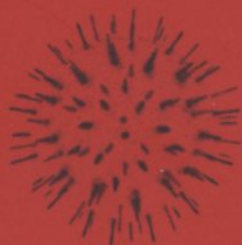


2005
2004
2003
2002
2001
2000
1999
1998
1997
1996
1995
1994
1993
1992
1991
1990
1989
1988
1987
1986
1985
1984
1983
1982
1981



Conocimientos,
actitudes y hábitos
de la población
general de Zamora
en relación al
VIH / SIDA

**Conocimientos,
actitudes y hábitos
de la población
general de Zamora
en relación al
VIH / SIDA**

A principios de la década de los 80 apareció en Estados Unidos una nueva enfermedad desconocida hasta entonces que conmocionó al mundo. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, más conocido como SIDA, se presentó entonces como una enfermedad mortal padecida por personas que llevaban una vida depravada y moralmente execrable. Muchas personas de las sociedades que sufrían esta nueva enfermedad, llevadas por su mala o nula información, reaccionaron rechazando a los afectados ante la pasividad de los gobiernos que no supieron o no tuvieron la capacidad de interpretar lo que estaba ocurriendo.

Ya en el siglo XXI y después de tres décadas de convivencia con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), el avance ha sido vertiginoso en lo que se refiere al conocimiento del virus, sus mecanismos de transmisión y desarrollo de tratamientos para las personas afectadas. Asimismo, la sociedad de la comunicación ha favorecido que estos avances se difundan casi a tiempo real lo que supone una herramienta imprescindible para detener la pandemia. No obstante, el conocimiento no supone necesariamente la adopción de actitudes responsables y la adquisición de hábitos más saludables. En nuestro país, si bien se ha decelerado el número de casos desde 1994, año tras año nuevos afectados vienen tristemente a engrosar las ya de por sí abultadas estadísticas de personas que convivirán con el VIH el resto de su vida. Así, en el año 2005, cerca de dos mil personas (de los que se tenga constancia) desarrollaron el SIDA y probablemente un número mucho mayor, imposible de determinar, se haya infectado con el virus.

Sensible a esta dura realidad, la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Zamora elaboró en 1997 un estudio para investigar cuáles eran los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general de Zamora respecto al VIH y al SIDA. Se pretendía hacer una radiografía de la situación para descubrir los ámbitos de intervención más apremiantes. Fruto de dicho estudio se elaboró el primer Plan Municipal de Prevención del VIH y el SIDA.

El Ayuntamiento de Zamora es consciente de que la importancia sanitaria y social de esta problemática sigue exigiendo, años después, una respuesta prioritaria. Por ello, a finales del 2004 se decidió llevar a cabo una réplica del estudio anterior al objeto de analizar cómo está la sociedad zamorana tras varios años de aplicación del Plan de Prevención.

Hemos pretendido dar respuesta a preguntas como: ¿ha aumentado el nivel de conocimientos de los zamoranos respecto al VIH y al SIDA?; ¿su actitud respecto a los afectados ha mejorado?; ¿han incorporado hábitos de vida más saludables para prevenir la infección?... En definitiva, ¿estamos mejor posicionados en este tema a día de hoy en relación a hace ocho años?

El presente estudio pretende responder a estas y otras preguntas que nos ayudarán, sin duda, a reafirmar una vez más el axioma: conocer más para intervenir mejor.

Quiero en esta presentación agradecer muy sinceramente al Dr. Ángel Chocarro y a su equipo de investigadores el considerable esfuerzo que ha supuesto la elaboración del presente documento, máxime si tenemos en cuenta que las muchas horas dedicadas han surgido del tiempo libre del que disponían y que la motivación para su realización siempre partió de una ilusión profesional que confirma el carácter esencialmente vocacional de los que lo han hecho posible.

Asimismo al Comité Ciudadano Anti-Sida de Zamora por haber estado desde el principio, antes que nadie en esta ciudad, en la lucha contra el SIDA. Su experiencia, atesorada desde la primera línea de batalla, ha sido imprescindible para la elaboración de este documento.

Sólo me queda desear que este estudio cumpla su función: sensibilizar a la sociedad zamorana acerca de la responsabilidad que necesariamente soportan en relación a la evolución de la pandemia del SIDA y que sirva como documento de trabajo a todos los profesionales para mejorar día a día sus intervenciones preventivas, asistenciales y rehabilitadoras.

Pedro A. Roda Formariz
Concejal de Servicios Sociales y Mayores
Ayuntamiento de Zamora

An illustration on the right page of a book. It features a red syringe with a needle pointing towards the bottom right. To the right of the syringe is a large, dark red, spherical virus particle with a spiky surface. The background is a bright yellow with faint, curved red lines. The left page is a solid yellow color.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

- 1.1 Historia
- 1.2 Definición de SIDA
- 1.3 Mecanismos de transmisión y medidas preventivas
- 1.4 Epidemiología del VIH / SIDA
- 1.5 Consecuencias sanitarias, sociales y económicas
- 1.6 Pertinencia del estudio
- 1.7 Objetivo general
- 1.8 Objetivos específicos

A principios de la década de los ochenta, el mundo científico se conmocionó con la aparición en EE.UU. de una nueva enfermedad totalmente desconocida hasta entonces. En el verano de 1981, los *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* recibieron la declaración de que en un grupo de jóvenes varones homosexuales de San Francisco, Los Ángeles y Nueva York estaban apareciendo infecciones respiratorias por un germen poco frecuente, el *Pneumocystis carinii*, así como infecciones bucales por hongos y tumores poco comunes como el sarcoma de Kaposi.

El hallazgo, en la mayoría de estos casos, de un importante déficit inmunológico asociado a la respuesta celular, constituyó la base argumental para aceptar la existencia de un nuevo síndrome, que a partir de 1982 se denominó Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

En 1983, dos años después de las primeras descripciones de la enfermedad, científicos del Instituto *Pasteur de París* y, casi simultáneamente, del laboratorio estadounidense de *R. Gallo*, aislaron e identificaron un virus considerado mayoritariamente como el agente causal del SIDA, al que se denominaría a partir de 1986 como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En su aparición en 1981, el SIDA supuso un impacto sanitario y social tal que provocó una conmoción tanto en la opinión pública como en la ciencia en general. El SIDA sorprendió a todo el mundo. Se tenía la falsa creencia de que las enfermedades en los llamados países desarrollados estaban, de alguna forma, controladas. Sin embargo, en el umbral del siglo XXI, en plena sociedad del futuro, aparecía una enfermedad que iba a desencadenar los temores más primitivos llevando a cometer los mismos errores que ya se habían producido en otras ocasiones -la historia da testimonio de ello- ante la aparición de una amenaza desconocida en forma de enfermedad.

El problema del SIDA fue enfocado, desde el primer momento, de manera inadecuada, reeditándose reacciones sociales similares a las que antes se habían producido ante otras enfermedades como, por ejemplo, la peste. Así, se estigmatizaron colectivos humanos generándose el criterio de "grupos de riesgo" lo que provocó el aislamiento de los afectados y una negligente falta de información al resto de la población no incluida en dichos grupos, propagándose la creencia de estar exentos de riesgo.

Desde 1986 hasta 2005 el avance ha sido vertiginoso en lo que se refiere al conocimiento del virus, sus mecanismos de replicación y el tratamiento médico de la infección por VIH.

Definición de SIDA

El SIDA (Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida) es una enfermedad debida a un déficit en el sistema inmunológico de la persona causado por la infección del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

Como consecuencia de la destrucción progresiva del sistema inmunológico, los organismos afectados por el VIH son más susceptibles a padecer infecciones y/o enfermedades que aquellos que son inmunocompetentes.

Tener SIDA no es sinónimo de Infección por VIH, aunque en ambos casos, la transmisión del virus sea posible. Tener SIDA supone, además de estar infectado por el VIH, sufrir inmunodeficiencia manifestada por infecciones o enfermedades oportunistas.

Mecanismos de transmisión y medidas preventivas

El VIH, está presente en la sangre y en todos los fluidos del cuerpo humano.

No obstante, el virus debe enfrentarse a numerosas barreras naturales antes de entrar en el cuerpo y poder producir una infección. Necesita, en consecuencia, para poder infectar, estar presente en una cantidad muy elevada (alta concentración o alta carga viral).

Los únicos fluidos que tienen suficiente concentración de VIH para iniciar una infección son la sangre, las secreciones vaginales, el semen y la leche materna. Las únicas vías de transmisión posibles son, por tanto, la transmisión sanguínea, la sexual y la vertical.

Transmisión Sanguínea por contacto sangre / sangre. Esta vía de transmisión es posible si la sangre de un organismo infectado entra en el torrente sanguíneo de otro organismo.

Transmisión Sexual por contacto fluidos infectantes / mucosas. El VIH presente en sangre, fluido vaginal o semen puede pasar al torrente sanguíneo de la persona receptora a través de las mucosas (tejido muy parecido a la piel, más frágil y con más vasos sanguíneos) que recubren algunas cavidades de nuestro cuerpo abiertas al exterior como la boca, la vagina, la uretra o el ano.

La transmisión por contacto fluidos infectantes / mucosas puede ocurrir por la práctica sin protección del coito vaginal, coito anal o sexo bucogenital.

Transmisión vertical, es decir, de madre infectada a hijo, pudiendo producirse en tres momentos distintos: durante el embarazo, en el momento del parto o durante la lactancia.

Además de la práctica de riesgo en sí, se deben tener en cuenta otra serie de factores que facilitan la transmisión: la cantidad de fluido infectante en contacto con las mucosas, el tiempo que esté en contacto con ellas, el estado de las mismas (sanas o afectadas por infecciones que faciliten aún más el paso del virus a la sangre a través de ella), así como unas condiciones favorables para el VIH relativas a temperatura, acidez, ausencia de oxígeno, ausencia de otros microorganismos competidores, etc.

Así, por ejemplo, la presencia de enfermedades de transmisión sexual que generalmente provocan ulceraciones o heridas en los genitales y en otras mucosas como boca o garganta, son factores que facilitan y aumentan, en todas las circunstancias, el riesgo de infección por VIH.

La prevención es, en la actualidad, la estrategia más adecuada para el control de esta pandemia.

La introducción de una serie de hábitos en nuestras conductas como la utilización de protección en las relaciones sexuales con penetración, el uso de barreras en el sexo oral, el desarrollo de conductas sexuales sin riesgo, evitar compartir jeringuillas y en la mujer embarazada conocer su estado serológico (para que, en caso de infección, no se produzca la transmisión a su futuro hijo mediante el tratamiento durante el embarazo, la cesárea en el parto y la no lactancia), suponen un conjunto de medidas preventivas altamente eficaces.

14 Epidemiología del VIH y del SIDA

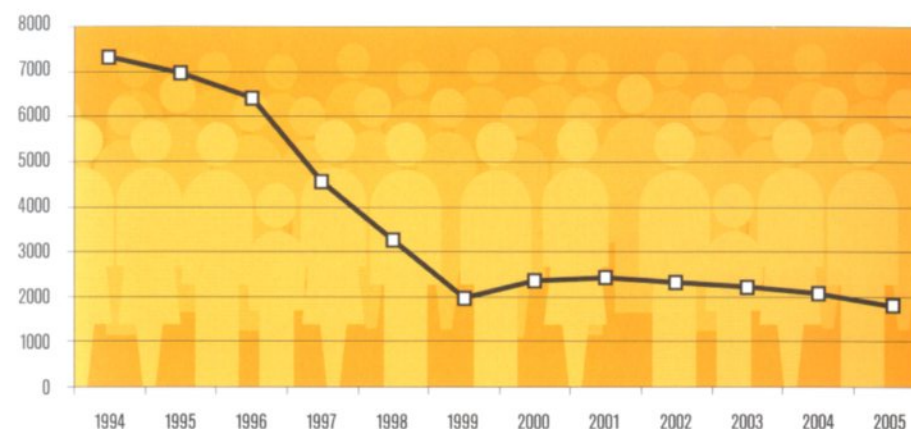
Desde la aparición de los primeros casos de SIDA en 1.981 hasta la última actualización del Registro Mundial (diciembre 2005), se estima que más de 30

millones de personas han muerto en el mundo a consecuencia del SIDA. El número de personas viviendo con SIDA es superior a 40 millones (el 95% de ellos en países en desarrollo). De ellos más de 2 millones son niños y cerca de 17,5 millones son mujeres.

En España, desde 1995 la incidencia de nuevos casos de SIDA ha disminuido un 69% gracias a los tratamientos antirretrovirales que consiguen detener el deterioro inmunitario, no desarrollando casos de SIDA. No obstante la infección por VIH sigue siendo muy significativa (**Gráfico 1**).

Gráfico 1

Evolución de la Incidencia de casos de SIDA 1994-2005



En la última actualización del Registro Nacional de SIDA (diciembre 2005) se recoge un total de 72.099 casos de SIDA acumulados (desde el comienzo del registro).

En España el principal mecanismo de transmisión ha sido el uso compartido de jeringuillas entre consumidores de drogas por vía parenteral.

En los últimos años se ha producido un incremento en las infecciones por relaciones heterosexuales no protegidas y supone en la actualidad la segunda vía de transmisión. Adquiere especial relevancia en mujeres donde el 52% de los diagnósticos de SIDA en el año 2004 se debieron a la misma.

Por este motivo, durante los años 2003 y 2004, la campaña mundial para la lucha contra el SIDA, ha ido dirigida a este sector de población.

La tercera vía de transmisión más frecuente son las relaciones homosexuales no protegidas entre hombres. Se observa, no obstante, un descenso del 10,3%

en este sector de población por esta vía así como un aumento del 8% de las infecciones en mujeres.

La edad media de diagnóstico de SIDA ha disminuido a 40,3 años.

En Castilla y León el número de casos acumulados a junio de 2006 es de 2.610. El comportamiento de riesgo más frecuente es compartir jeringuillas (68,7%), seguido por relaciones heterosexuales sin protección (16,4%), y, más de lejos, por relaciones homosexuales sin protección (6,4%).

El grupo de edad con mayor afectación es el de 25 a 40 años.

En Zamora existen, a junio de 2006, 184 casos de SIDA.

1.5

Consecuencias sanitarias y sociales

La tasa de mortalidad del SIDA ha superado, probablemente, el 50%. Actualmente, a pesar de los avances terapéuticos, está entre un 1% ó un 2% al año en pacientes seropositivos (VIH positivo).

El tratamiento antirretroviral ha tenido un gran impacto en la calidad de vida y la supervivencia de las personas infectadas, logrando descensos muy importantes en la incidencia de SIDA y en la mortalidad asociada al VIH.

El importante descenso registrado en los casos de SIDA atribuidos al uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas por vía parenteral, ha situado, como vimos anteriormente, a la transmisión heterosexual en la primera causa de infección entre las mujeres.

Según advierte la ONU en su última campaña de prevención de la enfermedad, ser mujer supone un factor de riesgo para contraer el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Según este organismo, las mujeres soportan un riesgo 2,5 veces superior de contraer el virus del SIDA que los hombres.

Las causas no sólo hay que buscarlas en factores biológicos (la probabilidad de infectarse mediante una relación heterosexual de riesgo es el doble en las mujeres que en los hombres). Los malos tratos, la discriminación y la falta de educación hacen de las jóvenes un grupo especialmente vulnerable. Se estima que el 64% de los infectados entre los menores de 25 años en los países en vías de desarrollo son mujeres y niñas.

Aunque en la actualidad, el número de casos de SIDA va disminuyendo, la prevención sigue siendo la estrategia básica de actuación al objeto de detener el avance de la pandemia, dado que, como hemos visto, el número de infecciones sigue siendo aún muy significativo.

Cabe destacar como uno de los niveles esenciales de actuación dentro de la estrategia preventiva el trabajo en educación, ya que, entre otras, las conductas sexuales conllevan una serie de actitudes y hábitos que, una vez instaurados, son difíciles de modificar.

Una prevención eficaz significa dotar a cada individuo y a la comunidad de conocimientos adecuados a la vez que fomentar actitudes sensibles y responsables.

Invertir en prevención y educación para la salud para todos no es sólo un derecho de los ciudadanos y un deber de la sociedad, sino también una estrategia muy rentable en la medida en que baja los costes de tratamiento y hospitalización, además de hacernos más dignos.

1.6

Pertinencia del estudio

Desde la realización en 1997 del anterior estudio, se ha trabajado en prevención, asistencia e integración de los afectados y sensibilización a la población general.

No obstante, las demandas de información provenientes de amplios sectores de la sociedad (que evidencian una significativa escasez de conocimientos), las numerosas ideas erróneas que aún hoy se siguen manteniendo y los mitos que prevalecen en referencia al VIH / SIDA invitan a continuar trabajando para mejorar los niveles de eficacia.

Desde nuestro punto de vista, la manera más efectiva de abordar un problema de estas características es, como primera estrategia, desde la información. Pero, como ha quedado suficientemente demostrado a lo largo de las diversas intervenciones preventivas que se han ido desarrollando para dar respuesta a los numerosos problemas sociosanitarios con los que nuestra sociedad se ha enfrentado, la información, por sí sola, no es suficiente. Es imprescindible trabajar asimismo en la población, el cambio y modificación de actitudes y la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables de conducta.

Tras siete años de trabajo, por tanto, conviene conocer en qué medida la sociedad ha ido avanzando en estos aspectos de cara a programar eficazmente las intervenciones, adecuándolas lo más posible a las necesidades detectadas en nuestro entorno.

Objetivos generales del estudio

1.- Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y hábitos de conducta en torno al VIH / SIDA en la población adulta del Municipio de Zamora, con el propósito de marcar las pautas de trabajo para desarrollar estrategias de prevención de la enfermedad y apoyo a los afectados.

2.- Establecer una comparación con respecto al estudio llevado a cabo en 1997 al objeto de conocer la evolución en los conocimientos, actitudes y hábitos en torno al VIH / SIDA que se hayan podido producir en la sociedad.

Objetivos específicos del estudio

1.- Determinar los conocimientos que tiene la población general sobre las vías de transmisión del VIH y las prácticas de riesgo.

2.- Determinar los conocimientos que tiene la población general sobre los métodos preventivos frente al VIH.

3.- Conocer las actitudes de la población general hacia la enfermedad y los afectados.

4.- Estudiar las actitudes en la población general hacia los métodos preventivos disponibles en la infección por VIH.

5.- Identificar las vías de información sobre VIH / SIDA más conocidas por la población general.

6.- Establecer el nivel de conocimientos de la población general sobre la infección por el VIH / SIDA.

7.- Conocer la opinión de la población general sobre las estrategias informativas en relación al VIH / SIDA.

8.- Determinar el patrón de hábitos conductuales de la población general referidos a los métodos de prevención y prácticas de riesgo frente al VIH / SIDA.

CAPÍTULO 2**PLANIFICACIÓN Y DISEÑO**

- 2.1 Diseño del estudio
- 2.2 Población de estudio
- 2.3 Variables del estudio
- 2.4 Organización
- 2.5 Recursos humanos, técnicos y económicos
- 2.6 Control del cumplimiento y de la calidad de los datos
- 2.7 Estrategia de análisis

Diseño del estudio

Estudio observacional, transversal, sobre conocimientos, actitudes y hábitos en relación al VIH/SIDA mediante instrumento de medida administrado por encuesta personal de 64 preguntas y 4 variables sociodemográficas.

Población de estudio

2.2.1 Procedencia de los sujetos

Personas incluidas en la base de datos del Padrón Municipal de Zamora actualizado a 8 de Noviembre de 2004.

2.2.2 Criterios de selección

Residentes en la ciudad de Zamora que, a 8 de noviembre de 2004, tuvieran cumplidos 18 años y fueran menores de 70 años.

2.2.3 Método de muestreo

Muestreo aleatorio estratificado por distrito de residencia manteniendo en cada estrato la distribución por edad (≤ 40 años y > 40 años) y sexo del distrito correspondiente. Las personas que no accedieron a participar o que no fueron localizadas se sustituyeron por sujetos de igual edad y sexo, del mismo estrato.

2.2.4 Tamaño de la muestra

Se dividió la población del padrón de habitantes entre 18 y 70 años en 5 estratos, definidos por los 5 distritos municipales. A continuación se realizó un muestreo aleatorio no proporcional por estratos (según sexo y edad -menor o igual de 40 años, y mayor de 40 años-), obteniéndose una muestra para cada uno de los 20 grupos resultantes.

Aceptándose las condiciones más desfavorables, con un nivel de conocimientos del 50%, una precisión de $\pm 0,1$ y un nivel de significación de $p < 0,05$, el tamaño global de la muestra fue de 500. Su distribución por distritos, edad y sexo se recoge en la (Tablas 1 y 2).

Tabla 1

Distribución de la población diana por distrito, edad y sexo (número y porcentaje)

		Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3	Distrito 4	Distrito 5	TOTAL
Varones ≤ 40 años	n	3183	3648	796	1079	2185	10891
	%	21,48	23,50	27,81	23,85	25,82	100,0
Varones > 40 años	n	3687	3768	629	1101	2011	11196
	%	24,84	24,27	21,97	24,34	23,77	100,0
Mujeres ≤ 40 años	n	3518	3741	801	1095	2239	11394
	%	23,75	24,09	27,98	24,20	26,46	100,0
Mujeres > 40 años	n	4424	4366	636	1248	2025	12699
	%	29,86	28,12	22,22	27,59	23,93	100,0
TOTAL	n	14812	15523	2862	4523	8460	46180

Tabla 2

Distribución de la muestra por distrito, edad y sexo

	Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3	Distrito 4	Distrito 5	TOTAL
Varones ≤ 40 años	25	24	24	25	23	121
Varones > 40 años	25	25	24	25	25	123
Mujeres ≤ 40 años	25	25	26	24	25	125
Mujeres > 40 años	24	25	25	24	25	123
TOTAL	98	99	99	98	98	492

Mediante idéntico proceso, se obtuvieron tres listas adicionales que sirvieran de reserva para cada uno de los 20 grupos en caso necesario.

Las características de los seleccionados que se negaron a participar o no fueron localizados han sido analizadas según distrito de residencia, sexo y estrato de edad (Tabla 4).

2.2.5 Criterios de exclusión

No acceder a responder al cuestionario.

No estar presente en el domicilio tras 2 visitas.

2.3.1 Método de definición de objetivos. Selección y definición de las variables

El presente estudio establece una comparación con los resultados obtenidos en un estudio similar llevado a cabo en 1997 para ver la evolución de la población seleccionada en relación a sus conocimientos, actitudes y hábitos. Por este motivo, se hacía necesario preservar los mismos objetivos y definición de variables establecidos por aquél.

El proceso seguido, por tanto, para la definición de objetivos y selección y definición de variables ha sido el siguiente.

Una vez finalizado el proceso de revisión bibliográfica, el grupo de investigadores formuló la pregunta de investigación y su definición operativa como objetivo general del estudio.

En el estudio realizado en 1997, se decidió que el método de elección para dar respuesta a este objetivo era el de encuesta, y al no haber identificado en el proceso de revisión una encuesta válida para este propósito, optó por iniciar la construcción de una encuesta propia a través de un grupo de discusión multidisciplinar, dirigido por un profesional con experiencia en técnicas de grupo.

