta práctica	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Preservativo en felación				0	1 2 3 4
Barrera de látex en cunnilingus				0	1 2 3 4
Barrera de látex en annilingus				0	1 2 3 4
Preservativo en coito vaginal				0	1 2 3 4
Preservativo en penetración vaginal con juguetes sexuales				0	1 2 3 4
Preservativo en coito anal				0	1 2 3 4
Preservativo en penetración anal con juguetes sexuales				0	1 2 3 4

9.. ¿En los 6 últimos meses, has mantenido relaciones sexuales bajo los efectos de...?

	Si	No
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras drogas (éxtasis, GHB, anfetaminas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUSEXDI. Escala de Sexualidad para personas con DFI

(Gil-Llario, Morell-Mengual, Ballester-Arnal et al, 2018)

1. ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado hasta el momento? Señala todas las que correspondan.

-
- Masturbación
-
- Masturbaciones mutuas
- Felación (estimulación de la zona genital masculina o femenina mediante la boca)
- Cunnilingus (estimulación de la zona genital femenina mediante la boca)
- Coito vaginal
- Coito anal
- Otras (especificar): _____
-

2. ¿Con qué frecuencia usas el método de protección que se indica ante las siguientes prácticas sexuales (con una pareja esporádica)? [Apartado para hombres que tienen sexo con hombres]

	0	1	2	3	4
	No tengo esta práctica	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Preservativo en felación				0	1 2 3 4
Preservativo en coito vaginal				0	1 2 3 4
Preservativo en coito anal				0	1 2 3 4

3. Señala de 0 a 10 el miedo que te da coger el sida: _____

4. Si estás con una persona con sida de qué forma crees que te podrías contagiar

	Sí	No
1. Compartiendo vasos o cubiertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Compartiendo el cepillo de dientes o la cuchilla de afeitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A través de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A través de la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. A través del sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A través de la saliva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A través del flujo vaginal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A través del semen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A través de agujas (piercing, acupuntura, tatuajes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A través de la picadura de un mosquito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. ¿Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del VIH?

Nada	Algo	Bastante	Mucho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Hasta qué punto estás de acuerdo con las siguientes frases.

	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento capaz de ir a comprar condones				1	2 3 4 5
2. Siempre convengo a mi pareja de que hay que usar condón				1	2 3 4 5
3. Me da miedo decirle a mi pareja que usemos condón por si me rechaza				1	2 3 4 5
4. Me pongo condón aunque haya bebido alcohol				1	2 3 4 5
5. Me da vergüenza ponerme el condón				1	2 3 4 5

EBAP. Escala Breve de Autoeficacia para el Uso del Preservativo

(Morell-Mengua et al., 2018)

	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar condones	1	2	3	4	5
2. Me resulta/resultaría cómodo hablar acerca del uso del condón con una pareja antes de comenzar la relación sexual	1	2	3	4	5
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos condón, tengo/tendría miedo de que me rechace	1	2	3	4	5
4. No me siento/sentiría seguro/a a la hora de sugerir el uso del condón a una nueva pareja ya que él o ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una infección de transmisión sexual	1	2	3	4	5
5. Estoy seguro/a de que recordaría usar el condón aunque haya consumido alcohol u otras drogas	1	2	3	4	5
6. Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	1	2	3	4	5
7. Estoy seguro/a de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja	1	2	3	4	5

EABL. Escala de Autoeficacia para el Uso de la Barrera de látex
(Morell-Mengual et al., 2016)

	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento cómoda o segura a la hora de comprar barreras de látex	1	2	3	4	5
2. Me resulta cómodo hablar acerca del uso de la barrera de látex con una pareja antes de comenzar la relación sexual	1	2	3	4	5
3. Si tengo que sugerir a una pareja que usemos barreras de látex, tengo miedo de que me rechace	1	2	3	4	5
4. No me siento segura a la hora de sugerir el uso de la barrera de látex a una nueva pareja ya que podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ITS	1	2	3	4	5
5. Estoy segura de que recordaría usar la barrera de látex aunque haya consumido alcohol u otras drogas	1	2	3	4	5
6. Me siento incómoda a la hora de ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja	1	2	3	4	5
7. Estoy segura de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme la barrera de látex o ponérsela a mi pareja	1	2	3	4	5

RSES. Escala de autoestima de Rosenberg
(Rosenberg, 1965)

	1	2	3	4
	Nada característico de mí	Algo característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras				1 2 3 4
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso				1 2 3 4
3. Creo que tengo algunas cualidades buenas				1 2 3 4
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás				1 2 3 4
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				1 2 3 4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				1 2 3 4
7. En general me siento satisfecho conmigo mismo/a				1 2 3 4
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a				1 2 3 4
9. Realmente me siento inútil en algunas ocasiones				1 2 3 4
10. A veces pienso que no sirvo para nada				1 2 3 4