Se reunió el grupo de discusión para averiguar qué aspectos de interés eran susceptibles de investigarse con un cuestionario a la población mayor o igual de 18 años de Zamora, con la finalidad de elaborar estrategias de intervención en el futuro. En el grupo participaron profesionales de varias disciplinas sociosanitarias como medicina, enfermería, psicología y sociología, así como voluntarios del Comité Ciudadano AntiSida de Zamora y afectados por el VIH o el SIDA.

Se consensuaron 5 aspectos de interés en relación al VIH/SIDA: enfermedad, infección, métodos de prevención, vías de transmisión y estrategias de información.

Dentro de cada tema se identificaron como dimensiones susceptibles de investigación las siguientes: conocimientos, actitudes y hábitos conductuales.

Tras la discusión se priorizaron los ocho objetivos específicos reflejados en el apartado 1.8. Partiendo de la revisión bibliográfica y de las experiencias profesionales de los miembros del equipo, se propusieron diferentes aspectos de interés a investigar en cada objetivo.

Por último, teniendo en cuenta el orden de prioridad de cada objetivo, se dise-

ñaron preguntas acerca de los aspectos de interés identificados que fueron discutidas por el grupo hasta conformar el cuestionario.

El instrumento resultante fue sometido a una prueba piloto, escogiendo 100 personas por el sistema de cupos -edad, sexo y tener o no estudios superiores-. Los objetivos de dicha prueba fueron: 1.- averiguar la idoneidad de las preguntas (redacción y orden de las mismas teniendo en cuenta las sugerencias aportadas por los propios encuestados y los encuestadores); 2.- estimación de la dificultad y la discriminación en las preguntas sobre conocimientos; 3.- estimación del índice de fiabilidad en las preguntas sobre actitudes; 4.- estimación de la fiabilidad y 5.- dificultad de toda la prueba.

Como resultado de la prueba piloto se incluyeron, excluyeron y modificaron algunas preguntas hasta elaborar la versión definitiva de 58 ítem.

Para la realización del presente estudio, dicho cuestionario ha sufrido ligeras modificaciones en algunos ítem para adecuarse al momento actual, si bien se ha preservado la estructura y contenidos del instrumento utilizado en el estudio anterior al objeto de facilitar la comparación de resultados.

Cabe citar como modificaciones más relevantes la inclusión de ítem nuevos (2, 3, 4, 10, 25, 43, 46, 60 y 62), eliminación de dos ítem del anterior cuestionario así como cambios en la redacción de algunos ítem para hacerlos más comprensibles o por utilizar un lenguaje más ajustado a la realidad del VIH / SIDA.

El cuestionario definitivo utilizado en la obtención de datos para el presente estudio (que igualmente fue sometido a prueba piloto) consta de 64 ítem y aparece en el **anexo 5**.

2.3.2 Definición de los factores de estudio y de los criterios de evaluación

Se estudian 8 objetivos específicos: 4 sobre conocimientos, 3 sobre actitudes y 1 sobre hábitos.

- De los conocimientos se evalúan aquellos que son correctos.
 - De las actitudes aquellas que son adecuadas.
 - Sobre los hábitos se obtienen:
- Dos indicadores para las relaciones sexuales basados en indicadores de prevención de la O.M.S.

INDICADOR 1

$$\frac{\text{Nº de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido al menos una pareja sexual distinta de la pareja habitual en los últimos 12 meses}}{\text{Nº de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses}}$$

INDICADOR 2

$$\frac{\text{Nº de personas de 18 a 70 años que refieren haber usado preservativo en la última relación sexual con una pareja distinta a su pareja habitual}}{\text{Nº total de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido alguna relación sexual con una pareja no habitual en los últimos 12 meses}}$$

- Un indicador para el uso compartido de jeringuillas:

INDICADOR 3

$$\frac{\text{Nº de personas que refieren haber compartido jeringuillas alguna vez en los últimos 10 años}}{\text{Nº de personas de que refieren haber consumido drogas por vía intravenosa en ese período de tiempo}}$$

Como variables sociodemográficas se seleccionaron: edad, sexo, zona de residencia (5 distritos municipales) y el nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios secundarios y estudios superiores).

Por otra parte, se incluyeron algunas preguntas filtro para conocimientos y hábitos así como otras variables de interés.

La distribución de las preguntas por objetivos así como la codificación establecida para su posterior análisis aparecen en el **anexo 1 y 2**.

Por último, se han creado dos variables resumen de conocimientos y actitudes (puntuación global de conocimientos y puntuación global de actitudes), cuya descripción aparecen en las **Tablas 25 y 26 y Figuras 16 y 17**.

2.3.3 Escalas de Medida

Las preguntas de conocimientos presentaban como opción de respuesta *sí, no* o *ns/nc* -no sabe / no contesta-, considerando las categorías *no* y *ns/nc* en el análisis como ausencia de conocimiento.

Para las preguntas de actitudes se utilizó una escala de Likert modificada con 4 opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Para el análisis posterior, las respuestas se agruparon en dos categorías: actitud positiva y actitud negativa, en función del sentido de la pregunta.

Las preguntas sobre hábitos presentaban como opción de respuesta *sí, no* o *ns/nc* -no sabe / no contesta-, analizándose mediante los indicadores de prevención propuestos por la OMS descritos en el apartado 2.3.2.

2.3.4 Fuentes de información

Cuestionario anónimo de 64 ítem obtenido mediante entrevista personal realizada en domicilio a sujetos de una determinada edad y sexo seleccionados previamente al azar.

La recogida de datos fue llevada a cabo por un equipo de encuestadores acreditados por el Ayuntamiento de Zamora previamente formados, unificándose técnicas y criterios con el propósito de homogeneizar el proceso de obtención de información.

Para responder a las preguntas de escala se entregó a cada encuestado una plantilla con las 4 posibles respuestas. Las preguntas sobre hábitos se autocumplimentaban al final del cuestionario introduciéndose en sobre cerrado junto con el resto del cuestionario para fomentar la confidencialidad y fiabilidad en las respuestas.

En el caso de no encontrarse en el domicilio la persona con las características que se buscaban se volvía una segunda vez a otra hora diferente. Para el supuesto de no poder atender al encuestador en ese momento, se intentaba concertar una visita posterior.

Tras un segundo intento fallido, o cuando en la dirección seleccionada no existía una persona con las características necesarias, se sustituía al sujeto por otro del mismo estrato -mismo distrito, grupo de edad y sexo- proveniente de la lista de reserva obtenida al efecto.

2.4 Organización

2.4.1 Duración del estudio

La construcción del cuestionario se llevó a cabo entre octubre y diciembre de

2004 utilizando como base el cuestionario elaborado para el estudio de 1997, introduciendo las modificaciones comentadas en el apartado 2.3.1 anteriormente expuesto.

La prueba piloto se realizó en noviembre de 2004 con el estudio de sus resultados, así como la elaboración del cuestionario definitivo.

La recogida de datos se efectuó de diciembre de 2004 a febrero de 2005 llevándose a cabo la mecanización de los mismos entre marzo y abril del mismo año. Su posterior análisis se efectuó de mayo a octubre de 2005, elaborándose el informe entre noviembre de 2005 y marzo de 2006.

2.4.2 Responsabilidad de los investigadores

Dirección	<i>Ángel Chocarro Martínez</i> Facultativo adjunto de Infectología Hospital "Virgen de la Concha" Zamora
Investigadores	<i>Silvia Alonso Capilla</i> Psicóloga. Presidenta del Comité Ciudadano Anti-Sida de Zamora <i>Óscar Alonso Pozo</i> Psicólogo. Técnico de Servicios Sociales y Mayores Excmo. Ayuntamiento de Zamora <i>M^a Jesús Delgado Santos</i> Trabajadora social Comité Ciudadano Anti-Sida de Zamora <i>Sonia Merino Requejo</i> Psicóloga Comité Ciudadano Anti-Sida de Zamora

2.5 Recursos humanos, técnicos y económicos

2.5.1. Recursos Humanos

Además de los investigadores citados anteriormente, se contó con 19 encuestadores previamente entrenados y 3 personas encargadas de mecanizar los datos (**anexo 4**).

2.5.2. Recursos Técnicos

Equipo informático con el siguiente software: Microsoft Office -versión Windows XP-; Paquetes Estadísticos: SPSS, versión 11.5 (SPSS Inc.) y Epidat versión 3.0.

2.5.3. Recursos económicos

Dotación de la Concejalía de Servicios Sociales y Mayores del Excmo. Ayuntamiento de Zamora de 12.250 euros (incluida la edición).

2.6 Control del cumplimiento y calidad de los datos

Un responsable supervisó la formación de los encuestadores y resolvió todas las dudas que éstos pudieran tener, unificando criterios y revisando los cuestionarios cumplimentados. A la vez fue el encargado de sustituir las pérdidas de la manera especificada en el apartado 2.3.4.

Por otra parte, en las instrucciones del cuestionario se incluyeron normas específicas para la revisión del cuestionario antes de dar por finalizada la encuesta.

Los datos fueron posteriormente informatizados.

2.7 Estrategia de análisis

El análisis estadístico efectuado ha sido el siguiente:

Análisis Univariante

El análisis de las variables cualitativas fue descrito en porcentajes con Intervalo de Confianza (IC) al 95%.

Aquellas variables cuantitativas que siguieran una distribución normal se describieron con su media $\pm$ desviación estándar.

El resto de variables cuantitativas se describieron con las medianas y el rango intercuartil (el comprendido entre los percentiles 25 y 75).

El análisis de la bondad de ajuste a una distribución normal fue realizado con la prueba de *Kolmogorov-Smirnov*.

Análisis Bivariante

La comparación de proporciones fue realizada con la prueba de la ji cuadrado

o la *prueba exacta de Fisher*. Las diferencias entre variables cuantitativas que no siguieran una distribución normal fueron contrastadas con pruebas no paramétricas (*Mann-Whitney*).

Para el caso de ajuste a la normalidad, se eligió la *t de Student* y *Anova* para la comparación de medias.

Con la finalidad de cuantificar los niveles de conocimientos y de actitudes en cada uno de sus apartados, se sumaron las respuestas con la siguiente escala:

- para los conocimientos se asignó 1 punto en caso de acierto y 0 puntos para el resto. Para las actitudes, las "muy adecuadas" fueron valoradas con 3 puntos, las "adecuadas" con 2, las "inadecuadas" con 1, y el resto con 0 puntos.
- la puntuación global de conocimientos (o conocimientos globales) se obtuvo sumando los conocimientos de la enfermedad más los de las vías de transmisión más los de los métodos de prevención.
- la puntuación global de actitud (o actitudes globales) se cuantificó con la suma de las actitudes frente a la enfermedad más las actitudes frente a las estrategias de prevención.

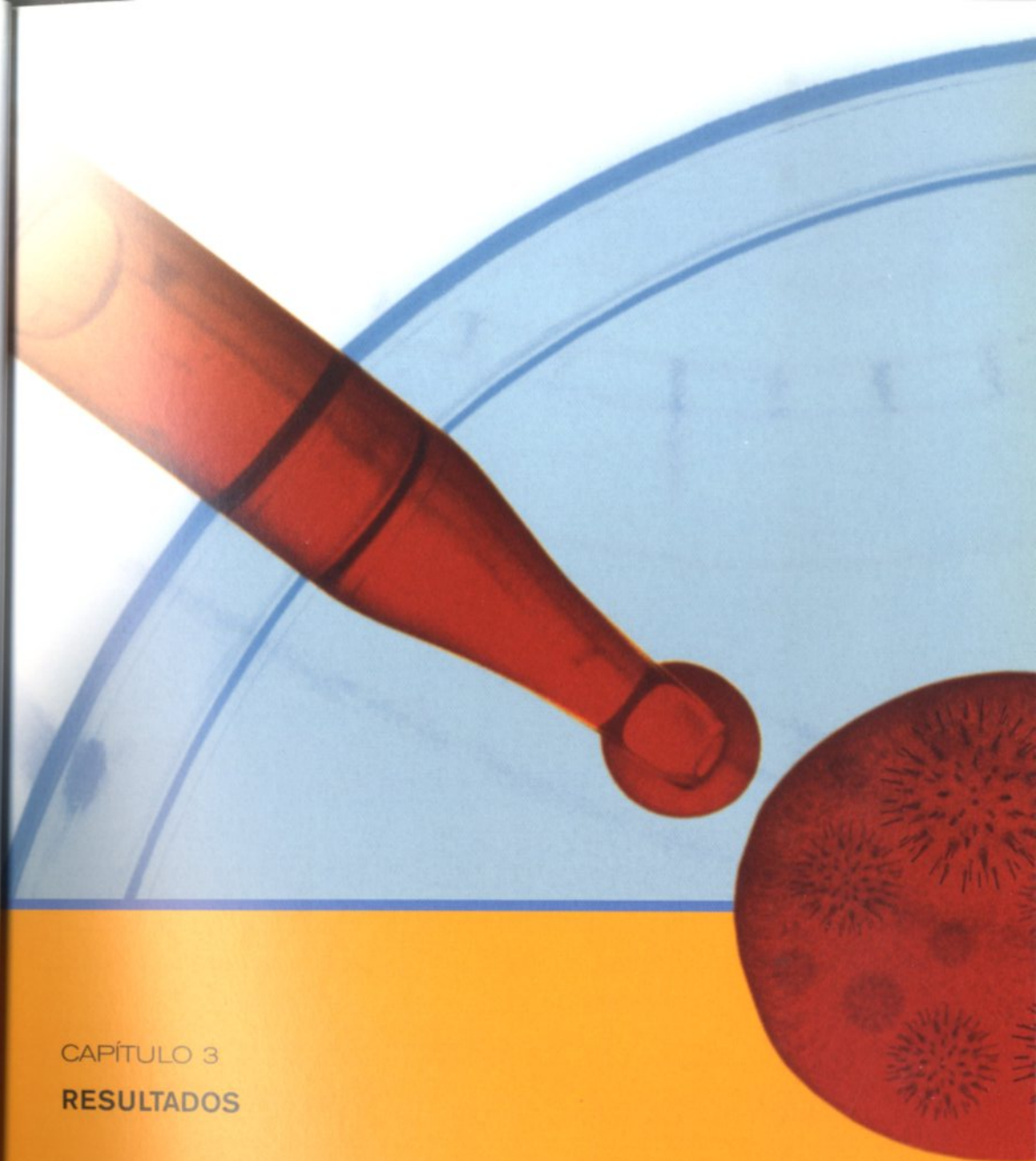
Análisis Multivariante

Para obtener un análisis multivariante de las puntuaciones globales de conocimientos y actitudes se realizó una *regresión logística*.

Para ello estas variables fueron transformadas en dicotómicas según el valor de su mediana (0 para valores inferiores y 1 para los superiores). Se incluyeron en el análisis todas las variables que fueran significativas en el análisis bivalente y aquellas que a juicio de los investigadores pudieran tener relevancia.

Comparación de Resultados 1997-2005

Se procedió a la comparación de los resultados actuales con los obtenidos en 1997. En ambos periodos la obtención de las muestras y su tamaño han sido similares (475 encuestados en 1997). Por otra parte, aunque las encuestas no sean exactamente iguales, la coincidencia en la mayoría de las preguntas (55 de las 64) así como en la escala de valoración usada, permiten la comparación de resultados entre las preguntas coincidentes, habiéndose empleado para su cuantificación las escalas anteriormente señaladas.



CAPÍTULO 3 RESULTADOS

- 3.1. Características basales de la muestra y de los rechazos
- 3.2. Conocimientos
- 3.3. Actitudes
- 3.4. Percepción de la probabilidad de infección
- 3.5. Hábitos conductuales
- 3.6. Análisis de actitudes y conocimientos globales
- 3.7. Comparación de resultados 1997-2005

Características basales de la muestra y los rechazos

Se realizaron 499 encuestas, siete de las cuales se consideraron no válidas (cinco por desconocer los encuestados el significado del término SIDA, y dos por tener una edad fuera del rango del estudio), aceptándose 492 cuestionarios.

La edad media de los encuestados es de $40,99 \pm 14,36$ años, con una mediana de 40,50 y un rango intercuartil de 25. El número de mujeres es 248, y del total, 246 pertenecen al grupo más joven (≤ 40 años).

El 57% de los encuestados ha cursado estudios secundarios o superiores (nivel alto de estudios) (Tabla 3 y Figura 1). Cuando se analiza esta variable, se aprecia que el grupo más joven acredita mayor preparación académica (74% con titulación secundaria o superior en los jóvenes vs. 39,4% en el resto; $p: 0,000$). El nivel de estudios es similar en mujeres y hombres, así como en los diferentes distritos.

Tabla 3

Relación entre el nivel de estudios y otras variables

VARIABLE		Nivel de estudios (%)	
		bajo (*)	alto (**)
Distrito de Residencia	1	34,7	65,3
	2	38,4	61,6
	3	47,5	52,5
	4	42,9	57,1
	5	53,1	46,9
Sexo (S)	varón	44,7	55,3
	mujer	41,9	58,1
Estrato de edad	≤ 40 años	26,0	74,0
	> 40 años	60,6	39,4
TOTAL		43,0	57,0

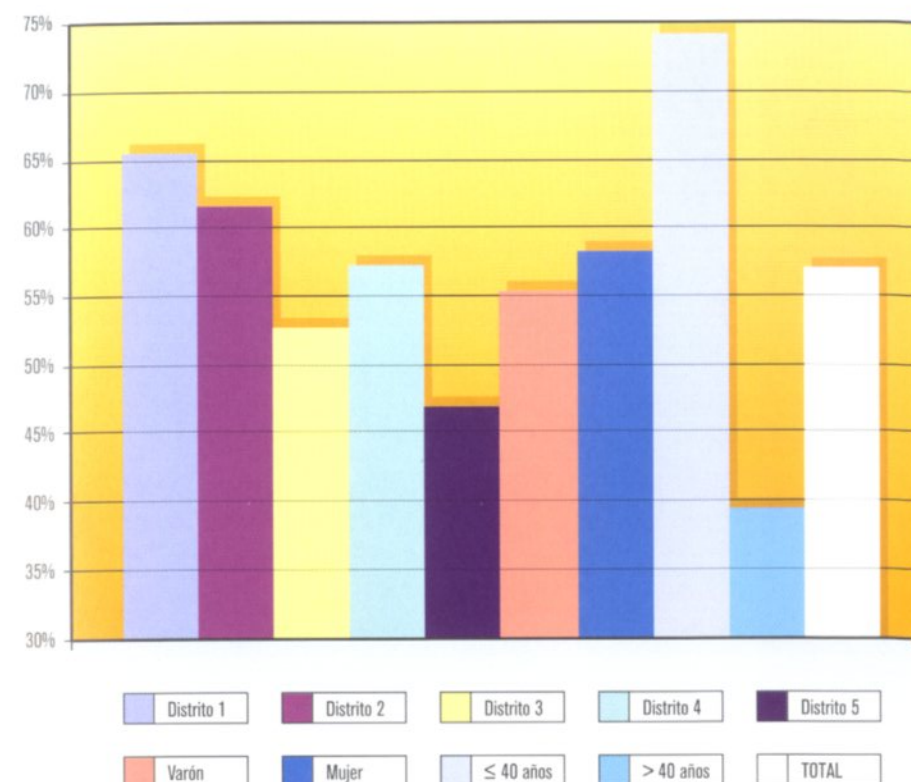
(*) Nivel de estudios bajo: sin estudios o estudios primarios

(**) Nivel de estudios alto: estudios secundarios o superiores

(S) $p: 0,000$

Figura 1

Distribución y características de los encuestados con nivel alto de estudios



Un total de 594 seleccionados no participaron en el estudio (Tabla 4). Los motivos fundamentales fueron la ausencia en el domicilio (297), errores en los datos del padrón (223) y el rechazo activo a participar (57). Al analizar las personas de este último grupo, se aprecia que pertenecen mayoritariamente a los distritos 1 y 2 (24 y 16 personas respectivamente; $p: 0,000$) (Figura 2) y al sexo femenino (40 mujeres; $p: 0,003$), sin apreciarse diferencias significativas en cuanto a la edad (22 en el grupo más joven).

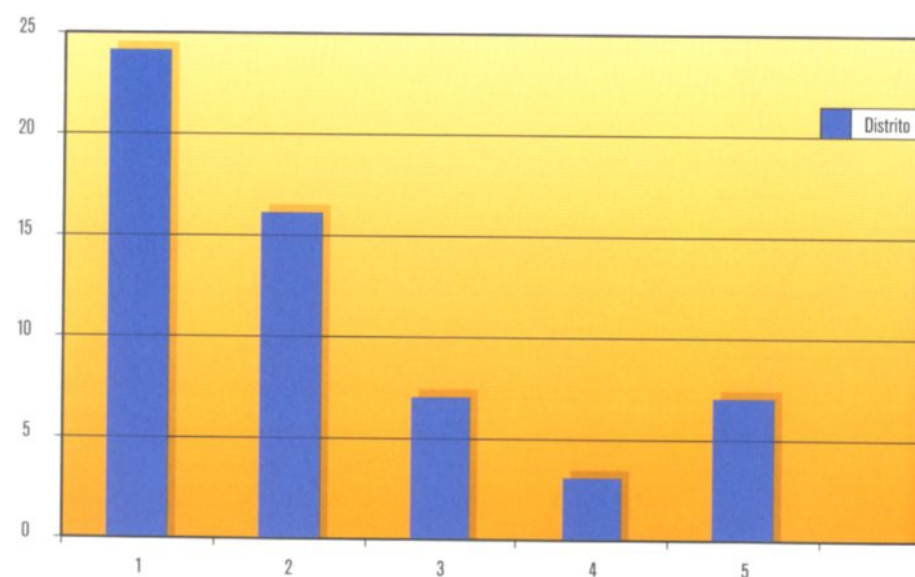
Tabla 4

Características de los seleccionados que no participaron en el estudio y razones para ello (número y porcentaje)

VARIABLE			Distrito 1	Distrito 2	Distrito 3	Distrito 4	Distrito 5	TOTAL
Sexo	Varón	n	51	79	64	49	68	311
		%	16,4	25,4	20,6	15,8	21,9	100,0
	Mujer	n	90	79	40	29	45	283
		%	31,8	27,9	14,1	10,2	15,9	100,0
Estrato de edad	≤ 40 años	n	65	51	64	22	38	240
		%	27,1	21,3	26,7	9,2	15,8	100,0
	> 40 años	n	76	107	40	56	75	354
		%	21,5	30,2	11,3	15,8	21,2	100,0
Razones de rechazo	Error en el padrón	n	40	54	42	41	46	223
		%	17,9	24,2	18,8	18,4	20,6	100,0
	ausencia	n	75	77	55	30	60	297
		%	25,3	25,9	18,5	10,1	20,2	100,0
	no colabora	n	24	16	7	3	7	57
		%	42,1	28,1	12,3	5,3	12,3	100,0
	otras	n	2	11	0	4	0	17
		%	11,8	64,7	0	23,5	0	100,0
TOTAL		n	141	158	104	78	113	594
		%	23,7	26,6	17,5	13,1	19,0	100,0

Figura 2

Distribución en los diferentes distritos de los seleccionados que rechazaron activamente participar en el estudio



3.2

Conocimientos

3.2.1. conocimientos básicos

La palabra *SIDA* sugiere diferentes conceptos. La asociación más frecuente es con enfermedad, infección o virus (61%), seguido por muerte o enfermedad mortal (11%), y miedo o terror (6%).