**CES-D. Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos
(Radloff, 1977)**

	0	1	2	3
	Rara vez o nunca (menos de un día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
1. Sentía como si no pudiera quitarme de encima la tristeza, ni siquiera con la ayuda de familiares y amigos/as	0	1	2	3
2. Me costaba concentrarme en lo que estaba haciendo	0	1	2	3
3. Me sentí deprimido/a	0	1	2	3
4. Me parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo	0	1	2	3
5. No dormí bien	0	1	2	3
6. Disfruté de la vida	0	1	2	3
7. Me sentí triste	0	1	2	3

EHM. Escala de Homofobia Manifiesta

(Quiles et al., 2003)

1	2	3	4	5	6	7	
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1. Existen muchos grupos de homosexuales que presionan para conseguir cada vez más derechos, pero los políticos se olvidan de los problemas que tenemos los heterosexuales	1	2	3	4	5	6	7
2. Los homosexuales, en el fondo, son iguales a los heterosexuales	1	2	3	4	5	6	7
3. Muchos homosexuales tienen una posición social y económica bastante destacada, pero la han logrado, precisamente, gracias a su condición y al apoyo que reciben de otros homosexuales	1	2	3	4	5	6	7
4. No creo que los homosexuales necesiten medidas o leyes especiales que les favorezcan	1	2	3	4	5	6	7
5. Homosexuales y heterosexuales nunca se sentirán a gusto los unos junto a los otros, aunque sean realmente amigos	1	2	3	4	5	6	7
6. Por su propia condición, los homosexuales nunca alcanzarán el mismo nivel de desarrollo personal que los heterosexuales	1	2	3	4	5	6	7
7. Si en el futuro tengo una hija, no me importaría que ésta fuera lesbiana y tuviera relaciones íntimas con otra mujer	1	2	3	4	5	6	7
8. Llegado el caso, y en unas determinadas condiciones, yo podría sentir el deseo de tener una relación sexual con alguien de mi propio sexo	1	2	3	4	5	6	7
9. El día que trabaje, no me importaría que un homosexual, con los títulos y la experiencia adecuada, fuera mi jefe	1	2	3	4	5	6	7
10. Si se diera el caso, no me importaría que un homosexual o una homosexual tuviera relaciones íntimas con alguien de mi familia	1	2	3	4	5	6	7

EHS. Escala de Homofobia Sutil
(Quiles et al., 2003)

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Del mismo modo que los inmigrantes asumen las costumbres del país donde llegan, creo que los homosexuales podrían hacer lo mismo y ser más comedidos						
1	2	3	4	5	6	7
2. Las ideas que los homosexuales pueden inculcar a un niño son diferentes a las que le transmitiría un heterosexual						
1	2	3	4	5	6	7
3. Si los homosexuales se esforzaran realmente en integrarse, no necesitarían hacer tantas movilizaciones ni esconderse						
1	2	3	4	5	6	7
4. No creo que haya muchas diferencias en las creencias e ideas de homosexuales y de heterosexuales						
1	2	3	4	5	6	7
5. Creo que los valores religiosos y éticos de los homosexuales son diferentes a los de los heterosexuales						
1	2	3	4	5	6	7
6. A menudo siento simpatía por los homosexuales						
1	2	3	4	5	6	7
7. A menudo siento admiración por los homosexuales que conozco						
1	2	3	4	5	6	7

SIHS. Escala Breve de Homofobia Interiorizada
(Currie et al., 2004)

	1	2	3	4	5
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Me siento cómodo cuando otras personas descubren que soy homosexual	1	2	3	4	5
2. Es importante para mí controlar quién conoce mi homosexualidad	1	2	3	4	5
3. Me siento cómodo al hablar sobre homosexualidad en situaciones públicas	1	2	3	4	5
4. Aunque pudiera cambiar mi orientación sexual, no lo haría	1	2	3	4	5
5. Me siento cómodo siendo visto en público con una persona que claramente es homosexual	1	2	3	4	5
6. La mayoría de los homosexuales no pueden mantener una relación de pareja a largo plazo	1	2	3	4	5
7. La mayoría de homosexuales prefieren los encuentros sexuales anónimos	1	2	3	4	5
8. Las personas homosexuales tienden a alardear de su sexualidad de manera inapropiada	1	2	3	4	5
9. Generalmente, las personas homosexuales son más promiscuas que las heterosexuales	1	2	3	4	5
10. Suelo sentirme intimidado cuando estoy en lugares para homosexuales	1	2	3	4	5
11. Las situaciones sociales con homosexuales me hace sentir incómodo	1	2	3	4	5
12. A menudo me siento cómodo en bares de homosexuales	1	2	3	4	5
13. Tomar la iniciativa con otra persona homosexual es difícil para mí	1	2	3	4	5

SAS. Escala de Asertividad Sexual - Infecciones de Transmisión Sexual
(Morokoff et al., 1997)