Los encuestados que asocian la palabra SIDA a enfermedad no se diferencian en el sexo, pero pertenecen con mayor frecuencia a los distritos 1 ó 2 ($p: 0,043$), al grupo menor de 40 años (64,6% vs. 58,8%; $p: 0,000$), y presentan mayor nivel de estudios (64,2% vs. 58,5%; $p: 0,035$). Por el contrario, aquellos que relacionan la palabra SIDA con la muerte son de mayor edad y con frecuencia pertenecen a los distritos 3, 4 ó 5.

El 36,8% de los encuestados *conoce algún infectado*, siendo el porcentaje más elevado entre los más jóvenes (41,9% vs. 31,7%; $p: 0,036$) y entre aquellos con mayor nivel de estudios (42,3% vs. 29,6%; $p: 0,009$) (Tabla 5 y Figura 3).

Tabla 5

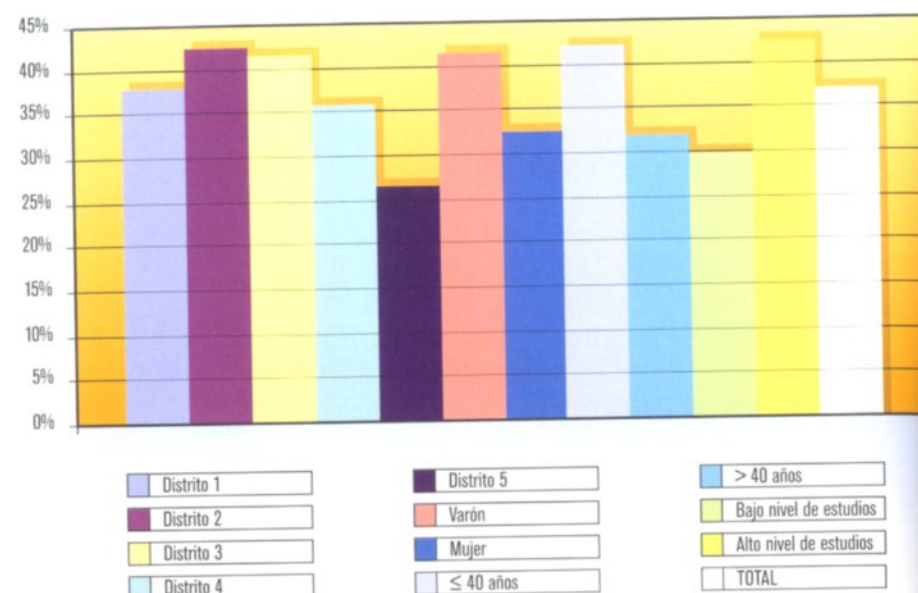
Relación entre el conocimiento de infectados y otras variables

VARIABLE		Conoce infectados (%)	
		no	si
Distrito de Residencia	1	62,2	37,8
	2	57,6	42,4
	3	58,6	41,4
	4	64,3	35,7
	5	73,5	26,5
Sexo	varón	58,6	41,4
	mujer	67,7	32,3
Estrato de edad (*)	≤ 40 años	58,1	41,9
	> 40 años	68,3	31,7
Nivel de estudios (§)	bajo	70,4	29,6
	alto	57,7	42,3
TOTAL		63,2	36,8

(*) $p: 0,036$
 (§) $p: 0,009$

Figura 3

Distribución y características de los encuestados que conocen infectados



3.2.2. conocimientos de las vías de información

El 70,9% de los encuestados *recuerda alguna campaña informativa sobre SIDA en los medios de comunicación*. De éstos, el mejor recordado es la TV (60,2%), seguido por los carteles y folletos (20,1%), la prensa (16,3%), la radio (14,4%), las actividades en instituciones docentes (2,4%), en la calle (1,6%), en Internet (1,2%) o en charlas (1,2%) (Tabla 6).

Los contenidos de estas campañas son recordados por el 57,9% de los encuestados (Tabla 6), especialmente por el grupo más joven (67,1% vs. 48,8%; $p: 0,000$) y con mayor nivel de estudios (69,9% vs. 42,3%; $p: 0,000$), sin diferenciarse en el sexo.

El 53,3% recuerda que trataron sobre "sexualidad y/o prevención sexual", el 21,4% sobre "prevención general", el 10,2% sobre "transmisión de la enfermedad" y el 8,8% sobre "conocimiento de la enfermedad".

Los temas relacionados con la "prevención y transmisión" son mejor recordados por las mujeres y aquellos relacionados con el "conocimiento de la enfermedad" por los varones ($p: 0,001$). La "prevención general" es más citada por las personas jóvenes y con mayor preparación académica ($p: 0,003$ y $p: 0,000$, respectivamente).

Tabla 6

Conocimientos de las vías de información

	%	IC 95 %
Recuerda campañas previas	70,9	66,8 - 75,0
televisión	60,2	55,7 - 64,6
carteles y folletos	20,1	16,5 - 23,8
prensa	16,3	12,9 - 19,6
radio	14,4	11,2 - 17,6
centros docentes	2,4	1,0 - 3,9
calle	1,6	0,4 - 2,8
Internet	1,2	0,1 - 2,3
Charlas	1,2	0,1 - 2,3
medio único de comunicación	42,1	37,6 - 46,5
Recuerda los temas de las campañas previas	57,9	53,4 - 63,4

IC: Intervalo de Confianza

Al analizar las características de las personas que recuerdan estas campañas no se observan diferencias en el sexo, aunque pertenecen con mayor frecuencia al grupo más joven (77,2% vs. 64,6%; $p: 0,002$), mejor instruido (81,7% vs. 56,8%; $p: 0,000$) y entre quienes conocen infectados (79,6% vs. 65,8%; $p: 0,004$) (Figura 4 y Tabla 7).

También se han analizado estas variables en relación al medio de comunicación citado. Así, los que recuerdan campañas en TV, prensa, carteles y folletos son con frecuencia más jóvenes y presentan mayor nivel de estudios. Por el contrario, los que las recuerdan en la radio no se diferencian en la edad, pero acreditan mayor nivel de estudios. Aunque sin alcanzar significación estadística, las mujeres se refieren con mayor frecuencia a las campañas en TV y a los carteles y los varones a la prensa.

Figura 4

Distribución y características de encuestados que recuerdan campañas informativas previas

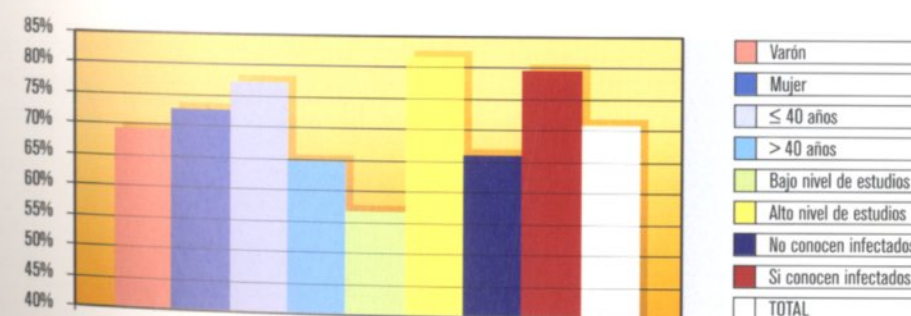


Tabla 7

Relación entre el recuerdo de campañas previas y otras variables

VARIABLE		Recuerda campañas previas (%)	
		no	si
Distrito de Residencia	1	20,4	79,6
	2	24,2	75,8
	3	32,3	67,7
	4	31,6	68,4
	5	36,7	63,3
Sexo	varón	30,7	69,3
	mujer	27,4	72,6
Estrato de edad (*)	≤ 40 años	22,8	77,2
	> 40 años	35,4	64,6
Nivel de estudios (S)	bajo	43,2	56,8
	alto	18,3	81,7
Conoce infectados (**)	no	34,1	65,9
	si	20,4	79,6
TOTAL		29,1	70,9

(*) p: 0,002
(S) p: 0,009
(**) p: 0,004

3.2.3. conocimientos de la enfermedad

La mayoría de los encuestados conoce que esta infección no se limita a los grupos de riesgo (85,8%), que los tratamientos han modificado sustancialmente la enfermedad (80,5%) y que a simple vista no se diferencian las personas infectadas del resto (80,1%) (Tabla 8 y Figura 5).

El 26% no sabe dónde realizarse la prueba del SIDA, pero los demás tienen una idea adecuada sobre dónde solicitarla. Para ello el 39% de los encuestados acudiría al Hospital y el 29% consultaría con Atención Primaria.

Se ha encontrado un nivel más bajo de conocimientos para reconocer que el VIH causa el SIDA (71,5%), que todas las personas infectadas pueden transmitir el virus (64,8%), y que la infección no se detecta en un análisis rutinario (58,9%) (Tabla 8 y Figura 5).

Tabla 8

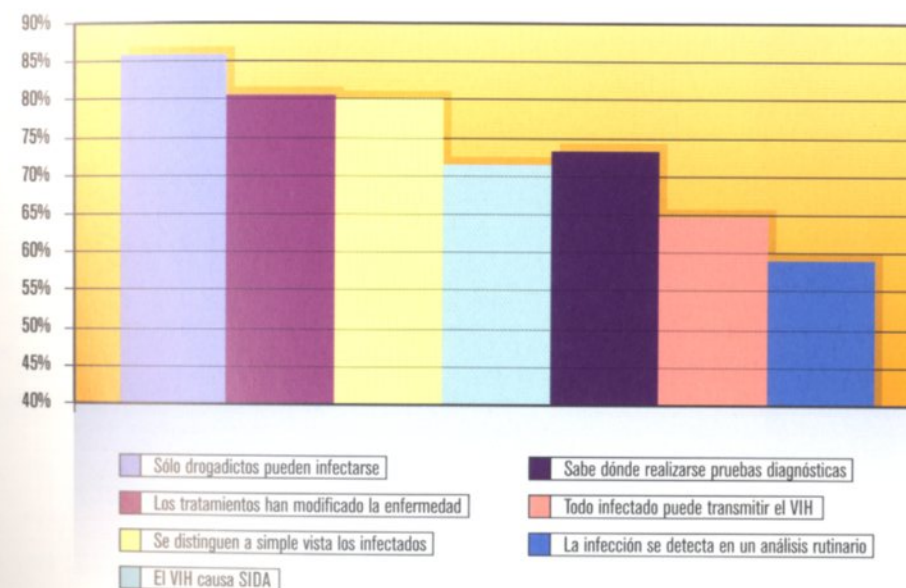
Conocimientos de la enfermedad: porcentaje de aciertos

	%	IC 95 %
Sólo drogadictos, prostitutas y homosexuales pueden infectarse	85,8	82,6 - 89,0
Los tratamientos han modificado la enfermedad	80,5	76,7 - 84,1
Los infectados se distinguen a simple vista	80,1	76,5 - 83,7
El VIH causa el SIDA	71,5	67,5 - 75,6
Saben dónde realizarse las pruebas diagnósticas	73,4	69,4 - 77,3
Todo infectado puede transmitir el VIH	64,8	60,1 - 69,2
La infección se detecta en un análisis rutinario	58,9	54,4 - 63,4

IC: Intervalo de Confianza

Figura 5

Conocimientos de la enfermedad: porcentaje de aciertos



Al obtener la suma de estos conocimientos, sobre un máximo de 7 puntos, la mediana es 5 y el rango intercuartil 2 (Tabla 9).

El 22% responde correctamente a todas las preguntas planteadas.

El nivel de conocimientos es diferente según los distritos y significativamente mejor entre el grupo más joven, con mayor nivel de estudios, entre quienes

conocen infectados, entre los que recuerdan campañas previas y entre los que presentan un mayor interés en recibir información adicional.

En cambio, no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 9

Relación entre los conocimientos de la enfermedad (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	6,00	5,00	7,00	,000
	2	6,00	5,00	7,00	
	3	5,00	4,00	7,00	
	4	5,00	4,00	6,00	
	5	4,00	3,00	6,00	
Sexo	varón	5,00	4,00	6,00	,053
	mujer	6,00	4,00	7,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	6,00	4,00	7,00	,000
	> 40 años	5,00	4,00	6,00	
Nivel de estudios	bajo	5,00	4,00	6,00	,000
	alto	6,00	5,00	7,00	
Conoce infectados	no	5,00	4,00	6,00	,000
	si	6,00	5,00	7,00	
Recuerda campañas previas	no	4,00	3,00	6,00	,000
	si	6,00	5,00	7,00	
Interés información adicional	bajo	5,00	4,00	6,00	,000
	alto	6,00	5,00	7,00	
TOTAL		5,00	4,00	6,00	

(*) Se obtuvo con la suma de 1 punto por cada acierto sobre los conocimientos de la enfermedad.

3.2.4. conocimientos de las vías de transmisión

La mayoría de las personas conoce la transmisión del virus por *compartir jeringuillas* (98,8%), por *sexo no protegido* (98,2%), por *transfusiones incontroladas* (97%), a través del embarazo (86%) o *compartiendo cepillos de dientes o máquinas de afeitar* (80,1%) (Tabla 10 y Figura 6).

Asimismo, conocen que no se transmite por *contacto físico habitual* (93,1%) o por *utilizar jeringuillas nuevas* (90,2%).

Los porcentajes de aciertos son menores al contestar sobre la transmisión

por *donación de sangre* (73,2%), *compartir el mismo servicio* (71,7%), *beber del mismo vaso* (67,9%), por *picaduras de mosquito* (57,9%) ó *besar en la boca* (56,7%).

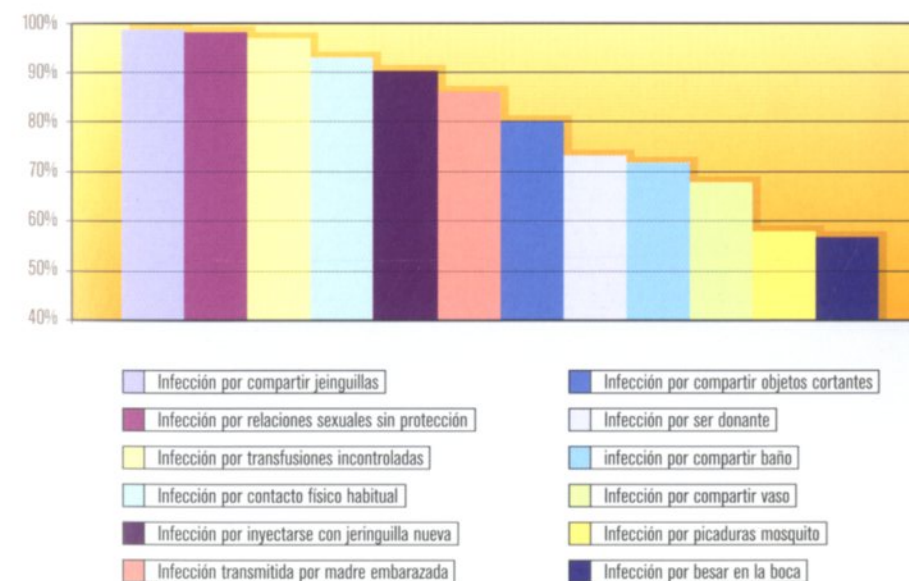
Conocimientos de las vías de transmisión: porcentaje de aciertos

	%	IC 95 %
Infección por compartir jeringuillas	98,8	97,7 - 99,9
Infección por relaciones sexuales sin protección	98,2	96,9 - 99,5
Infección por transfusiones incontroladas	97,0	95,3 - 98,6
Infección por contacto físico habitual	93,1	90,7 - 95,4
Infección por inyectarse con jeringuilla nueva	90,2	87,5 - 93,0
Infección transmitida por madre embarazada	86,0	82,8 - 91,0
Infección por compartir objetos cortantes	80,1	76,5 - 83,7
Infección por ser donante	73,2	69,2 - 77,2
infección por compartir baño	71,7	67,7 - 75,8
Infección por compartir vaso	67,9	63,7 - 72,1
Infección por picaduras mosquito	57,9	53,5 - 62,3
Infección por besar en la boca	56,7	52,2 - 61,2

IC: Intervalo de Confianza

Figura 6

Conocimientos de las vías de transmisión: porcentaje de aciertos



Cuando se suman las respuestas de las 12 preguntas de este apartado, la mediana es 10 y el rango intercuartil 2 (Tabla 11).

El 18,7% responde correctamente a todas ellas.

Se han encontrado diferencias entre los distritos, y además la puntuación es mayor en las mujeres, en los jóvenes, en los que acreditan un nivel académico elevado, en los que conocen infectados, entre quienes recuerdan campañas previas o en aquellos que tienen mayor interés en recibir información adicional.

Tabla 11

Relación entre los conocimientos de las vías de transmisión (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	10,00	9,00	11,00	,000
	2	10,00	9,00	11,00	
	3	11,00	9,00	11,00	
	4	10,00	8,00	11,00	
	5	9,00	8,00	6,00	
Sexo	varón	10,00	8,00	11,00	,025
	mujer	10,00	9,00	11,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	11,00	9,00	11,00	,000
	> 40 años	10,00	8,00	11,00	
Nivel de estudios	bajo	9,00	8,00	11,00	,000
	alto	11,00	9,00	12,00	
Conoce infectados	no	10,00	8,00	11,00	,000
	si	11,00	9,00	12,00	
Recuerda campañas previas	no	9,00	8,00	11,00	,000
	si	10,00	9,00	11,00	
Interés información adicional	bajo	10,00	8,00	11,00	,000
	alto	11,00	9,00	11,00	
TOTAL		10,00	9,00	11,00	

(*) Se obtuvo con la suma de 1 punto por cada acierto sobre los conocimientos de las vías de transmisión.

3.2.5. conocimientos de los métodos de prevención

En cuanto a los métodos de prevención la mayoría conoce que *no se debe compartir jeringuillas* (97,6%), la *utilidad del uso correcto del preservativo* (97,2%) y del *tratamiento durante el embarazo* (77,4%) (Tabla 12 y Figura 7). Asimismo, algunos recuerdan correctamente la *ineficacia con fines preventivos de la anticoncepción* (70,7%), y la necesidad de que *las madres infectadas no amamenten a los niños* (45,9%).

El número de aciertos disminuye al valorar la utilidad de *tener relaciones sexuales sólo con conocidos* (25,8%), de *cuidar el tipo de personas con las que nos relacionamos* (24,4%) o la *confianza en la pareja* (9,1%).

Tabla 12

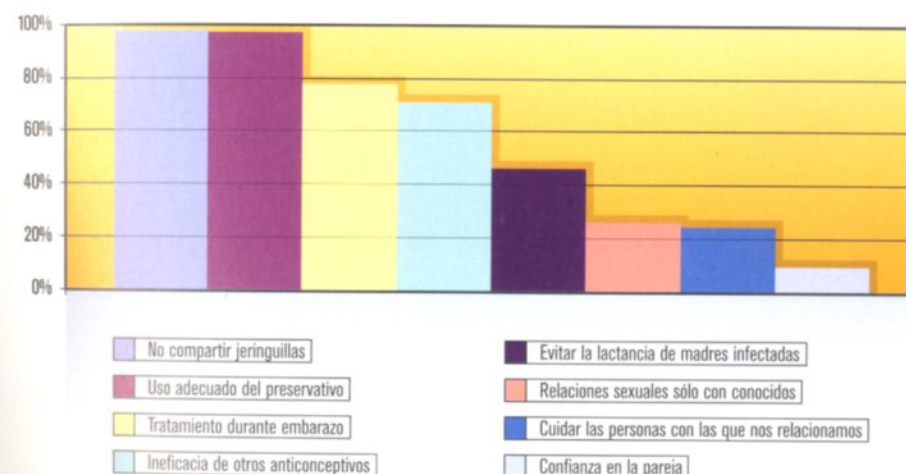
Conocimientos de los métodos de prevención: porcentaje de aciertos

	%	IC 95(%)
No compartir jeringuillas	97,6	96,1 - 99,0
Uso adecuado del preservativo	97,2	95,6 - 98,7
Tratamiento durante embarazo	77,4	73,6 - 81,2
Ineficacia de otros anticonceptivos	70,7	66,6 - 74,9
Evitar la lactancia de madres infectadas	45,9	41,4 - 50,4
Relaciones sexuales sólo con conocidos	25,8	21,8 - 29,8
Cuidar las personas con las que nos relacionamos	24,4	20,5 - 28,3
Confianza en la pareja	9,1	6,5 - 11,8

IC: Intervalo de Confianza

Figura 7

Conocimientos de las estrategias de prevención: porcentaje de aciertos



En este apartado, con ocho preguntas, la mediana es 4 y el rango intercuartil 1 (Tabla 13).

Ocho encuestados responden correctamente a todas ellas.

Se han hallado diferencias según el distrito y una mayor puntuación en muje-

res, en los más jóvenes, entre los más instruidos, en los que conocen infectados, entre los que recuerdan campañas previas y en los que tienen mayor interés en recibir información adicional.

Tabla 13

Relación entre los conocimientos de los métodos de prevención (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	4,00	4,00	5,00	,000
	2	5,00	4,00	5,00	
	3	5,00	4,00	6,00	
	4	4,00	4,00	5,00	
	5	4,00	3,00	5,00	
Sexo	varón	4,00	4,00	5,00	,005
	mujer	5,00	4,00	5,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	4,50	4,00	5,00	,032
	> 40 años	4,00	4,00	5,00	
Nivel de estudios	bajo	4,00	4,00	5,00	,001
	alto	5,00	4,00	5,00	
Conoce infectados	no	4,00	4,00	5,00	,015
	si	4,00	4,00	5,00	
Recuerda campañas previas	no	4,00	3,00	5,00	,003
	si	4,00	4,00	5,00	
Interés información adicional	bajo	4,00	3,00	5,00	,003
	alto	5,00	4,00	5,00	
TOTAL		4,00	4,00	5,00	

(*) Se obtuvo con la suma de 1 punto por cada acierto sobre los conocimientos de los métodos de prevención.

3.3

Actitudes

3.3.1. actitudes frente a las estrategias de información

La mayoría de los encuestados desea recibir *información adicional sobre la enfermedad* estando muy interesados el 53,2% (48,6%-57,8%; IC 95%), poco interesados el 32,7% (28,4%-37,0%; IC 95%) y nada interesados el 14,1% (10,9%-17,3%; IC 95%).

El porcentaje de personas muy interesadas (también se denominará como grupo con interés en recibir información adicional) es mayor en mujeres (66,1% vs. 38,1%; p: 0.000), en jóvenes (65% vs. 39,4%; p: 0.000), en los

de mayor instrucción (59,5% vs. 42,7%; p:0.000), en los que conocen infectados (63,5% vs. 45,7%; p:0,004) y entre quienes recuerdan campañas previas (58,7% vs. 36,4%; p:0,000), siendo la distribución en los distritos heterogénea (58,2% en el distrito 1, 46,5% en el 2, 64,6% en el 3, 41,8% en el 4 y 50% en el distrito 5; p: 0.010) (Tabla 14 y Figura 8).

Tabla 14

Relación entre el interés por recibir información adicional y otras variables

VARIABLE		Interés en recibir información adicional (%)	
		bajo (*)	alto (**)
Distrito de Residencia (°)	1	41,8	58,2
	2	53,5	46,5
	3	35,4	64,6
	4	58,2	41,8
	5	50,0	50,0
Sexo (°°)	varón	61,9	38,1
	mujer	33,9	66,1
Estrato de edad (\$)	≤ 40 años	35,0	65,0
	> 40 años	60,6	39,4
Nivel de estudios (\$\$)	bajo	57,3	42,7
	alto	40,5	59,5
Conoce infectados (¥)	no	54,3	45,7
	si	36,5	63,5
Recuerda campañas previas (¥¥)	no	63,6	36,4
	si	41,3	58,7
TOTAL		46,8	53,2

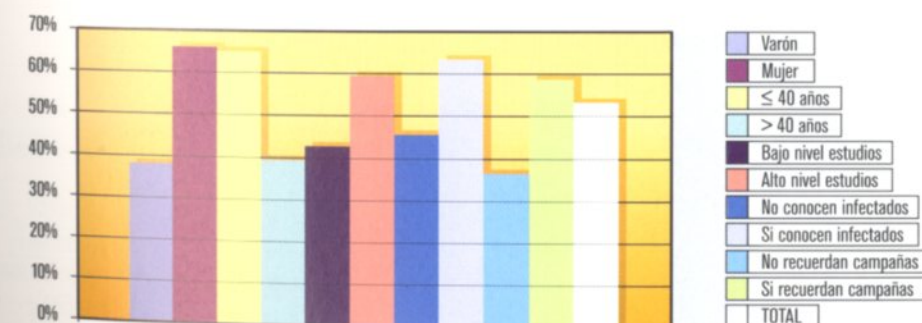
(*) Poco o ningún interés en recibir información adicional.

(**) Muy interesados en recibir información adicional.

(°) p: 0.010 (°°) p: 0.000 (\$) p: 0.000 (\$\$) p: 0.000 (¥) p: 0.004 (¥¥) p: 0.000

Figura 8

Distribución y características de los encuestados muy interesados en recibir información adicional



Para recibir esta información, el medio preferido es la TV (47,6%) seguido por charlas (29,7%), folletos y carteles (27,6%), profesionales sanitarios (24,4%), radio (18,5%), centros de enseñanza (3,7%), correo (2,6%) y prensa (2,4%).

Por otra parte, el grupo más interesado muestra mejores conocimientos sobre la enfermedad, sobre las vías de transmisión y sobre la prevención, así como mejores actitudes como se verá a lo largo de los siguientes epígrafes (Tabla 23).

3.3.2. actitudes frente a la enfermedad

La mayoría de los encuestados rechaza que los pacientes merezcan la enfermedad (95,3%) y que las campañas informativas sobre SIDA deban dirigirse exclusivamente a los jóvenes (91,7%) (Tabla 15 y Figura 9).

Un porcentaje muy significativo aceptaría trabajar con un compañero infectado (86%) o compraría en una tienda donde trabajase algún portador del virus (81,3%).

Por otra parte, no están de acuerdo en que los infectados deban de estar en centros especiales (80,5%) y no cambiarían de clase a un niño de su familia aunque hubiera en ella otro infectado (75,6%).

Tabla 15

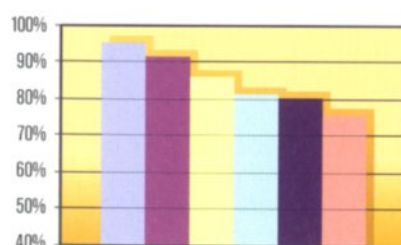
Actitudes frente a la enfermedad

	% (*)	IC 95 %
No aceptan que los pacientes merezcan la enfermedad	95,3	93,4 - 97,3
Rechaza campañas sólo para jóvenes	91,7	89,1 - 94,2
No objeción por compartir trabajo con infectado	86,0	82,8 - 89,1
Aceptan comprar en tienda donde trabaja infectado	81,3	77,8 - 84,8
Rechazan que los enfermos deban estar en centros especiales	80,5	76,9 - 84,1
Aceptan un niño infectado en clase	75,6	71,7 - 79,5

(*) Porcentaje de encuestados que se manifiestan "de acuerdo" o muy "de acuerdo"
IC: Intervalo de Confianza

Figura 9

Actitudes frente a la enfermedad



Porcentaje de aceptación

No aceptan que los pacientes merezcan la enfermedad
Rechaza campañas sólo para jóvenes
No objeción por compartir trabajo con infectado
Aceptan comprar en tienda donde trabaja infectado
Rechazan que los enfermos deban estar en centros especiales
Aceptan un niño infectado en clase

Al valorar en conjunto estas actitudes, sobre una puntuación máxima de 18 puntos, la mediana es 14 y el rango intercuartil 5 (Tabla 16).

El 16.5 % alcanza una puntuación máxima.

Se aprecian diferencias según los distritos y mayor puntuación en mujeres, entre los más jóvenes, en quienes acreditan mayor nivel de estudios, en quienes conocen infectados, entre quienes recuerdan campañas previas y en aquellos que muestran interés en recibir más información.

Tabla 16

Relación entre las actitudes frente a la enfermedad (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	14,00	12,00	16,00	,016
	2	14,00	12,00	17,00	
	3	15,00	12,00	18,00	
	4	14,00	10,00	16,25	
	5	13,00	12,00	15,25	
Sexo	varón	13,00	11,00	16,00	,000
	mujer	15,00	13,00	17,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	15,00	13,00	17,25	,000
	> 40 años	13,00	11,00	15,00	
Nivel de estudios	bajo	12,00	10,00	15,00	,000
	alto	15,00	13,00	17,00	
Conoce infectados	no	13,00	11,00	16,00	,011
	si	14,00	12,00	17,00	
Recuerda campañas previas	no	12,00	10,00	15,00	,000
	si	14,00	12,00	17,00	
Interés información adicional	bajo	13,00	10,00	15,00	,000
	alto	15,00	13,00	18,00	
TOTAL		14,00	12,00	17,00	

(*) Se obtuvo sumando las respuestas sobre las actitudes frente a los métodos de prevención con la siguiente escala:
3 puntos para las actitudes muy positivas
2 puntos para las positivas
1 punto para las negativas
0 puntos para el resto

3.3.3. actitudes frente a los métodos de prevención

Casi todos los encuestados aceptan que los preservativos sean baratos y accesibles (95,5%), asumen que son la mejor prevención de la transmisión sexual (95,2%) y desean que se faciliten jeringuillas estériles (87%) (Tabla 17 y Figura 10).

Tabla 17

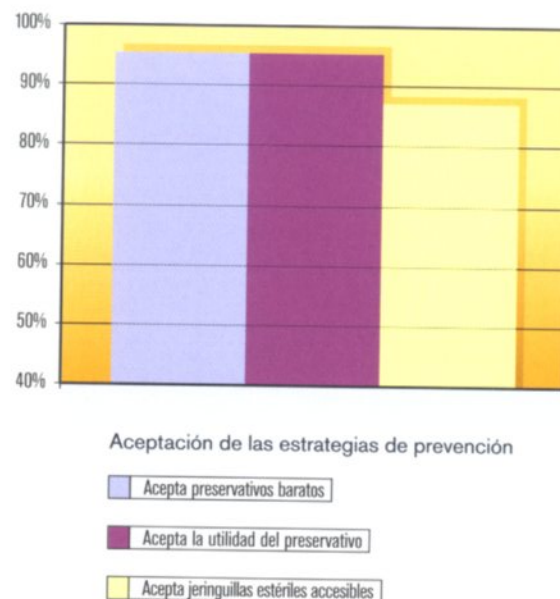
Actitudes frente a las estrategias de prevención

Estrategia de prevención	% (*)	IC 95 %
Acepta preservativos baratos	95,5	93,6 - 97,5
Acepta utilidad del preservativo en la prevención sexual	95,2	93,1 - 97,1
Acepta jeringuillas estériles accesibles	87,0	83,9 - 90,1

(*) Porcentaje de encuestados que se manifiestan "de acuerdo" o muy "de acuerdo"
IC: Intervalo de Confianza

Figura 10

Actitudes frente a las estrategias de prevención



Sumando estas actitudes, sobre una puntuación máxima de 9 puntos, la mediana es 8 y el rango intercuartil 3 (Tabla 18).

El 35,2% obtiene puntuación máxima.

Se han encontrado diferencias según los distritos y un nivel mayor en las mujeres, en los más jóvenes, en los más instruidos, entre quienes conocían infectados, entre quienes recordaban campañas previas y aquellos que mostraban interés por recibir información adicional.

Tabla 18

Relación entre las actitudes frente a los métodos de prevención (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	7,00	6,00	9,00	,000
	2	8,00	7,00	9,00	
	3	8,00	7,00	9,00	
	4	7,50	6,00	9,00	
	5	6,00	6,00	9,00	
Sexo	varón	7,00	6,00	9,00	,000
	mujer	8,00	6,00	9,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	8,00	7,00	9,00	,000
	> 40 años	7,00	6,00	8,00	
Nivel de estudios	bajo	7,00	6,00	8,00	,000
	alto	8,00	6,00	9,00	
Conoce infectados	no	7,00	6,00	9,00	,002
	si	8,00	6,00	9,00	
Recuerda campañas previas	no	7,00	6,00	9,00	,005
	si	8,00	6,00	9,00	
Interés información adicional	bajo	7,00	6,00	9,00	,000
	alto	8,00	7,00	9,00	
TOTAL		8,00	6,00	9,00	

(*) Se obtuvo sumando las respuestas sobre las actitudes frente a los métodos de prevención con la siguiente escala:
3 puntos para las actitudes muy positivas
2 puntos para las positivas
1 punto para las negativas
0 puntos para el resto

3.4

Percepción de la probabilidad de infectarse

El 4,3% percibe una probabilidad de infectarse alta, y el 0,8% muy alta (Tabla 19).

Probabilidad de infectarse en porcentaje

Probabilidad	%	IC 95 %
Nula	36,2	32,1 - 40,7
Baja	57,7	53,1 - 62,0
Alta	4,3	2,4 - 6,2
Muy alta	0,8	0,2 - 2,0

IC: Intervalo de Confianza

Las personas que creen sufrir un riesgo alto o muy alto de infectarse (25 encuestados), no se diferencian por el sexo, edad, nivel de estudios o conocimiento de algún infectado, pero recuerdan peor las campañas previas y presentan mayor interés por recibir información (Figura 11 y Tabla 20).

Figura 11

Distribución y características de las personas que estiman tener una probabilidad alta o muy alta de infectarse

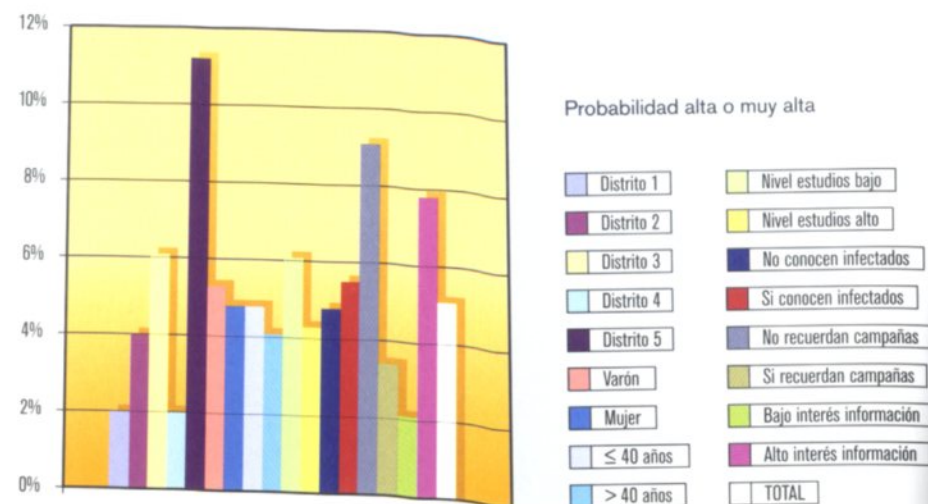


Tabla 20

Relación entre la probabilidad de infectarse y otras variables

VARIABLE		Probabilidad de infectarse (%)	
		nula o baja	alta o muy alta
Distrito de Residencia (*)	1	98	2
	2	96	4
	3	93,9	6,1
	4	98	2
	5	88,8	11,2
Sexo	Varón	94,7	5,3
	Mujer	95,2	4,8
Estrato de edad	≤ 40 años	95,2	4,8
	> 40 años	95,9	4,1
Nivel de estudios	bajo	93,9	6,1
	alto	95,7	4,3
Conoce infectados	no	95,2	4,8
	si	94,5	5,5
Recuerda campañas previas (Y)	no	90,9	9,1
	si	96,6	3,4
Interés información adicional (**)	bajo	97,9	2,1
	alto	92,2	7,8
TOTAL		94,9	5,1

(*) p: 0,019 (Y) p: 0,010 (**) p: 0,021

También se aprecian diferencias en la distribución de estas personas según el distrito de residencia.

Entre este grupo y el resto no se encuentran diferencias en las puntuaciones globales de conocimientos sobre prevención o transmisión, ni tampoco en las de actitudes.

Sin embargo, al analizar las respuestas de forma individual se constatan algunos resultados destacables:

Con mayor frecuencia desconocen *dónde realizarse las pruebas diagnósticas* (52% vs. 25,9%; p: 0,044), ignoran los *avances médicos realizados* (48% vs. 18%; p: 0,000) y tienen ideas erróneas sobre *la transmisión por picaduras de mosquitos* (64% vs. 40,9%; p: 0,023) o por *compartir el mismo vaso* (52% vs. 31%; p: 0,029).

Con frecuencia desconocen la *utilidad del tratamiento en el embarazo* (44% vs. 21,4%; p: 0,008) o del *uso del preservativo* (12% vs. 2,4%; p: 0,005).

Aceptan peor que los *preservativos sean más baratos* (24% vs. 3,4%; p: 0,005) o que sean *adecuados para la prevención* (20% vs. 4,28%; p: 0,046).

Por último, con mayor frecuencia asumen que *los enfermos merezcan la infección* (28% vs. 3,4%; p: 0,000), que *sean reclusos en centros especiales* (36% vs. 18,6%; p: 0,033) y *rechazan un compañero de trabajo infectado* (32% vs. 13,1%; p: 0,008).

3.5

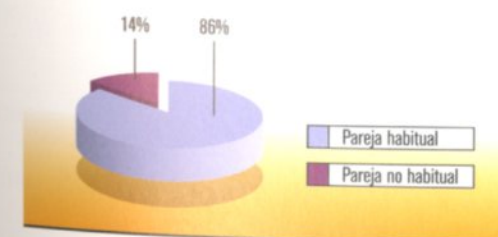
Hábitos conductuales

En los últimos 12 meses, el 79,8% de los encuestados *ha mantenido relaciones sexuales*, el 11,38 % con una *pareja no habitual*. De estos últimos, el 32,7% (18) refiere *no utilizar siempre preservativo*, y el 16% (9) *no haberlo usado en la última relación*.

Al realizar los correspondientes indicadores se obtiene:

Figura 12

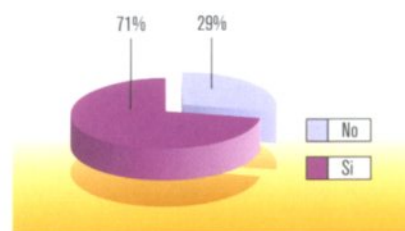
Índice de relación sexual con pareja no habitual



Indicador 1: de los encuestados con relaciones sexuales en los últimos 12 meses, el 14,25% ha tenido una pareja diferente de la habitual (Figura 12).

Figura 13

Índice de utilización de preservativo en la última relación sexual con pareja no habitual

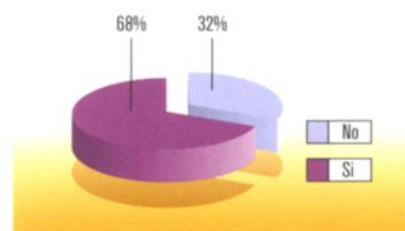


Indicador 2: de los encuestados con relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja no habitual, el 71,42% utilizó la última vez preservativo (**Figura 13**).

Las personas con mayor riesgo de transmisión sexual (es decir, aquellas que han mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja no habitual y que no utilizan siempre preservativo) fueron 18 y se compararon con el resto.

Figura 14

Porcentajes de los encuestados que siempre utilizan el preservativo en las relaciones con pareja no habitual.



No se diferencian en la edad, distrito de residencia, sexo, conocimiento de infectados, recuerdo de campañas previas o interés por recibir información.

Tampoco muestran más conceptos erróneos en cuestiones tales como distinguir a simple vista a los infectados, o la utilidad de cuidar con las personas con las que se relacionan o con las que se mantienen relaciones sexuales.

Asimismo, poseen niveles de conocimientos similares en relación al riesgo de transmisión sexual, prevención con el preservativo y mantienen actitudes equiparables en cuanto al uso y accesibilidad de los condones.

Por el contrario, acreditan mejor preparación académica (el 89,5% posee un nivel alto de estudios vs. el 55,4% del resto; $p: 0,033$) y creen tener mayor probabilidad de infectarse (muy alta 5,6%; alta 16,6%; baja 77,8%; nula 0%; $p: 0,000$).

Indicador 3: de los 5 encuestados que consumieron drogas por vía parenteral en los últimos 10 años, cuatro habían compartido jeringuillas. En este apartado las cifras son muy bajas y creemos que no pueden realizarse otros análisis que permitan extraer conclusiones válidas.

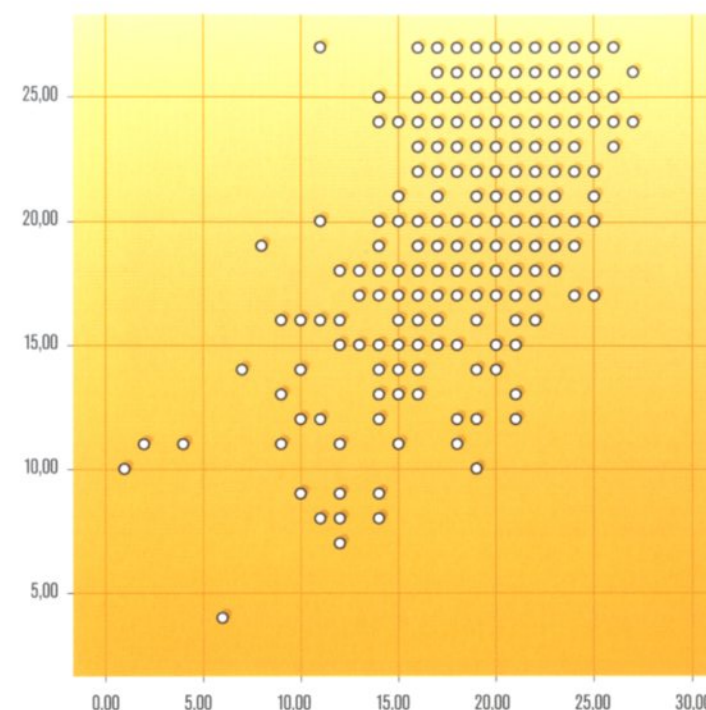
3.6

Análisis de actitudes y conocimientos globales

Se ha observado una buena correlación entre los niveles de conocimientos y de actitudes globales ($r: 0,595$; $p: 0,000$) (**Figura 15**).

Figura 15

Relación entre los conocimientos globales (eje de abscisas) y las actitudes globales (eje de ordenadas).

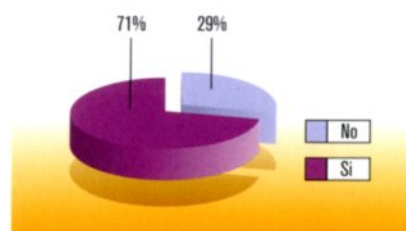


NOTA: Los conocimientos globales se obtuvieron con la suma de los conocimientos de la enfermedad más los de las vías de transmisión más los de la prevención; las actitudes globales con la suma de las actitudes frente a la enfermedad más las actitudes frente a los métodos de prevención.

En el análisis bivalente se ha comprobado que tanto los conocimientos como las actitudes globales son diferentes según los distritos y significativamente mayores en mujeres, en jóvenes, entre aquellos con un nivel alto de estudios, en los que conocen algún infectado, entre quienes recuerdan campañas previas sobre SIDA y en los muy interesados en recibir información adicional (resultados similares ya se han expuesto anteriormente en cada uno de los apartados de conocimientos y actitudes) (**Tablas 21, 22, 23 y 24**).

Figura 13

Índice de utilización de preservativo en la última relación sexual con pareja no habitual

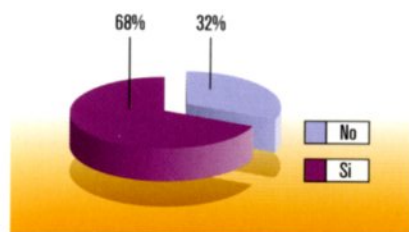


Indicador 2: de los encuestados con relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja no habitual, el 71,42% utilizó la última vez preservativo (Figura 13).

Las personas con mayor riesgo de transmisión sexual (es decir, aquellas que han mantenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja no habitual y que no utilizan siempre preservativo) fueron 18 y se compararon con el resto.

Figura 14

Porcentajes de los encuestados que siempre utilizan el preservativo en las relaciones con pareja no habitual.



No se diferencian en la edad, distrito de residencia, sexo, conocimiento de infectados, recuerdo de campañas previas o interés por recibir información.

Tampoco muestran más conceptos erróneos en cuestiones tales como distinguir a simple vista a los infectados, o la utilidad de cuidar con las personas con las que se relacionan o con las que se mantienen relaciones sexuales.

Asimismo, poseen niveles de conocimientos similares en relación al riesgo de transmisión sexual, prevención con el preservativo y mantienen actitudes equiparables en cuanto al uso y accesibilidad de los condones.

Por el contrario, acreditan mejor preparación académica (el 89,5% posee un nivel alto de estudios vs. el 55,4% del resto; $p: 0,033$) y creen tener mayor probabilidad de infectarse (muy alta 5,6%; alta 16,6%; baja 77,8%; nula 0%; $p: 0,000$).

Indicador 3: de los 5 encuestados que consumieron drogas por vía parenteral en los últimos 10 años, cuatro habían compartido jeringuillas.

En este apartado las cifras son muy bajas y creemos que no pueden realizarse otros análisis que permitan extraer conclusiones válidas.