	0	1	2	3	4
	Nunca	A veces	La mitad de las veces	Casi siempre	Siempre
1. Si a mi pareja no le gusta usarlos, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex, incluso aunque yo prefiera utilizarlos	0	1	2	3	4
2. Si mi pareja insiste, tengo relaciones sexuales sin utilizar condón o barrera de látex, incluso aunque yo no quiera	0	1	2	3	4
3. Cuando tengo relaciones sexuales con mi pareja me aseguro de utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
4. Si mi pareja así lo desea, tengo relaciones sexuales sin condón o barrera de látex	0	1	2	3	4
5. Insisto en usar condón o barrera de látex cuando quiero, incluso aunque mi pareja prefiera no usarlos	0	1	2	3	4
6. Me niego a tener relaciones sexuales si mi pareja no quiere utilizar condón o barrera de látex	0	1	2	3	4

SCS. Escala de Compulsividad Sexual

(Kalichman y Rompa, 1995)

	1	2	3	4
	Nada característico de mí	Algo característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones				1 2 3 4
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida				1 2 3 4
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana				1 2 3 4
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales				1 2 3 4
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control				1 2 3 4
6. Me sorprendo a mí mismo pensando sobre sexo en el trabajo				1 2 3 4
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo				1 2 3 4
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales				1 2 3 4
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría				1 2 3 4
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo				1 2 3 4

SCS. Escala de Compulsividad Sexual

(Kalichman y Rompa, 1995)

	1	2	3	4
	Nada característico de mí	Algo característico de mí	Bastante característico de mí	Muy característico de mí
1. Mi gran apetito sexual ha sido un obstáculo en mis relaciones				1 2 3 4
2. Mis pensamientos y comportamientos sexuales me están causando problemas en la vida	1	2	3	4
3. Mis deseos de tener sexo han afectado a mi vida cotidiana	1	2	3	4
4. A veces no consigo cumplir con mis compromisos y responsabilidades a causa de mis comportamientos sexuales	1	2	3	4
5. A veces llego a ponerme tan caliente que podría perder el control	1	2	3	4
6. Me sorprendo a mí mismo pesando sobre sexo en el trabajo	1	2	3	4
7. Siento que mis pensamientos y sensaciones sexuales son más fuertes que yo	1	2	3	4
8. Tengo que luchar para controlar mis pensamientos y comportamientos sexuales	1	2	3	4
9. Pienso en sexo más de lo que me gustaría	1	2	3	4
10. Me ha resultado difícil encontrar parejas sexuales que desearan tener sexo tanto como yo	1	2	3	4

GVH-7. Escala de Gravedad de la Victimización Homofóbica

(Ballester-Arnal et al., 2015)

	1	2	3	4	5
	Nunca	Raramente	A veces	A menudo o habitualmente	Muy a menudo o a diario
1. Me han insultado o ridiculizado				1 2 3 4 5	
2. Han hablado mal o divulgado rumores falsos sobre mí				1 2 3 4 5	
3. Se han reído o burlado de mí				1 2 3 4 5	
4. Me han amenazado				1 2 3 4 5	
5. Me han propinado golpes o empujones				1 2 3 4 5	
6. Me han propinado palizas				1 2 3 4 5	
7. Me han dejado de hablar				1 2 3 4 5	

DRAS. Cuestionario de Detección del Riesgo de Abuso Sexual

(Gil-Llario et al., 2015)

	Verdadero	Falso
1.No pasa nada si alguien a quien conozco me toca el “culo”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No pasa nada si permito que la gente vea “mis zonas íntimas”	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si me gusta un/a chico/a, puedo dejarle que me toque mis zonas íntimas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mi padre me cuida mucho, por eso está bien que tenga relaciones sexuales con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mi profesor me cuida mucho, por eso está bien que tenga relaciones sexuales con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mis compañeros de centro me tratan muy bien, así que está bien que tenga relaciones sexuales con ellos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mi tío me quiere mucho, así que está bien que tenga relaciones sexuales con él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Es imposible que alguien abuse de mí en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es imposible que alguien abuse de mí en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Es imposible que alguien abuse de mí en un lugar público, por ejemplo, la escuela o el centro ocupacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Es más probable que abusen sexualmente de mí si bebo alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Es menos probable que abusen sexualmente de mí si les digo a mis padres dónde voy a ir y con quién	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Es más difícil que se produzcan abusos sexuales cuando estoy por la noche en un lugar solitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Si alguien intenta abusar de mí, yo debería gritar: ¡Para! ¡Socorro!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Si una persona a la que no conozco me invitara a algo o me ofreciera un regalo debería desconfiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Si abusaran de mi debería ir a contárselo a la policía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Si abusaran de mí debería ir a contárselo al monitor/profesor del centro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Si me tocaran y no quisiera es mejor que no se lo contase a nadie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Si alguien me tocara y no quisiera tendría que permitirselo de todas formas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