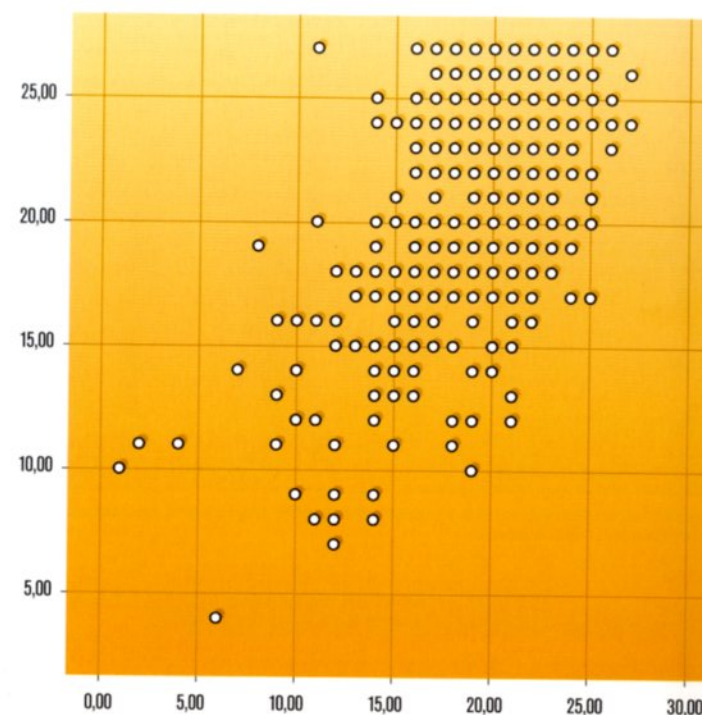
3.6

Análisis de actitudes y conocimientos globales

Se ha observado una buena correlación entre los niveles de conocimientos y de actitudes globales ($r: 0,595$; $p: 0,000$) (Figura 15).

Figura 15

Relación entre los conocimientos globales (eje de abscisas) y las actitudes globales (eje de ordenadas).



NOTA: Los conocimientos globales se obtuvieron con la suma de los conocimientos de la enfermedad más los de las vías de transmisión más los de la prevención; las actitudes globales con la suma de las actitudes frente a la enfermedad más las actitudes frente a los métodos de prevención.

En el análisis bivalente se ha comprobado que tanto los conocimientos como las actitudes globales son diferentes según los distritos y significativamente mayores en mujeres, en jóvenes, entre aquellos con un nivel alto de estudios, en los que conocen algún infectado, entre quienes recuerdan campañas previas sobre SIDA y en los muy interesados en recibir información adicional (resultados similares ya se han expuesto anteriormente en cada uno de los apartados de conocimientos y actitudes) (Tablas 21, 22, 23 y 24).

Tabla 21

Relación entre los conocimientos globales (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	20,00	18,00	22,00	,000
	2	20,00	19,00	22,00	
	3	21,00	18,00	24,00	
	4	20,00	17,00	22,00	
	5	18,00	15,00	20,25	
Sexo	varón	19,00	17,00	21,00	,003
	mujer	21,00	18,00	23,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	21,00	18,00	23,00	,000
	> 40 años	19,00	16,00	21,00	
Nivel de estudios	bajo	18,00	15,00	21,00	,000
	alto	21,00	19,00	23,00	
Conoce infectados	no	19,00	16,00	21,00	,000
	si	21,00	19,00	23,00	
Recuerda campañas previas	no	17,00	14,00	21,00	,000
	si	21,00	18,00	22,00	
Interés información adicional	bajo	19,00	16,00	21,00	,000
	alto	21,00	19,00	23,00	
TOTAL		20,00	17,00	22,00	

(*) Los conocimientos globales se obtuvieron con la suma de la puntuación de los conocimientos sobre la enfermedad, más la de los conocimientos de las vías de transmisión más la de los conocimientos de los métodos de prevención.

Tabla 22

Análisis bivariante: valor de p de las diferentes variables en relación al conocimiento

VARIABLE	CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD	CONOCIMIENTOS DE LAS VÍAS DE TRANSMISIÓN	CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN	CONOCIMIENTOS GLOBALES
Distrito	0,000	0,000	0,000	0,000
Sexo	0,053	0,025	0,005	0,003
Estrato de edad	0,000	0,000	0,032	0,000
Nivel de estudios	0,000	0,000	0,001	0,000
Conoce infectados	0,000	0,000	0,015	0,000
Recuerda campañas previas	0,000	0,000	0,003	0,000
Interés información adicional	0,000	0,000	0,003	0,000

Tabla 23

Relación entre las actitudes globales (*) y otras variables

VARIABLE		Mediana	Percentil 25	Percentil 75	p
Distrito de Residencia	1	21,00	18,00	25,00	,000
	2	22,00	19,00	25,00	
	3	23,00	20,00	26,00	
	4	21,50	17,00	24,00	
	5	19,00	17,00	23,25	
Sexo	varón	20,00	17,00	24,00	,000
	mujer	23,00	19,00	26,00	
Estrato de edad	≤ 40 años	23,00	20,00	26,00	,000
	> 40 años	20,00	17,00	23,00	
Nivel de estudios	bajo	19,00	16,50	22,50	,000
	alto	23,00	20,00	26,00	
Conoce infectados	no	21,00	18,00	24,00	,000
	si	23,00	19,00	26,00	
Recuerda campañas previas	no	19,00	16,00	23,00	,000
	si	22,00	19,00	25,00	
Interés información adicional	bajo	20,00	16,00	23,00	,000
	alto	23,00	19,50	26,00	
TOTAL		21,00	18,00	25,00	

(*) La actitud global se cuantificó sumando la puntuación de actitud frente a la enfermedad más la actitud frente a los métodos de prevención.

Tabla 24

Análisis bivariante: valor de p de las diferentes variables en relación a la actitud

VARIABLE	ACTITUDES FRENTE A LA ENFERMEDAD	ACTITUDES FRENTE A LA PREVENCIÓN	ACTITUDES GLOBALES
Distrito	0,016	0,000	0,000
Sexo	0,000	0,000	0,000
Estrato de edad	0,000	0,000	0,000
Nivel de estudios	0,000	0,000	0,000
Conoce infectados	0,011	0,002	0,000
Recuerda campañas previas	0,000	0,005	0,000
Interés información adicional	0,000	0,000	0,000

Por otra parte, las personas con peor puntuación de conocimientos o de actitud globales (es decir, aquellas comprendidas en el primer cuartil) son con frecuencia varones, de mayor edad, menos instruidos, no conocen infectados, no recuerdan campañas previas y manifiestan poco o nulo interés en recibir información.

No se aprecian diferencias entre la percepción del riesgo de infectarse y los niveles de conocimientos o actitudes.

En el análisis multivariante se han encontrado variables que predicen significativamente mejores conocimientos globales: nivel alto de estudios, mayor interés por recibir información adicional, recuerdo de campañas previas, sexo femenino y distrito de residencia (Tabla 25 y Figura 16).

La asociación con los distritos es heterogénea. Así, residir en el distrito 3 se asocia a una mejor puntuación en conocimientos, ocurriendo lo opuesto en el distrito 5. No se ha podido encontrar una relación significativa con otros distritos, con la variable edad o con el hecho de conocer a personas infectadas.

Tabla 25

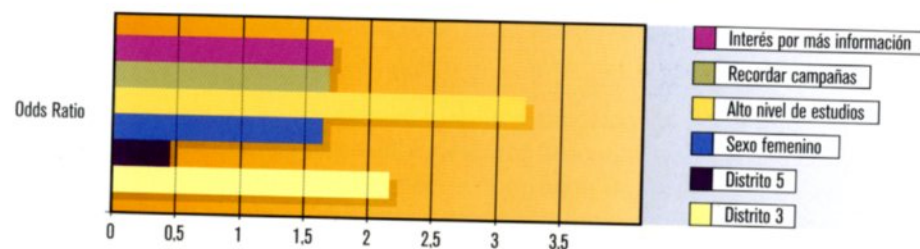
Análisis multivariante del nivel global de conocimientos

VARIABLE	OR	IC al 95,0 %	p
Distrito			,000
Distrito 1	,863	,584 - 1,275	,460
Distrito 2	1,257	,850 - 1,858	,252
Distrito 3	2,173	1,437 - 3,286	,000
Distrito 4	,935	,623 - 1,401	,743
Distrito 5	,454	,293 - 0,702	,000
Sexo femenino	1,640	1,074 - 2,504	,022
Edad ≤ 40 años	1,283	,831 - 2,504	,260
Nivel de estudios alto	3,218	2,056 - 5,037	,000
Conoce infectados	1,405	,918 - 2,149	,117
Recuerda campañas previas	1,687	1,045 - 2,724	,032
Interés información adicional alto	1,703	1,092 - 2,658	,019

OR: Odds Ratio
IC: Intervalo de Confianza

Figura 16

Análisis multivariante: representación de las variables significativas con sus OR (Odds Ratio) en relación al nivel global de conocimientos (cuando la OR es significativa y superior a 1, predice mejores conocimientos; lo opuesto ocurre cuando es inferior a 1)



En el análisis multivariante de las actitudes globales, se ha encontrado que son significativamente mejores en el estrato más joven, en el grupo con un nivel de estudios alto, en las mujeres y en los residentes en el distrito 3 (Tabla 26 y Figura 17).

Por el contrario, residir en el distrito 5 predice peor nivel de actitudes globales.

No ha podido encontrarse una relación estadísticamente significativa con otros distritos, ni con el conocimiento de infectados, recordar campañas previas o el interés por información adicional.

Tabla 26

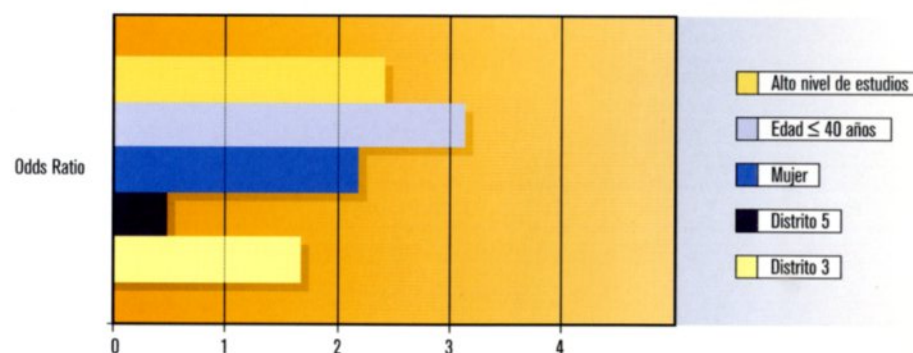
Análisis multivariante del nivel global de actitud

VARIABLE	OR	IC al 95,0 %	p
Distrito			,000
Distrito 1	,871	,584 - 1,299	,499
Distrito 2	1,198	,805 - 1,783	,373
Distrito 3	1,682	1,111 - 2,547	,014
Distrito 4	1,186	,785 - 1,793	,417
Distrito 5	,480	,313 - ,736	,001
Sexo femenino	2,189	1,424 - 3,364	,000
Edad ≤ 40 años	3,131	2,036 - 4,813	,000
Nivel de estudios alto	2,424	1,563 - 3,758	,000
Conoce infectados	1,316	,852 - 2,034	,216
Recuerda campañas previas	1,356	,843 - 2,182	,209
Interés información adicional alto	1,440	,922 - 2,249	,109

OR: Odds Ratio
IC: Intervalo de Confianza

Figura 17

Análisis multivariante; representación de las variables significativas con sus OR (Odds Ratio) en relación al nivel global de actitudes (cuando la OR es significativa y superior a 1, implica una asociación positiva, y lo opuesto ocurre cuando es inferior a 1).



3.7.1. características basales

Los encuestados son comparables en ambos periodos en cuanto a distribución por sexo y edad ($40,99 \pm 14,36$ años en 2005 vs. $41,15 \pm 14,84$ años en 1997, $p: 0,8$), mostrando mayor nivel de estudios en 2005 (estudios secundarios o superiores el 57% en 2005 vs. 49,9%; $p: 0,045$) (Tabla 27).

Tabla 27

Distribución y características basales de los encuestados en ambos periodos

VARIABLE	1997	2005
Distrito 1	20,84%	19,91%
Distrito 2	20,21%	20,12%
Distrito 3	18,10%	20,12%
Distrito 4	20,63%	19,91%
Distrito 5	20,21%	19,91%
Sexo femenino	50,5%	50,4%
Edad ≤ 40 años	51,0%	50,0%
Nivel de estudios alto (*)	49,9%	57,4%

(*) $p < 0,05$

3.7.2. conocimientos

3.7.2.1. conocimientos sobre las vías de información

No se objetivan diferencias destacables en los porcentajes de personas que recuerdan las campañas informativas, o el medio de comunicación donde se realizaron (prensa, radio o televisión), salvo que en 2005 se citan más los folletos y los carteles (20,1% vs. 12,7%; $p: 0,002$) (Tabla 28 y Figura 18).

Por el contrario, un porcentaje menor recuerdan los temas de las campañas (57,9% en 2005 frente al 72,5% en 1997; $p: 0,000$).

Tabla 28

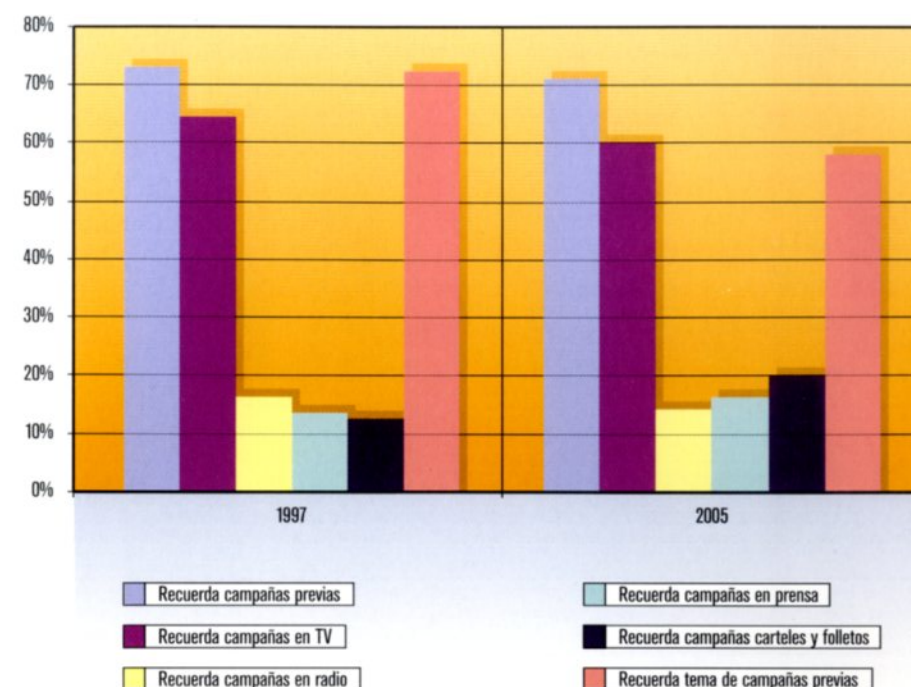
Porcentajes de respuestas afirmativas en relación al conocimiento de los medios de comunicación en los dos periodos

	1997	2005
Recuerda campañas previas	73,2%	70,9%
Recuerda campañas en TV	64,5%	60,2%
Recuerda campañas en radio	16,3%	14,4%
Recuerda campañas en prensa	13,5%	16,3%
Recuerda campañas carteles y folletos (*)	12,7%	20,1%
Recuerda tema de campañas previas (Y)	72,5%	57,9%

(*) $p: 0,002$
(Y) $p: 0,000$

Figura 18

Comparación de los conocimientos de los medios de comunicación



3.7.2.2. conocimientos de la enfermedad

En 2005, el 36,8% conoce algún infectado frente al 28,8% en 1997 ($p: 0,008$) (Tabla 29).

No se aprecian diferencias significativas en el conocimiento sobre dónde realizarse las pruebas para el diagnóstico ni sobre si en un análisis de rutina puede conocerse si se está infectado.

Tabla 29

Comparación del conocimiento de la enfermedad en los dos periodos

	1997	2005
Conoce infectados (*)	28,8%	36,8%
Sabe dónde realizarse pruebas diagnósticas	74,0%	73,4%
En un análisis rutinario se diagnostica la infección (Y)	55,6%	58,9%

(*) $p: 0,008$
(Y) Porcentaje de encuestados que discrepan de la afirmación

Sobre un máximo de 2 puntos, la mediana para ambos periodos fue 1 y el rango intercuartil 1, sin apreciarse diferencias significativas.

3.7.2.3. conocimientos de las vías de transmisión

En las 12 cuestiones sobre este apartado sólo se aprecian diferencias significativas al responder sobre la *transmisión del virus por compartir el mismo vaso* (responden acertadamente el 67,9% en 2005 vs. 75% en 1997, p: 0,017) (Tabla 30 y Figura 19).

Tabla 30

Comparación de los conocimientos de las vías de transmisión

	Porcentaje de aciertos	
	1997	2005
Infección por compartir jeringuillas	98,7%	98,8%
Infección por relaciones sexuales sin protección	96,2%	98,2%
Infección por transfusiones incontroladas	96,4%	97,0%
Infección por contacto físico habitual	95,1%	93,1%
Infección por inyectarse con jeringuilla nueva	89,2%	90,2%
Infección transmitida por madre embarazada	87,1%	86%
Infección por compartir objetos cortantes	81,8%	80,1%
Infección por ser donante	73,9%	73,2%
Infección por compartir baño	73,9%	71,7%
Infección por compartir vaso (*)	75,0%	67,9%
Infección por picaduras mosquito	62,9%	57,9%
Infección por besar en la boca	59,7%	56,7%

(*) p: 0,017

La suma de estos conocimientos es similar en ambos estudios (Figura 20).

Figura 19

Comparación de los conocimientos de las vías de transmisión.

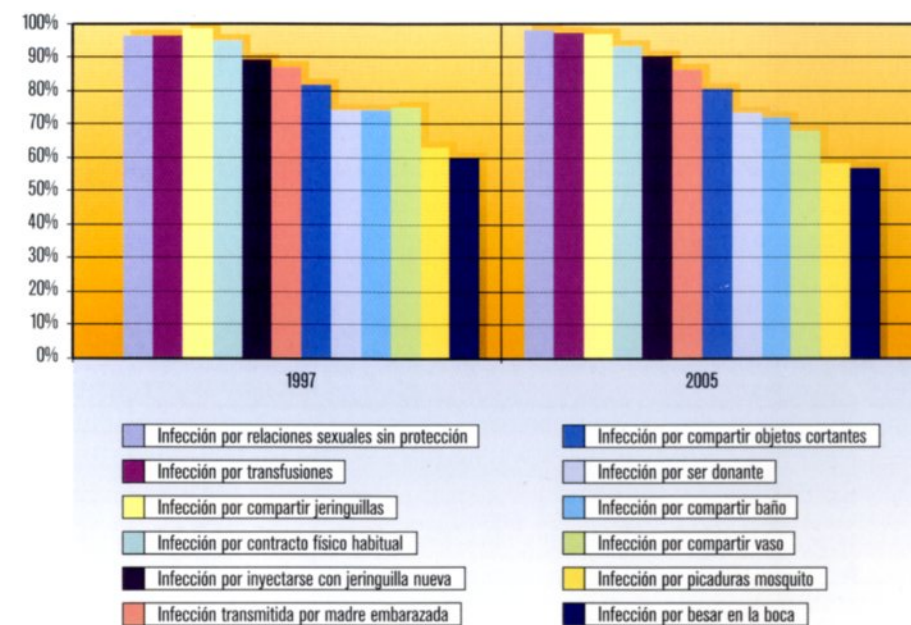
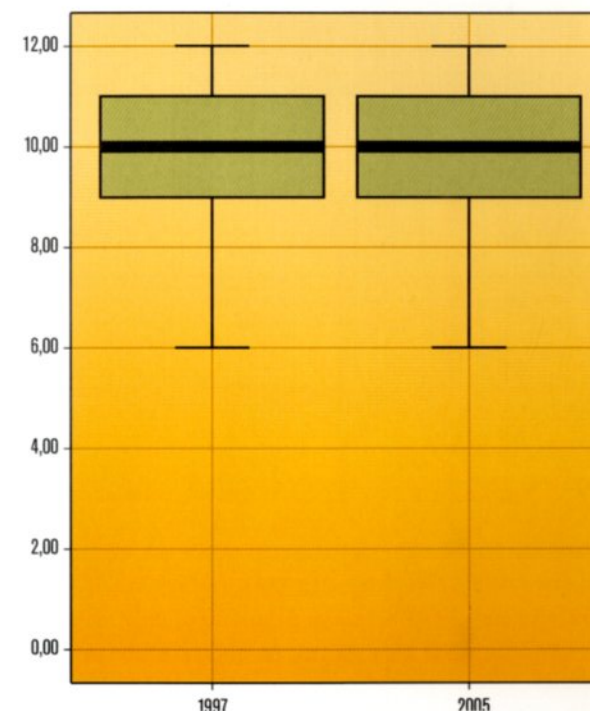


Figura 20

Comparación de medianas y rangos intercuartiles de los conocimientos sobre las vías de transmisión en ambos periodos (mediana 10 y rango intercuartil 2 en ambos periodos)



3.7.2.4. conocimientos sobre los métodos de prevención

Dentro de las 7 preguntas que integran este apartado, se aprecian diferencias significativas en los porcentajes de acierto sobre la *utilidad del preservativo* (97,2% en 2005 vs. 93,9%; p: 0,013), *necesidad de no compartir jeringuillas* (97,6% en 2005 vs. 94,5%; p: 0,014), *cuidar el tipo de personas con las que nos relacionamos* (24,4% en 2005 vs. 29,9%; p: 0,055) y la *confianza en la pareja* (9,1% en 2005 vs. 13,8%; p: 0,024) (Tabla 31 y Figura 21).

Tabla 31

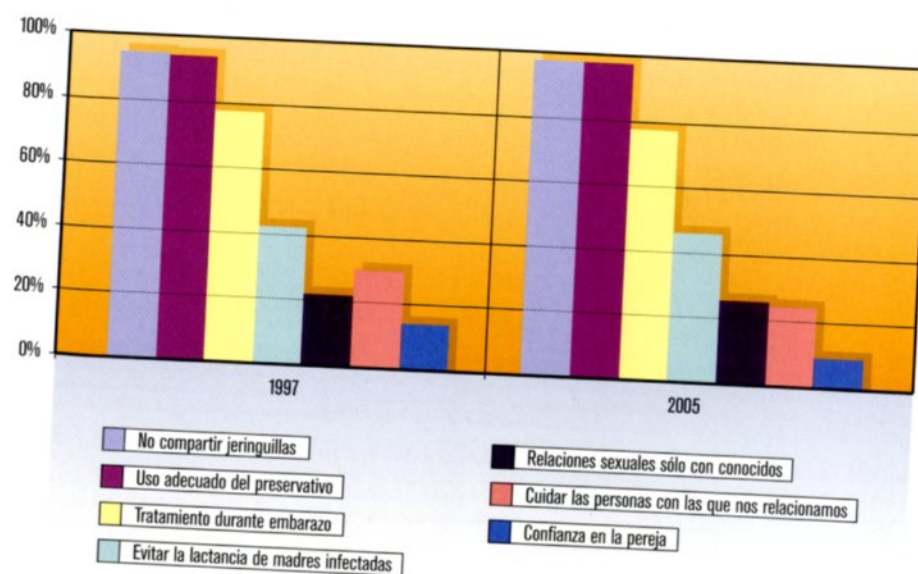
Comparación de los conocimientos de los métodos de prevención

	Porcentaje de aciertos	
	1997	2005
No compartir jeringuillas (*)	94,5%	97,6%
Uso adecuado del preservativo (Y)	93,9%	97,2%
Tratamiento durante embarazo	77,3%	77,4%
Evitar la lactancia de madres infectadas	42,6%	45,9%
Relaciones sexuales sólo con conocidos	21,8%	25,8%
Cuidar las personas con las que nos relacionamos	29,9%	24,4%
Confianza en la pareja	13,8%	9,1%

(*) p: 0,013
(Y) p: 0,014

Figura 21

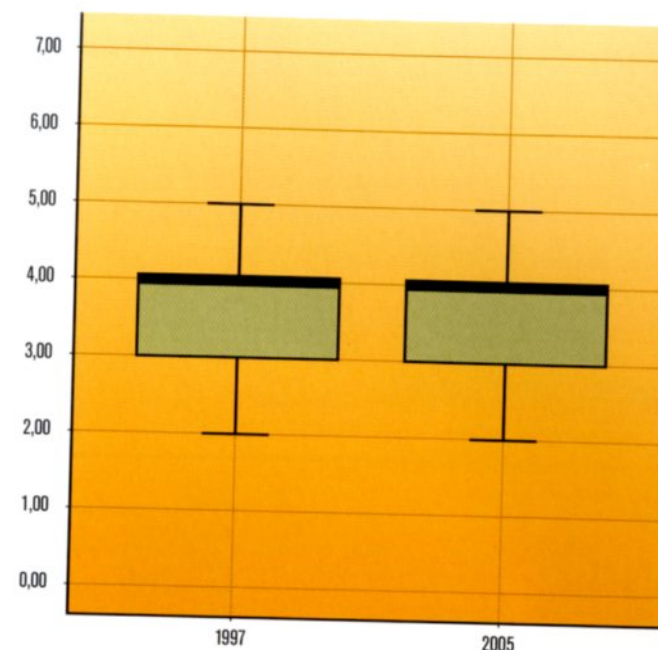
Comparación de los conocimientos de los métodos de prevención



La suma de estos conocimientos es similar (Figura 22).

Figura 22

Comparación de medianas y rangos intercuartiles de los conocimientos sobre los métodos de prevención en ambos períodos (mediana 4 y rango intercuartil 1 en ambos períodos)



3.7.3. actitudes

3.7.3.1. actitudes frente a la enfermedad

Al comparar los dos estudios se aprecian porcentajes dispares al responder si *los enfermos merecen la enfermedad* (en desacuerdo o muy en desacuerdo el 95,3% en 2005 vs. el 82,3% en 1997; p: 0,000), en *dirigir las campañas exclusivamente a los jóvenes* (en desacuerdo o muy en desacuerdo el 91,7% en 2005 vs. el 87,7% en 1997; p: 0,042), *incomodidad por comprar en una tienda donde trabaja un infectado* (en desacuerdo o muy en desacuerdo el 81,3% en 2005 vs. 74 % en 1997; p: 0,006), *aceptar que deben de estar en centros especiales* (en desacuerdo o muy en desacuerdo el 80,5% en 2005 vs. el 64% en 1997; p: 0,000), o *cambio de colegio por asistir a clase un niño infectado* (en desacuerdo o muy en desacuerdo el 75,6% en 2005 vs. el 53,6% en 1997; p: 0,000) (Tabla 32 y Figura 23).

No se aprecian diferencias en la *aceptación de un compañero de trabajo infectado* (de acuerdo o muy de acuerdo el 86% en 2005 vs. 82,8% en 1997).

Tabla 32

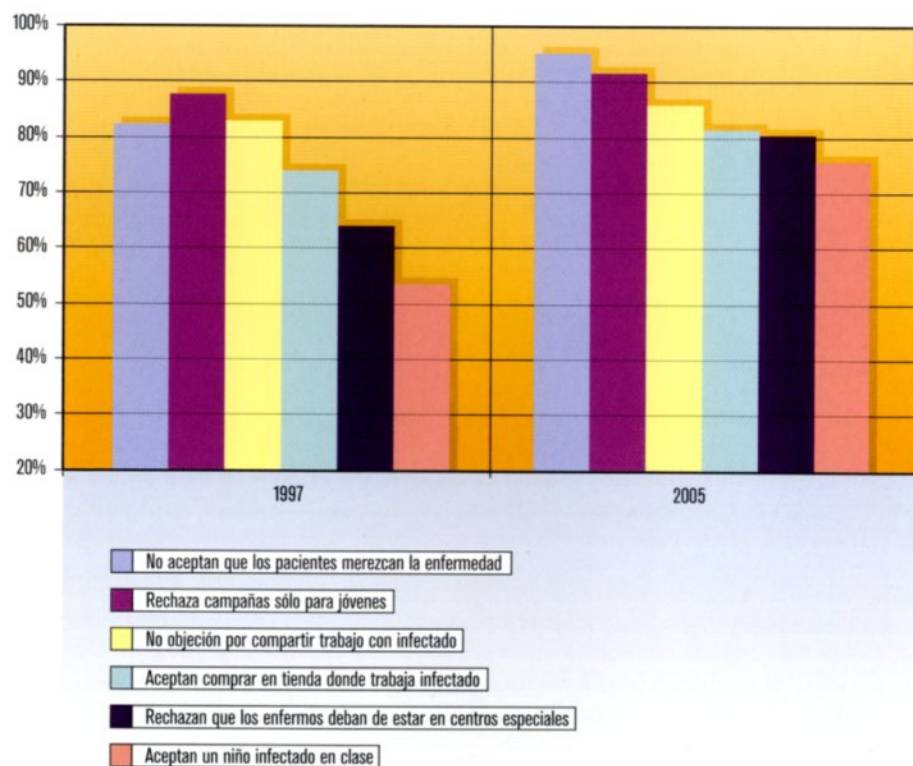
Comparación de las actitudes frente a la enfermedad (*)

	1997	2005
No aceptan que los pacientes merezcan la enfermedad (¥)	82,3%	95,3%
Rechaza campañas sólo para jóvenes (**)	87,7%	91,7%
No objeción por compartir trabajo con infectado	82,8%	86,0%
Aceptan comprar en tienda donde trabaja algún infectado (¥¥)	74,0%	81,3%
Rechazan que los enfermos deban de estar en centros especiales (^)	64,0%	80,5%
Aceptan un niño infectado en clase (^ ^)	53,6%	75,6%

(*) Porcentajes de encuestados que se manifiestan "de acuerdo" o "muy de acuerdo" (¥) p: 0,000 (**) p: 0,042 (¥¥) p: 0,006 (^) p: 0,000 (^ ^) p: 0,000

Figura 23

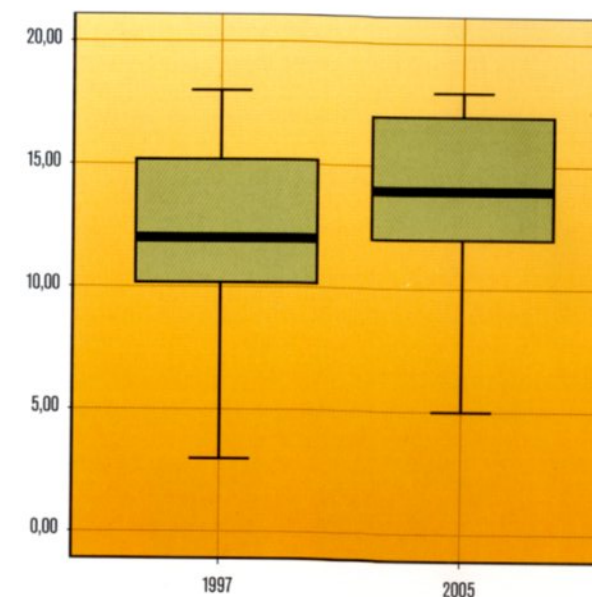
Comparación de la actitud frente a la enfermedad



Comparando globalmente estas actitudes, se aprecian diferencias (Figura 24).

Figura 24

Comparación de las medianas y rangos intercuartiles de la actitud frente a la enfermedad en ambos periodos (mediana 14 y rango intercuartil 5 en 2005 frente a 12 y 5 en 1997; p: 0,000)



3.7.3.2. actitudes frente a las estrategias de información

El porcentaje de encuestados muy interesados en *recibir información adicional* es mayor en 2005 que en 1997 (53,2% vs. 38,1%; p: 0,000) (Tabla 33 y Figura 25).

En cuanto a la fuente que suministra dicha información, en el estudio actual se solicita con mayor frecuencia a los *profesionales sanitarios* (24,4% en 2005 vs. 14,2% en 1997; p: 0,000), así como *charlas* (27,6% en 2005 vs. 17,5% en 1997; p: 0,000) y *folletos* (27,6% en 2005 vs. 12,9% en 1997; p: 0,000), sin apreciarse cambios en las preferencias de *radio* o *TV* entre ambos periodos.

Tabla 33

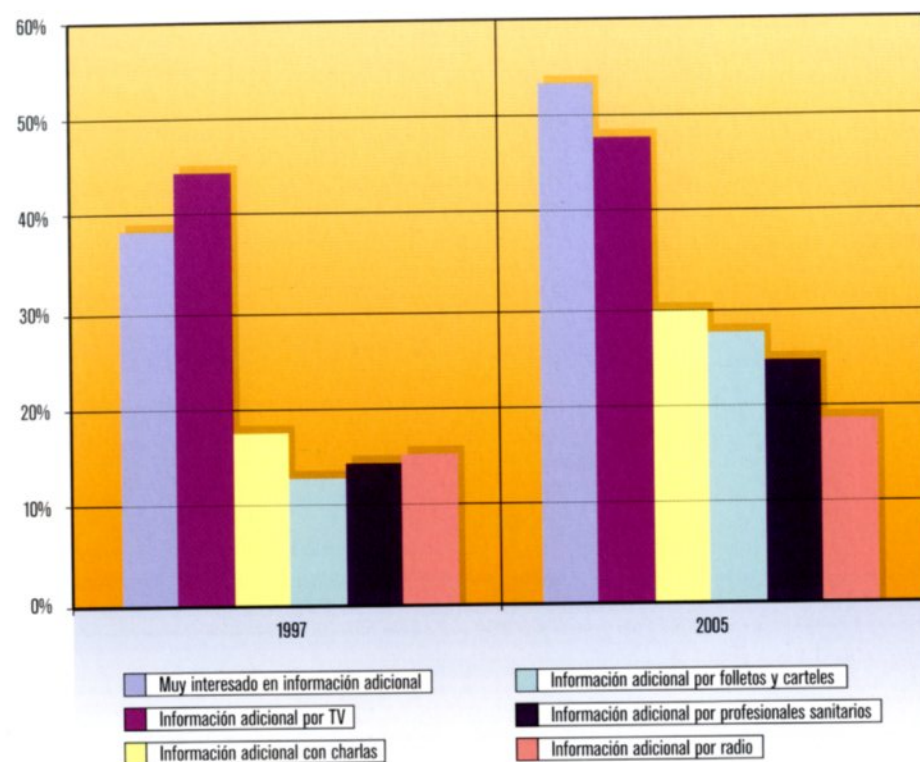
Comparación de las actitudes frente a las estrategias de información

	1997	2005
Muy interesado en información adicional (*)	38,1%	53,2%
Solicita información adicional por TV	44,2%	47,6%
Solicita información adicional con charlas (**)	17,5%	29,7%
Solicita información adicional por folletos y carteles (¥)	12,9%	27,6%
Solicita información adicional por profesionales sanitarios (¥¥)	14,2%	24,4%
Solicita información adicional por radio	15,4%	18,5%

(*) p: 0,000 (**) p: 0,000 (¥) p: 0,000 (¥¥) p: 0,000

Figura 25

Comparación de las actitudes frente a las estrategias de información



3.7.3.3. actitudes frente a los métodos de prevención

La *aceptación de los preservativos* y la *conveniencia de disponer de preservativos baratos* o de *jeringuillas estériles* son equiparables en ambos estudios (Tabla 34 y Figura 26).

Tabla 34

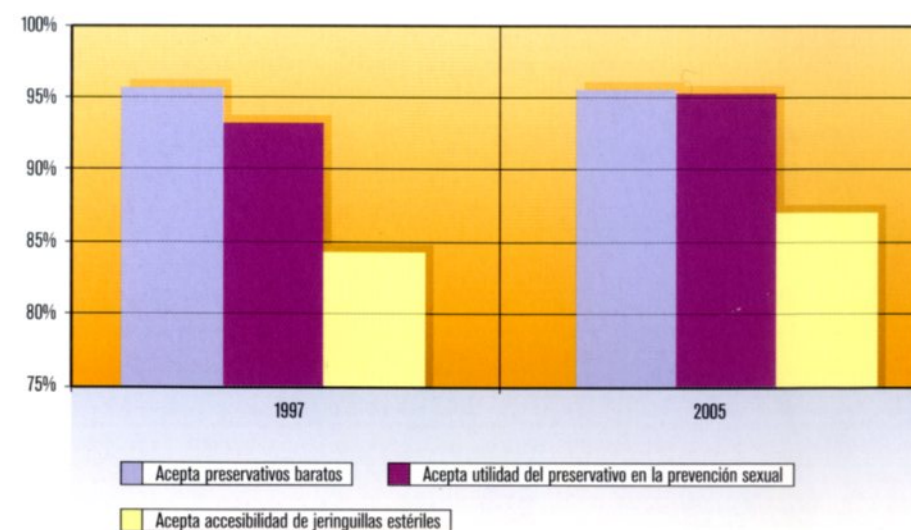
Comparación de las actitudes frente a las estrategias preventivas (*)

Estrategias de prevención	Porcentaje de aciertos	
	1997	2005
Acepta preservativos baratos	94,5%	97,6%
Acepta utilidad del preservativo en la prevención sexual	93,9%	97,2%
Acepta accesibilidad de jeringuillas estériles	77,3%	77,4%

(*) Porcentajes de encuestados que se manifiestan "de acuerdo" o "muy de acuerdo"

Figura 26

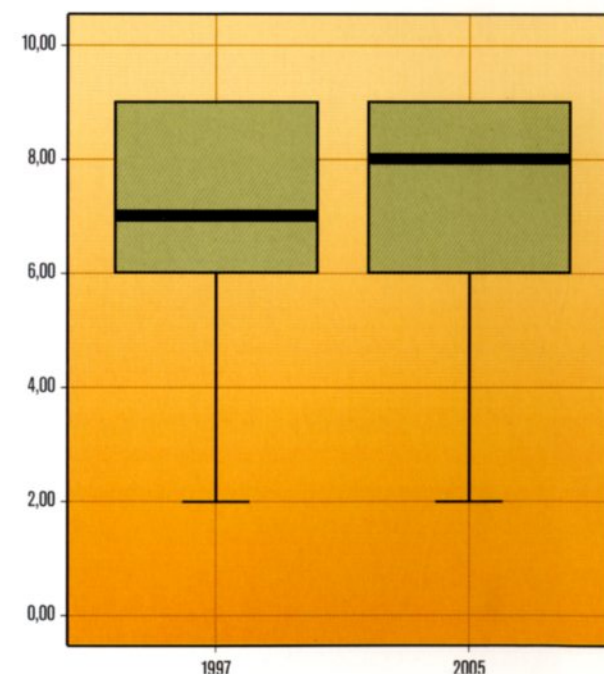
Comparación de las actitudes frente a las estrategias de prevención



Tampoco se aprecian diferencias significativas al obtener la suma de estas actitudes (Figura 27).

Figura 27

Comparación de las medianas y rangos intercuartiles de la actitud frente a los métodos de prevención en ambos periodos (mediana 14 y rango intercuartil 5 en 2005 frente a 12 y 5 en 1997; p: 0,000)

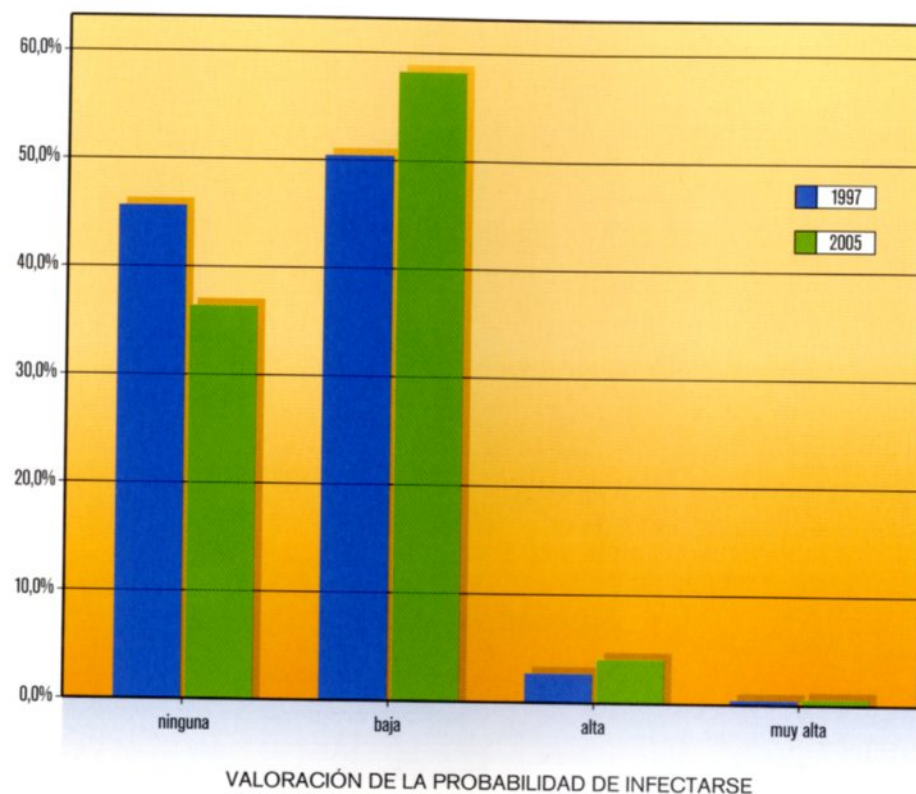


3.7.4. Otros

Se aprecian diferencias en cuanto a la *estimación de la probabilidad de infectarse* (ninguna: 36,2% en 2005 vs. 45,8% en 1997; baja: 57,7% en 2005 vs. 50,6%; alta: 4,3% en 2005 vs. 3%; muy alta: 0,8% en 2005 vs. 0,7%; $p: 0,036$) (Figura 28).

Figura 28

Evolución de la probabilidad de infectarse

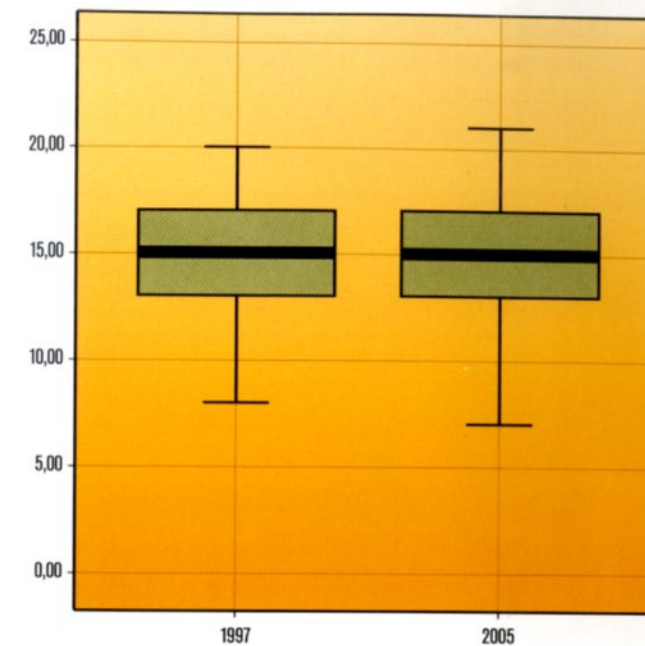


3.7.5. comparación: conocimientos y actitudes globales

Los conocimientos globales en ambos periodos son similares (Figura 29).

Figura 29

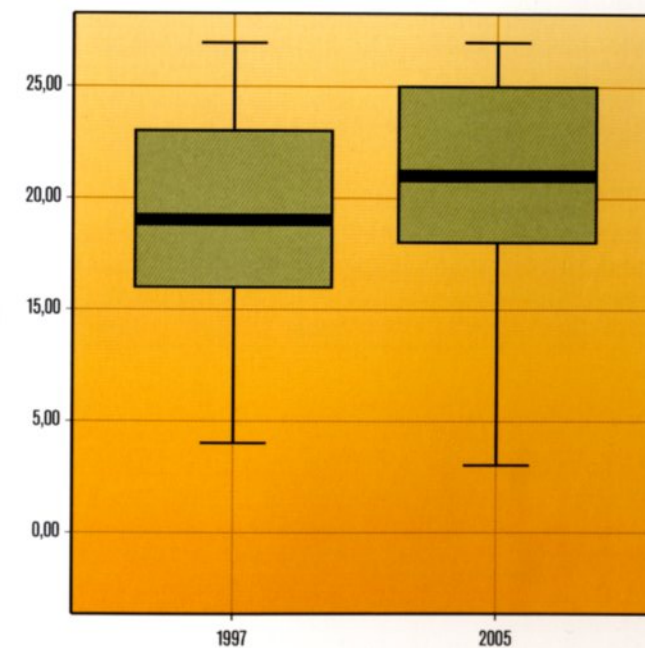
Comparación de medianas y rangos intercuartiles de los conocimientos globales: mediana 15 y rango intercuartil 4 en ambos periodos. (los conocimientos globales se obtuvieron con la suma de los conocimientos de la enfermedad, de las vías de transmisión y de la prevención)



Por el contrario, se aprecian diferencias en las actitudes globales: mediana 21 y rango intercuartil 7 en 2005 vs. 19 y 7 en 1997; $p: 0,000$ (Figura 30).

Figura 30

Comparación de medianas y rangos intercuartiles de las actitudes globales: mediana 21 y rango intercuartil 7 en 2005 vs. 19 y 7 en 1997; $p: 0,000$ (las actitudes globales se obtuvieron con la suma de las actitudes sobre la enfermedad y sobre los métodos de prevención)



Con la finalidad de comprender la evolución de los diferentes grupos (es decir, mujeres, jóvenes, etc.) se ha comparado su nivel de conocimientos y actitudes en los dos periodos.

Respecto a los conocimientos, aunque globalmente no han variado, se observa un incremento en los residentes en el distrito 3, y en mujeres.

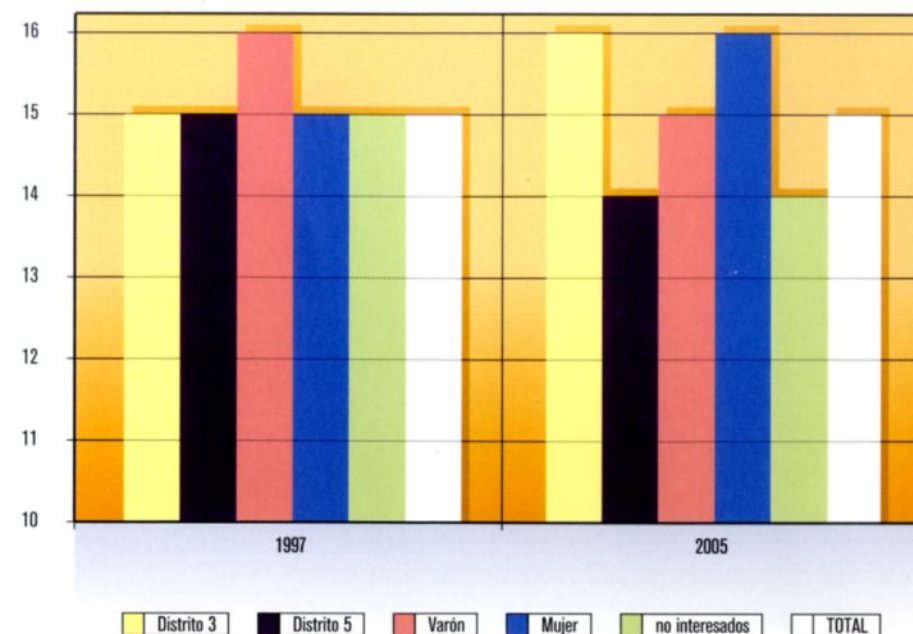
Por el contrario, han descendido en el distrito 5, en varones y en las personas no interesadas en recibir información adicional (Tabla 35 y Figuras 31 y 33).

Tabla 35 Evolución de los conocimientos globales en cada uno de los grupos, expresado con su medianas, rangos intercuartiles () y significación

VARIABLE		1997	2005	p
Distrito de Residencia	1	15 (3)	15 (4)	,901
	2	16 (3)	15 (3)	,178
	3	15 (3)	16 (4)	,000
	4	15 (3)	15 (4)	,252
	5	15 (3)	14 (3)	,015
Sexo	varón	16 (3)	15 (3)	,009
	mujer	15 (4)	16 (4)	,000
Estrato de edad	≤ 40 años	16 (2)	16 (3)	,131
	> 40 años	14 (4)	15 (3)	,210
Nivel de estudios	bajo	14 (4)	14 (4)	,813
	alto	16 (2)	16 (4)	,225
Conocen infectados	no	15 (3)	15 (4)	,512
	si	16 (2)	16 (3)	,200
Recuerdan campañas previas	no	13 (3)	14 (5)	,332
	si	16 (3)	15 (3)	,204
Interés por información adicional	bajo	15 (3)	14 (4)	,038
	alto	16 (3)	16 (4)	,859
TOTAL		15 (4)	15 (4)	,130

Figura 31

Variación de los conocimientos globales en los grupos que han mostrado diferencias entre 1997 y 2005



En relación a las actitudes, cabe destacar que el conjunto de la población ha mejorado (Tabla 36 y Figura 32).

No obstante, esta evolución es más favorable en los residentes del distrito 3, en mujeres (Figura 33) y en aquellos con mayor interés en recibir información adicional.

Por el contrario, la evolución menos favorable se observa en los que viven en el distrito 5, en varones (Figura 33), en los menos instruidos, en quienes recuerdan otras campañas y en los menos interesados en recibir información adicional.

Tabla 36 Evolución de las actitudes globales en cada uno de los grupos, expresado con su medianas, rangos intercuartiles () y significación

VARIABLE		1997	2005	p
Distrito de Residencia	1	20 (5)	21 (7)	,055
	2	20 (6)	22 (6)	,001
	3	18 (7)	23 (6)	,000
	4	21 (8)	21,5 (7)	,651
	5	19 (5)	19 (6)	,077
Sexo	varón	19 (7)	20 (7)	,038
	mujer	20 (4)	23 (7)	,000
Estrato de edad	≤ 40 años	21 (6)	23 (6)	,000
	> 40 años	18 (7)	20 (6)	,000
Nivel de estudios	bajo	18 (6)	19 (6)	,003
	alto	21 (6)	23 (6)	,000
Conocen infectados	no	19 (6)	21 (6)	,000
	si	21 (6)	23 (7)	,008
Recuerdan campañas previas	no	17 (5)	19,5 (7)	,000
	si	21 (6)	22 (6)	,000
Interés por información adicional	bajo	19 (8)	20 (7)	,228
	alto	20 (6)	23 (6)	,000
TOTAL		19 (6)	21 (6)	,000

Figura 32 Representación de los cambios más destacables de las actitudes globales

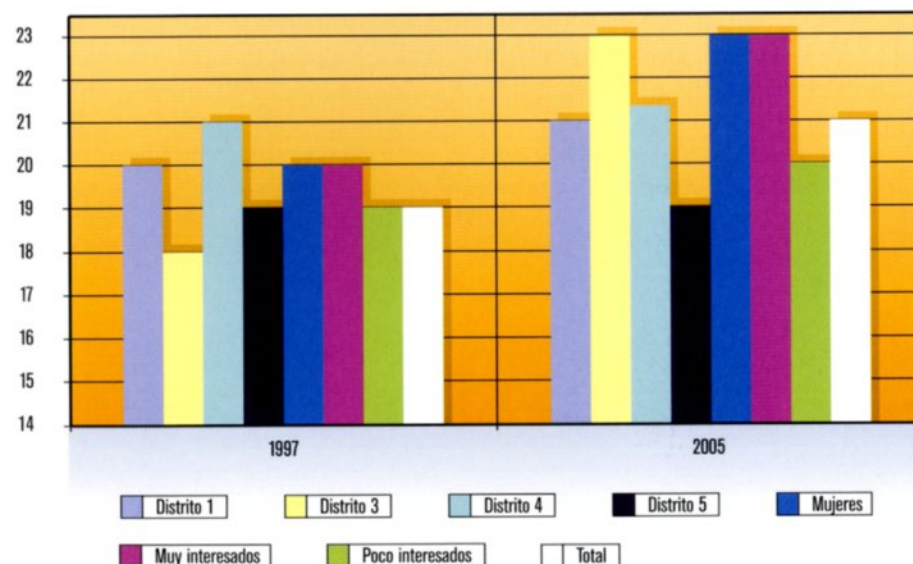
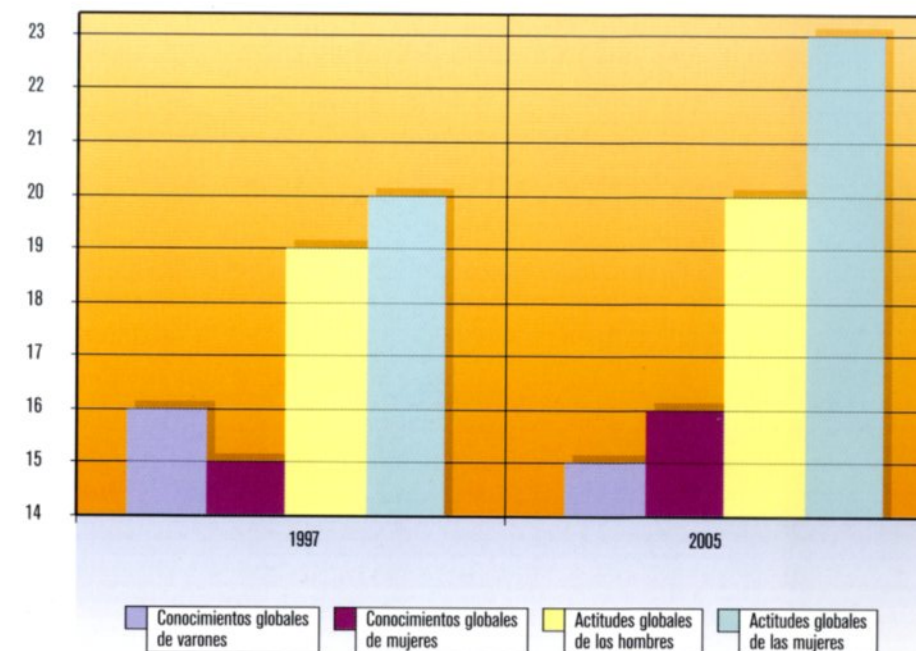


Figura 33

Evolución de los conocimientos y actitudes globales en varones y mujeres



Así mismo se ha aplicado un análisis multivariante en ambos periodos que permitiese comparar la evolución de las diferentes variables en la predicción de los conocimientos y actitudes globales (Tabla 37).

Tabla 37

Valor de p en el análisis multivariante para actitudes y conocimientos globales en los dos periodos según diferentes variables

VARIABLE	Conocimiento global 1997	Actitud global 1997	Conocimiento global 2005	Actitud global 2005
Distrito	,401	,311	,000	,000
Sexo	,107	,367	,014	,001
Estrato de edad	,007	,006	,458	,000
Nivel de estudios	,001	,037	,000	,000
Conoce infectados	,000	,016	,058	,153
Recuerda campañas previas	,000	,000	,022	,194
Interés información adicional	,000	,802	,002	,003

Así se ha encontrado que, tanto para los conocimientos como para las actitudes, la variable nivel de estudios se mantiene estable y significativa, mientras que las variables distrito y sexo son significativas en 2005 pero no en 1997.

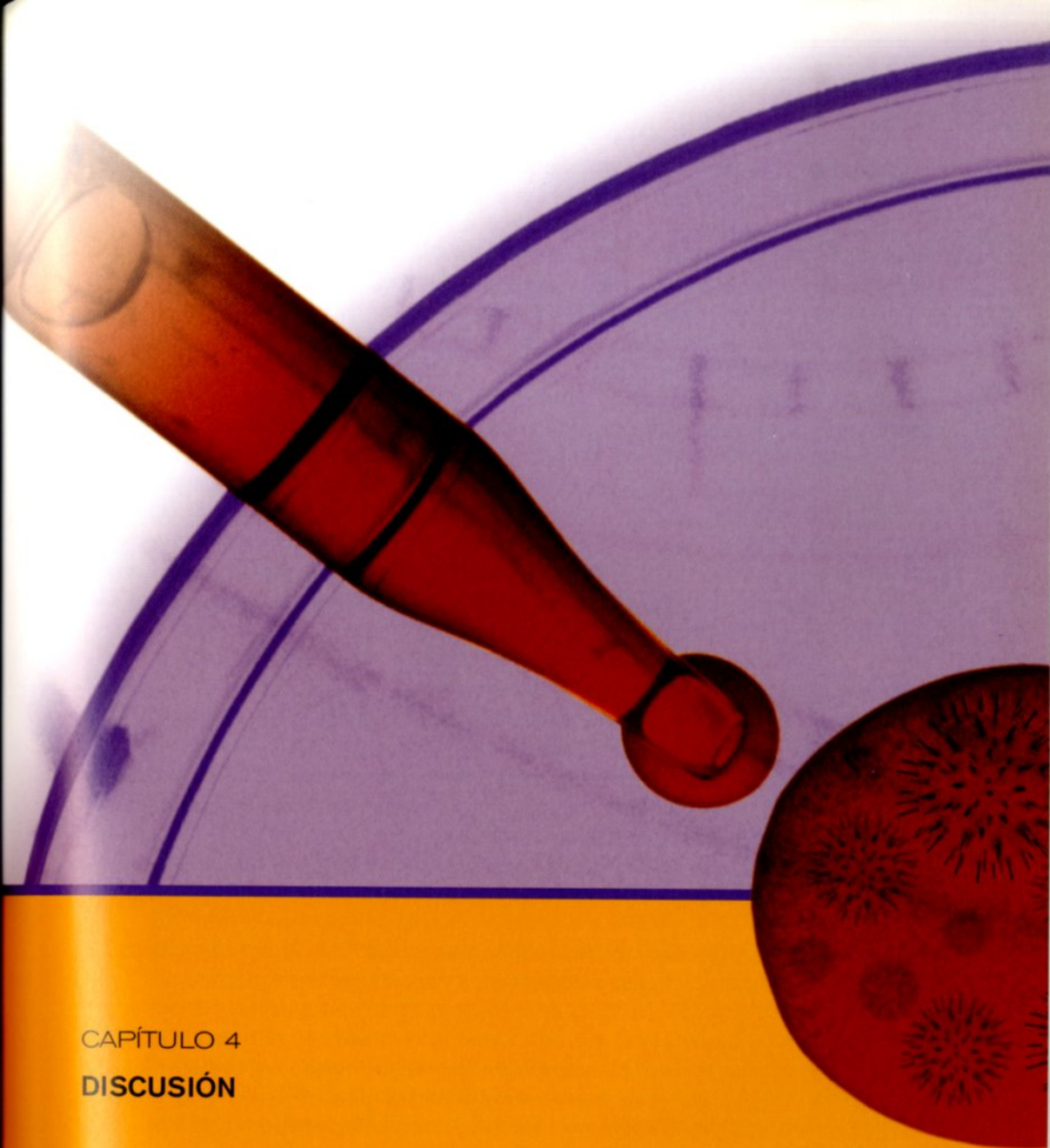
La edad es en 2005 menos significativa en relación a los conocimientos siendo aún significativa en relación a las actitudes.

Por otra parte, el *recordar campañas previas* o el *conocer infectados* tiene en 2005 menor significación que en 1997 tanto para los conocimientos como para las actitudes.

Por el contrario, el *interés por mayor información* mantiene una asociación significativa con los niveles de conocimientos.

Por último, para valorar si el momento en que fue llevado a cabo el estudio (es decir realizarlo en 1997 ó en 2005) constituye una variable independiente del resto de las analizadas, se han agrupado las muestras de los dos periodos, y se ha efectuado un análisis multivariante.

Se ha constatado que la fecha del estudio es un factor independiente, afectando de forma positiva a la puntuación global de actitudes -mejores resultados en 2005- (OR, 1,775; CI 95%, 1,331-2,367; p: 0,000) y de forma negativa a la puntuación global de conocimientos -peores resultados en 2005- (OR, 0,692; CI 95%, 0,517-0,926; p: 0,013).



CAPÍTULO 4

DISCUSIÓN

Actualmente, los expertos en la infección VIH afirman que se han realizado enormes avances en el ámbito terapéutico pero escasos progresos en el preventivo siendo éste prioritario habida cuenta que no se esperan cambios a corto plazo respecto al desarrollo de una vacuna eficaz.

No obstante, para profundizar en la prevención, es necesario evaluar los conocimientos y actitudes de los ciudadanos frente a esta enfermedad así como valorar el impacto que las campañas realizadas hasta el momento han tenido en el conjunto de la población. Esta información puede ayudar a planificar estrategias más eficaces.

A pesar de estos hechos, el número de trabajos realizados para evaluar los conocimientos, actitudes y hábitos conductuales de la población general frente a esta pandemia es escaso.

El presente estudio se ha diseñado para intentar contestar los interrogantes anteriormente planteados. Sin embargo deben de señalarse algunas de sus limitaciones.

En primer lugar, desconocemos si estos resultados son extrapolables a otras áreas con diferentes características sociales, culturales y/o económicas.

Cabe destacar que la población diana es exclusivamente urbana, en una ciudad, que a diferencia de otras, presenta elevadas tasas de envejecimiento y escasa inmigración. No puede descartarse que en otras zonas los resultados hubiesen sido diferentes. De hecho, entre los distritos de la población analizada, ya se han observado diferencias importantes.

En segundo lugar, como suele ser habitual en este tipo de investigaciones, un importante número de los seleccionados no participó en el estudio.

Los motivos se debieron, mayoritariamente, a errores en el padrón de donde emanó la muestra y a la ausencia de los seleccionados en su domicilio. No obstante estas personas fueron sustituidas por otras elegidas igualmente al azar, por lo que se espera que los sesgos en este sentido hayan sido poco relevantes.

Parece más preocupante el hecho de que casi un 10% se negara a participar en el estudio. Éstos seleccionados residen mayoritariamente en los distritos 1 y 2, y con frecuencia son mujeres.

Cabe la posibilidad de que estas personas tengan un nivel de conocimientos y actitudes inferiores y que, por tanto, los resultados obtenidos en estos grupos estén sobrevalorados.

Conviene señalar que residir en ambos distritos (1 y 2) tiene un efecto final no significativo. Sin embargo pertenecer al sexo femenino se asocia con mejores resultados.

Desconocemos si los problemas aludidos en la selección muestral han condicionado algunas de las conclusiones del trabajo. No obstante, el porcentaje de rechazos activos, inferior al 10%, no parece suficiente para modificar sustancialmente los resultados.

En tercer lugar, los métodos empleados para evaluar los conocimientos y actitudes constituyen otra limitación destacable en la medida en que no están validados.

Sin embargo algunos resultados, por su coherencia, sugieren que pueden ser una aproximación razonable. Así, por ejemplo, que las personas recuerden peor los contenidos de campañas previas parece coincidir con una mayor avidez de información o, que se hayan detectado importantes lagunas en la prevención sexual resulta coherente con los datos disponibles actualmente en cuanto a la transmisión de la enfermedad (con importancia creciente de esta vía).

La presente investigación, aún con las limitaciones aludidas, puede suponer una importante fuente de información por lo que algunos hallazgos merecen ser comentados a continuación.

CONOCIMIENTOS

La mayoría de la población conoce adecuadamente que *la infección no se limita a los grupos de riesgo, que se han realizado importantes avances terapéuticos y que no se diferencian a simple vista los infectados*. Asimismo, las tres cuartas partes sabe *dónde realizarse las pruebas diagnósticas*.

Sin embargo, aproximadamente un tercio de la población ignora conceptos generales, tales como que *el VIH es la causa del SIDA*, que *todos los infectados pueden transmitir el virus* o creen que *la infección puede detectarse en cualquier análisis*.

Es posible que estos errores puedan inducir una falsa percepción de seguridad que facilite comportamientos de riesgo y, consecuentemente, la expansión de la enfermedad.

Los conocimientos de la población sobre las vías de transmisión son dispares y, en algunos casos, llamativos.

Así, casi todos los encuestados conocen la *transmisión parenteral, sexual y vertical*, si bien en ésta última existe un elevado número de errores especialmente en lo relativo al periodo de lactancia.

Sin embargo, con elevada frecuencia se tienen ideas erróneas sobre la *transmisión por compartir el mismo vaso, utilizar el mismo servicio, picaduras de mosquito o besar en la boca* (43,3% de errores).

Por tanto, la población parece tener, por una parte, un amplio conocimiento sobre aquellas vías de transmisión inicialmente asociadas a la idea errónea de grupo de riesgo y, por otra, cree de forma equivocada (cerca de la mitad de la población) que puede infectarse en circunstancias derivadas de la convivencia habitual.

Puesto que se ha observado una relación clara entre nivel de conocimientos y actitudes, cabe considerar que estos errores pueden jugar un papel relevante en el rechazo de los afectados y contribuir al mantenimiento del llamado "SIDA social". Parece evidente que los conocimientos pueden y deben ser mejorados. Probablemente lo mismo pueda sugerirse en el área preventiva como se comentará a continuación.

Entre los encuestados, se acepta que *no compartir jeringuillas y usar correctamente los preservativos*, son estrategias de prevención eficaces.

Sin embargo, los conocimientos preventivos en el área sexual son muy deficientes. La gran mayoría asume que es útil *tener cuidado con las personas con las que se relacionan, o la confianza en la pareja*. Cabe destacar que los errores observados en esta área son los más elevados del estudio, con resultados similares en todas las preguntas referentes a este campo.

Estos hechos pueden ser relevantes y quizá ayudan a explicar la importancia creciente de la transmisión heterosexual. Probablemente, aunque se reconoce que *los infectados no se diferencian a simple vista del resto*, se asume que el riesgo de transmisión sexual puede controlarse (o sencillamente no existe) dentro del círculo de relación personal. Quizá aún continúa vigente la idea inicial de SIDA / Infección VIH ligada exclusivamente a determinados colectivos (grupos de riesgo) y a determinados hábitos mantenidos dentro de estos grupos (relaciones homosexuales o relaciones sexuales dentro del ámbito de la prostitución).

Resulta asimismo preocupante que estos conceptos erróneos se encuentren muy extendidos y alcancen básicamente a todos los grupos de población. Por ejemplo, en otras áreas de conocimiento analizadas, se ha encontrado que el grupo con mayor formación académica posee mejores conocimientos. En el

caso de la prevención sexual esto no ocurre indicando que el cambio en estas ideas debe de alcanzar a todos los segmentos de población. Parece prioritario mejorar estos conocimientos y especialmente el significado de las prácticas sexuales de riesgo.

Resumiendo el apartado de conocimientos, los datos encontrados sugieren que los conceptos sobre la enfermedad, transmisión y prevención del VIH siguen ligados a la idea de "grupos de riesgo", sin conseguir que se haya asumido por la población el alcance de esta enfermedad y, fundamentalmente, las consecuencias de las prácticas sexuales de riesgo.

ACTITUDES

Resultados más favorables se han observado en el análisis de las actitudes. Se aprecia que la mayoría de la sociedad acepta los *enfermos* y, en general, no cambiarían sus hábitos por relacionarse con ellos. El mayor recelo surge a la hora de aceptar en clase niños infectados (24%), supuesto seguramente asociado a una mayor sensibilidad por parte de la población.

Cabe destacar asimismo que las *medidas de prevención* son bien aceptadas, con porcentajes superiores al 90%. Por lo tanto la sociedad, con independencia de creencias, ideologías u otras consideraciones, acepta que se tomen las medidas necesarias para el control de la enfermedad.

Por último, para concluir el apartado de actitudes, es destacable la aidez de los encuestados por *mejorar sus niveles de información*. El 53% afirma estar muy interesado y tan sólo un 14% no muestra ningún interés.

En cuanto a la forma de recibirla se prefiere claramente la TV, si bien merece destacarse que un elevado porcentaje solicite la participación de los profesionales sanitarios en esta tarea.

ANÁLISIS DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

Cuando se examinan los datos globales de conocimientos y actitudes se encuentra una fuerte asociación entre ellos.

Sin embargo, no puede discernirse la relación causal, es decir, ignoramos si mejores conocimientos implican mejores actitudes o viceversa. Por otra parte, como se comentará, la evolución de estos parámetros es compleja y no siempre paralela.

Puesto que la población es heterogénea, tanto el nivel de conocimientos como de actitudes no es igual en los diferentes grupos.

Así, en el análisis multivariante, se detecta que poseer un nivel alto de estudios, tener mayor interés por recibir información, recordar campañas previas, ser mujer y residir en el distrito 3 predice mejores *conocimientos*. Estos datos parecen indicar que la mejora del nivel cultural contribuye también al conocimiento y control de esta infección. Asimismo, los resultados sugieren que las campañas previamente realizadas han mejorado los conocimientos de la sociedad. Lo que parece avalar la eficacia de los programas llevados a cabo en la lucha contra la enfermedad.

En cuanto a las *actitudes*, el análisis multivariante indica que son mejores en los jóvenes, en los más instruidos, en mujeres y en los residentes del distrito 3.

Por tanto, los mejor posicionados frente a la infección VIH, tanto en conocimientos como en actitudes, son las mujeres, aquellos que poseen mayor acreditación académica o los que residen en determinadas zonas.

El presente estudio muestra que dentro de la misma área geográfica o ciudad puede haber resultados divergentes. No obstante, las causas de las diferencias entre los distritos no son conocidas.

Uno de los objetivos de cualquier programa de lucha contra el SIDA es mejorar aquellos segmentos de la sociedad donde más se ignora y/o rechaza la enfermedad. Parece prioritario conocer las características de las personas peor posicionadas puesto que ellas pueden, al menos teóricamente, estar más expuestas a la enfermedad. Para ello se ha analizado el perfil de los encuestados con peor nivel de conocimientos o actitudes.

Se ha comprobado que sus características son las opuestas a las señaladas anteriormente, es decir, se trata fundamentalmente de varones, con mayor edad, menor preparación académica, no conocen a personas infectadas, no recuerdan campañas informativas previas, no están interesados en mejorar su información y un grupo importante de ellos se posiciona ante la probabilidad de infectarse de forma extrema, es decir, o alta o nula. El presente trabajo no permite conocer si este grupo tiene mayor riesgo de infección sexual, pero su perfil se asemeja al de algunos pacientes que son diagnosticados de infección VIH por transmisión heterosexual.

Dadas sus características y escaso interés, los métodos habitualmente empleados para el resto de la población (por ejemplo campañas informativas convencionales) pueden resultar ineficaces en ellos. Este colectivo puede ser relativamente "hermético" frente a las estrategias habituales limitando de esta

forma su eficacia. Creemos importante un mayor conocimiento de este grupo para evaluar sus factores de riesgo y explorar otras vías de acercamiento.

RIESGO DE INFECTARSE

Cabe preguntarse cómo influyen estos conocimientos y actitudes en la percepción del riesgo de infectarse y en los hábitos de conducta. En cuanto al riesgo, sólo un pequeño porcentaje de los encuestados acepta que es alto o muy alto, más de la mitad reconoce un riesgo bajo y uno de cada tres no percibe ningún riesgo.

Puede señalarse que el grupo con una percepción de riesgo alto o muy alto es muy reducido por lo que resulta difícil apreciar diferencias significativas. De hecho, en las puntuaciones globales de conocimientos y de actitudes no se aprecian aunque un análisis más detallado permite encontrar algunos resultados destacables: parece disponer de escasos conocimientos sobre algunos aspectos concretos de la enfermedad; mantiene más errores sobre la transmisión y prevención; presenta actitudes menos favorables; recuerda peor las campañas previas y muestra gran avidez por recibir más información.

En definitiva, la percepción de un riesgo alto o muy alto de infectarse se asocia probablemente a lagunas de conocimientos, errores sobre las vías de transmisión y peores actitudes frente a las estrategias de prevención y frente a los enfermos.

En este grupo, por tanto, aparecen tres aspectos relevantes que configuran un estilo de respuesta global o posicionamiento de los individuos que lo conforman hacia la enfermedad y los afectados. Desde un punto de vista de responsabilidad psicológica, a nivel cognitivo se denota una evidente falta de conocimientos, a nivel emocional, un persistente miedo alimentado, probablemente en parte, por el déficit de información de que disponen y por último, un nivel conductual que se materializa en un rechazo a los afectados, seguramente producto de los dos anteriores.

Cabe destacar que este grupo manifiesta interés por mejorar sus conocimientos. De hacerse efectiva esta mejora, si bien no podemos afirmar esta relación causal, probablemente se promovería una significativa modificación a nivel emocional y conductual.

HÁBITOS DE CONDUCTA

Una vez comentada la percepción del riesgo, nos referiremos a los hábitos de conducta y, en especial, a las prácticas de riesgo.

En el presente estudio se ha intentado investigar aquellas más prevalentes en nuestro medio, es decir, la drogadicción por vía parenteral y las prácticas sexuales de riesgo.

La primera es reconocida por un número tan escaso de personas que no es posible extraer conclusiones.

En cuanto a las segundas su frecuencia es también reducida y, por ello, las conclusiones derivadas de su análisis deben de ser matizadas. Se ha encontrado que este grupo se diferencia del resto sólo por acreditar mayor preparación académica y percibir mayor riesgo de infección. No se ha podido demostrar que posean ni peores conocimientos ni actitudes.

Por lo tanto, cabe suponer que en algunas personas las prácticas de riesgo no pueden relacionarse con una falta de información o ignorancia previa (lo que viene a reafirmar el resultado de otras investigaciones), teniendo que recurrir a la conjunción de múltiples y complejos factores personales y/o socioculturales para explicar estos comportamientos.

COMPARACION 1997-2005

Otro objetivo destacable del estudio es comprobar la evolución de la sociedad. Para ello se han comparado estos resultados con los obtenidos en 1997.

En primer lugar, se aprecia que la sociedad ha incrementado su preparación académica y este hecho favorece, como se ha comentado, un mejor posicionamiento frente al VIH.

En relación a otros aspectos, se aprecian algunos cambios destacables.

Actualmente la población conoce mayor número de personas infectadas, recuerda peor los temas de las campañas previas, demanda mayor información y ha aumentado la percepción del riesgo de infectarse.

¿Cómo pueden interpretarse estos datos? Quizá las campañas informativas más recientes han tenido un menor impacto y posiblemente la sociedad se encuentra actualmente menos "saturada". Esto, unido al aumento de la percepción del riesgo y al mayor conocimiento de enfermos en una población más culta, estimula la avidez de información.

Para avanzar en el control del VIH estos datos pueden tener relevancia pudiendo interpretar el incremento en la demanda de información por parte de la población como momento favorable para ofrecer una respuesta adecuada.

A la hora de proyectar estas acciones, cabe destacar que la sociedad reclama para esta tarea mayor participación del personal sanitario. No obstante, conviene recordar que la población es compleja y pueden requerirse diferentes estrategias para alcanzar a todos los sectores que la integran.

Cabe preguntarse si los conocimientos y actitudes han mejorado a lo largo de los años. En cuanto a los conocimientos, globalmente no se aprecian cambios sustanciales. Persisten los errores sobre la transmisión y, sobre todo, las ideas erróneas en la prevención sexual. Tal vez la dificultad estribe no sólo en el uso del preservativo (que se acepta), si no en comprender el concepto de relaciones sexuales de riesgo.

Al realizar un análisis multivariante que permitiera considerar el momento de realización del estudio, se ha encontrado que el paso del tiempo se asocia negativamente al nivel de conocimientos. Esto sugiere que los conocimientos tienden a disminuir en relación a 1997 coincidiendo también con un peor recuerdo de los temas de campañas previas, quizá por una influencia menor de las más recientes. Resultados similares se obtienen cuando se estudia el peso de las variables en 1997 y 2005, comprobándose una dilución de la influencia de las campañas.

En definitiva, en estos años no se objetivan avances en los conocimientos si no más bien una tendencia al retroceso quizá compensada por la mejora del nivel cultural de la población.

El análisis de la evolución de las actitudes proporciona resultados más favorables. Por una parte, las relacionadas con la prevención no han mejorado, pero se encuentran ya en niveles muy elevados (más del 90% presenta actitudes positivas).

Por otra, las actitudes respecto a la enfermedad y la aceptación de los enfermos, han mejorado sustancialmente. Como ejemplo, cabe destacar el incremento en un 22% de la aceptación en clase de un niño infectado. Además se han objetivado cambios significativos prácticamente en todas las preguntas de este apartado. Al contrario de lo señalado en conocimientos, al analizar el significado de la fecha del estudio, se advierte una tendencia positiva, es decir actualmente se detecta mejor actitud que en 1997. No tenemos una explicación clara de estos hallazgos, pero puede aducirse que la sociedad, con el paso de los años, convive con mayor naturalidad con los infectados diluyéndose el rechazo inicial. Es así mismo notoria la evolución discordante entre conocimientos y actitudes, señalándose una vez más la complejidad de los cambios sociales. Éstos pueden entenderse mejor analizando la evolución de los distintos grupos sociales que pasa a comentarse a continuación.

De acuerdo con las variables analizadas, la progresión más destacable corres-

ponde a los residentes en el distrito 3, a las mujeres y a las personas más interesadas en recibir información. Por el contrario, la evolución no es favorable ni en varones ni en los residentes en el distrito 5. Las mujeres muestran una mayor capacidad de adaptación mejorando ligeramente sus conocimientos y notablemente las actitudes, consiguiendo un mejor posicionamiento frente a la enfermedad. Cabe preguntarse la influencia que estos cambios puedan tener en la evolución futura de la infección.

No es fácil explicar el reverso de estos cambios, es decir, los ocurridos en los varones. Son especialmente preocupantes habida cuenta de que en nuestro medio la infección sigue predominando en este sector de población. Parece obligada la necesidad de dedicar esfuerzos a mejorar la posición de los hombres ante esta infección.

Así mismo, los resultados sugieren la conveniencia de fomentar el interés de toda la sociedad por un mayor conocimiento del VIH y el SIDA.

En resumen, nuestra sociedad sigue manteniendo conceptos sobre el SIDA muy ligados a la idea de "grupos de riesgo", persistiendo errores notorios sobre la enfermedad y su transmisión así como carencias de conocimientos muy importantes sobre la prevención sexual. Existen además grupos que plantean problemas específicos como, por ejemplo, aquellos que muestran escaso interés por el VIH.

Sin embargo, globalmente se ha mejorado la percepción del riesgo, el interés por esta enfermedad y las actitudes frente a ella. Si bien estos avances son heterogéneos y se concentran en grupos concretos de población.

Por el contrario, los conocimientos no mejoran y, en algunos sectores, disminuyen. Parece observarse, además, un descenso en la eficacia inicial de las campañas.

Corregir y mejorar estas tendencias, comprender la buena disposición de la sociedad y dar respuesta a sus demandas son objetivos, a día de hoy, pendientes e irrenunciables.

Conclusiones

Las mujeres y los residentes en determinados distritos rechazan con mayor frecuencia participar en el estudio.

Más de un tercio de los encuestados conoce afectados con un incremento significativo sobre los resultados de 1997.

Más del 70% recuerda las campañas informativas y menos del 60% los temas de las mismas, con una disminución sobre el estudio anterior.

Existen errores sobre las vías de transmisión que pueden inducir temor a la infección por VIH.

Las ideas sobre la transmisión y prevención derivadas del concepto inicial de "grupos de riesgo" son conocidas por la mayoría.

Los conocimientos de la prevención en el área sexual son muy deficientes.

La sociedad muestra interés por conocer mejor esta infección con un incremento claro respecto a 1997.

La aceptación de las medidas preventivas y de los enfermos es elevada.

Los conocimientos y/o actitudes son mayores en algunos distritos, en mujeres, en los más jóvenes, en los que recuerdan campañas previas y en quienes demandan mayor información.

La percepción del riesgo de infectarse es mayor que en 1997. En los que estiman una probabilidad alta, se aprecia con frecuencia carencias de información.

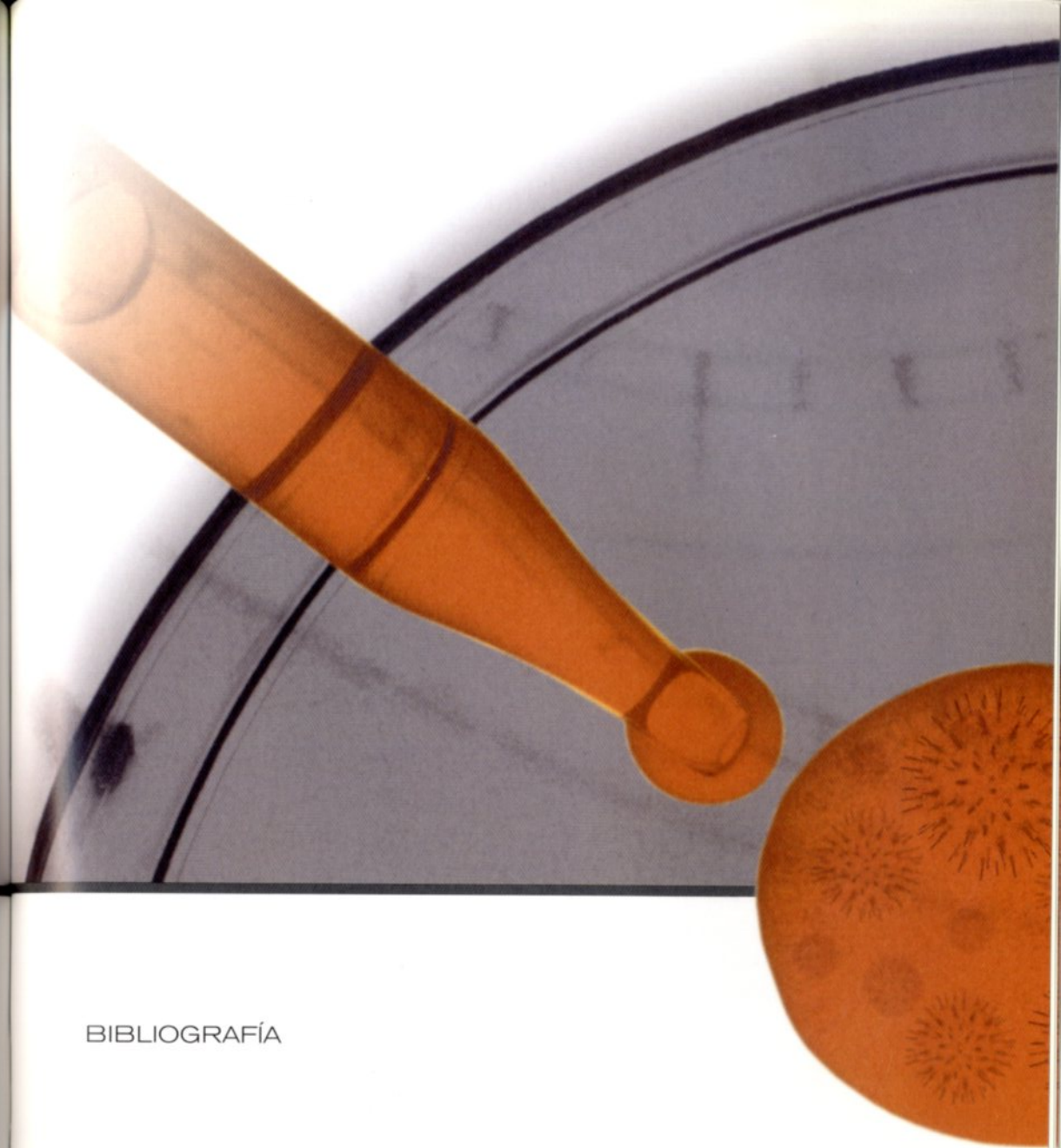
Las personas que refieren prácticas de riesgo sexual son escasas pero en ellas no se aprecian lagunas en los conocimientos ni en la percepción del riesgo.

Los conocimientos han permanecido estables entre 1997 y 2005. Sin embargo el análisis del año de realización de la encuesta indica una pérdida de conocimientos con el paso del tiempo, posiblemente compensada por la mejora en otras variables.

Las actitudes han mejorado notablemente, especialmente las relacionadas con la aceptación de los enfermos.

Los cambios más notables se han detectado en distritos concretos, en mujeres y en los más interesados en esta enfermedad.

Creemos que estos resultados pueden ayudar a elaborar estrategias más eficaces en la lucha contra el VIH y el SIDA.



BIBLIOGRAFÍA

General

- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (1993). Plan Sectorial de Educación para la Salud. Valladolid.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN, CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA (1994). Plan Sectorial de Prevención y Control del SIDA y de las Infecciones relacionadas con el VIH. Valladolid.
- AYUNTAMIENTO DE ZAMORA, CONCEJALÍA DE SANIDAD (1998). Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Hábitos de la Población General de Zamora en relación al VIH / SIDA. Zamora.
- AYUNTAMIENTO DE ZAMORA, CONCEJALÍA DE SERVICIOS SOCIALES Y MAYORES (1999) ¿Qué hacemos con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y con el Sida? Guía para padres y madres.
- COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA DE ZAMORA (1997-2004) Memorias Anuales de Actividades. Zamora.
- COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA DE ZAMORA (1998-2004) Memorias de Educación para la Salud en la Escuela. Zamora.
- AYUNTAMIENTO DE ZAMORA, CONCEJALÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES (1999). Plan de Prevención del SIDA. Zamora.
- COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA DE ZAMORA, COMITÉ ANTISIDA DE EXTREMADURA, COMITÉ DE CASTILLA LA MANCHA (2000). Memoria del Programa de formación de Formadores en VIH/sida y Sexualidad. Zamora.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). Infección por VIH / SIDA. Plan de movilización multisectorial 2001-2005. Centro de publicaciones.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). Infección por VIH / SIDA en España: Plan de movilización multisectorial 2001-2005: indicadores. Actualización noviembre 2003.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2001). Prevención y asistencia en la infección VIH en atención primaria. Centro de Publicaciones.
- BOLETÍN INFORMATIVO DEL INE (2003). Encuesta sobre Salud y hábitos sexuales: Las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA.

- PROYECTO EPI-VIH (2003). Estudio prospectivo de la prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de enfermedades de transmisión sexual y/o de diagnóstico del VIH, 2000-2002.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2004). Situación de la epidemia de VIH / SIDA en mujeres.
- COMITÉ CIUDADANO ANTISIDA DE ZAMORA (2004). Dossier del Curso de Sexualidad y Educación Sexual. Zamora.
- ONUSIDA: PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH / SIDA (2004). Informe anual sobre la situación del SIDA en el mundo.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO – INSTITUTO CARLOS III (2005) "Plan Nacional sobre el SIDA"- "Centro Nacional de Epidemiología". Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN. CONSEJERÍA DE SANIDAD Y BIENESTAR SOCIAL (1998- 2007). Segundo Plan de Salud de Castilla y León. Valladolid.
- JUNTA CASTILLA Y LEÓN, CONSEJERÍA DE SANIDAD (2005). Actualización SIDA Castilla y León a fecha Julio 2005. Registro Regional del SIDA. Valladolid.

Material y métodos

- ONUSIDA. Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (2004). Informe sobre la epidemia Mundial de SIDA.
- NAVAS ARA M^a.J. (2002) Métodos, Diseños y Técnicas de Investigación Psicológica. UNED. Madrid.

Discusión

- BIMBELA PEDROLA, J.L (1996). Cuidando al Cuidador: Counselling para médicos y otros profesionales de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. (Documentos Técnicos EASP; 12).
- BAYÉS, R, (1995). SIDA y Psicología. Barcelona. Ed: Martínez Roca.

- FASE, (1997). Guía de Counselling para Formadores". Madrid. Escuela de Sida, Salud y Convivencia.
- VICENTE SORIANO/ JUAN GONZÁLEZ- LAHOZ. (1999) Manual del Sida .IDEPSA.
- COORDINADORA GAY LESBIANA (2004). STOP SIDA. 5º Estudio de Prevalencia y Nivel de Prevención de la Infección por el VIH en Hombres que tienen sexo con Hombres.
- JORGE del ROMERO G., VICTORIA HERNANDO S., SOLEDAD GARCÍA P., DANIELA ROJAS C., CARMEN RODRÍGUEZ M. (2004). Perfil de los Nuevos Diagnósticos de Infección por el VIH. FIT. Agenda de Acción II.
- JULIA del AMO VALERO. (2004) Situación actual del VIH / SIDA en España: Epidemiología, Prevención e Inmigración. FIT. Dpto. Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Agenda de Acción.
- UNIVERSIDAD DE LAS ISLAS BALEARES. (2005). Estudio sobre la información de los jóvenes de Mallorca sobre SIDA, sexualidad e infecciones de transmisión sexual. Mallorca. Escuela de SIDA.

Direcciones Web

ONUSIDA

<http://www.unaids.org>

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

<http://www.msc.es/sida>

SESIDA

<http://www.seisida.net/html/paginas/boletin.html>

JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN

<http://www.jcyl.es>

GESIDA (Grupo Español del SIDA)

<http://www.gesidaseimc.com>

INSTITUTO DE SALUD CARLOS III

<http://www.isciii.es>

CESIDA

<http://www.cesida.org/default.htm>

COORDINADORA GAY LESBIANA

<http://www.cogailes.org>

FUNDACIÓN FIT

<http://www.fundacionfit.org/>

GTT (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH)

<http://www.gtt-vih.org>

ESCUELA DE SIDA, MALLORCA

http://www.escoladesida.org/archivos/estudi_catala.ppt

CENTRO DOCUMENTACIÓN SIDA STUDI

<http://sidastudi.org>

Otros

- REVISTA SCIENCE TO COMMUNITY (Diciembre 2004). Investigación conjunta para la prevención del VIH con poblaciones encarceladas y sus familias. CAPS: Center for AIDS Preventions Studies.
- REVISTA GTT: Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. (1997-2005). Publicación Trimestral.



ANEXOS

Objetivos	Preguntas N°	Codificación
1. Conocimiento sobre la enfermedad y los enfermos	3 - 3 - 22 - 25	Conocimiento = si Desconocimiento = no; ns/nc
	23	Abierta recodificada como: cita el lugar más adecuado, cita un lugar que no es el más adecuado, cita un lugar inadecuado
	24 - 46	Conocimiento = no Desconocimiento = si; ns/nc
2. Conocimiento sobre las vías de información	5	Conocimiento = si Desconocimiento = no
	6 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 12	Abiertas
	13	Abierta recodificada como mecanismos de transmisión, métodos de prevención, otros aspectos del sida
3. Conocimiento de las vías de transmisión	26 - 28 - 32 - 35 - 37	Conocimiento = si Desconocimiento = no; ns/nc
	27 - 29 - 30 - 31 - 33 - 34 - 36	Conocimiento = no Desconocimiento = si; ns/nc
4. Conocimiento de los métodos de prevención	39 - 41 - 44 - 45	Conocimiento = si Desconocimiento = no; ns/nc
	38 - 40 - 42 - 43	Conocimiento = no Desconocimiento = si; ns/nc
5. Actitud frente a la enfermedad y los enfermos	48 - 49 - 50 - 52 - 53	Actitud positiva: D; TD Actitud negativa: A; TA
	56	Actitud positiva: A; TA Actitud negativa: D; TD
	4	Conocimiento: no Desconocimiento: si, ns/nc
6. Actitud frente a las estrategias de información	14	Interés = mucho / poco / ninguno
	15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 - 21	Abiertas
	49	Actitud positiva: D; TD Actitud negativa: A; TA
7. Actitud frente a los métodos de prevención	51 - 54 - 55	Actitud positiva: A; TA Actitud negativa: D; TD
8. Hábitos conductuales	58 - 59 - 60 - 61 - 62 - 63 - 64	Prácticas = si; no; ns/nc
9. Otros ítems	1	Abierta. Concepto negativo Concepto neutro-positivo Se deben mantener los mismos conceptos que en el estudio anterior.
	47	si; no
	57	Percepción de riesgo: alta / muy alta No percepción: ninguna / baja

Nº DE ENCUESTADOR:

DISTRITO DE RESIDENCIA: del 1 al 5.

SEXO: varón = 0; mujer = 1.

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS: sin estudios = 0 ; primarios = 1; secundarios = 2; superiores = 3

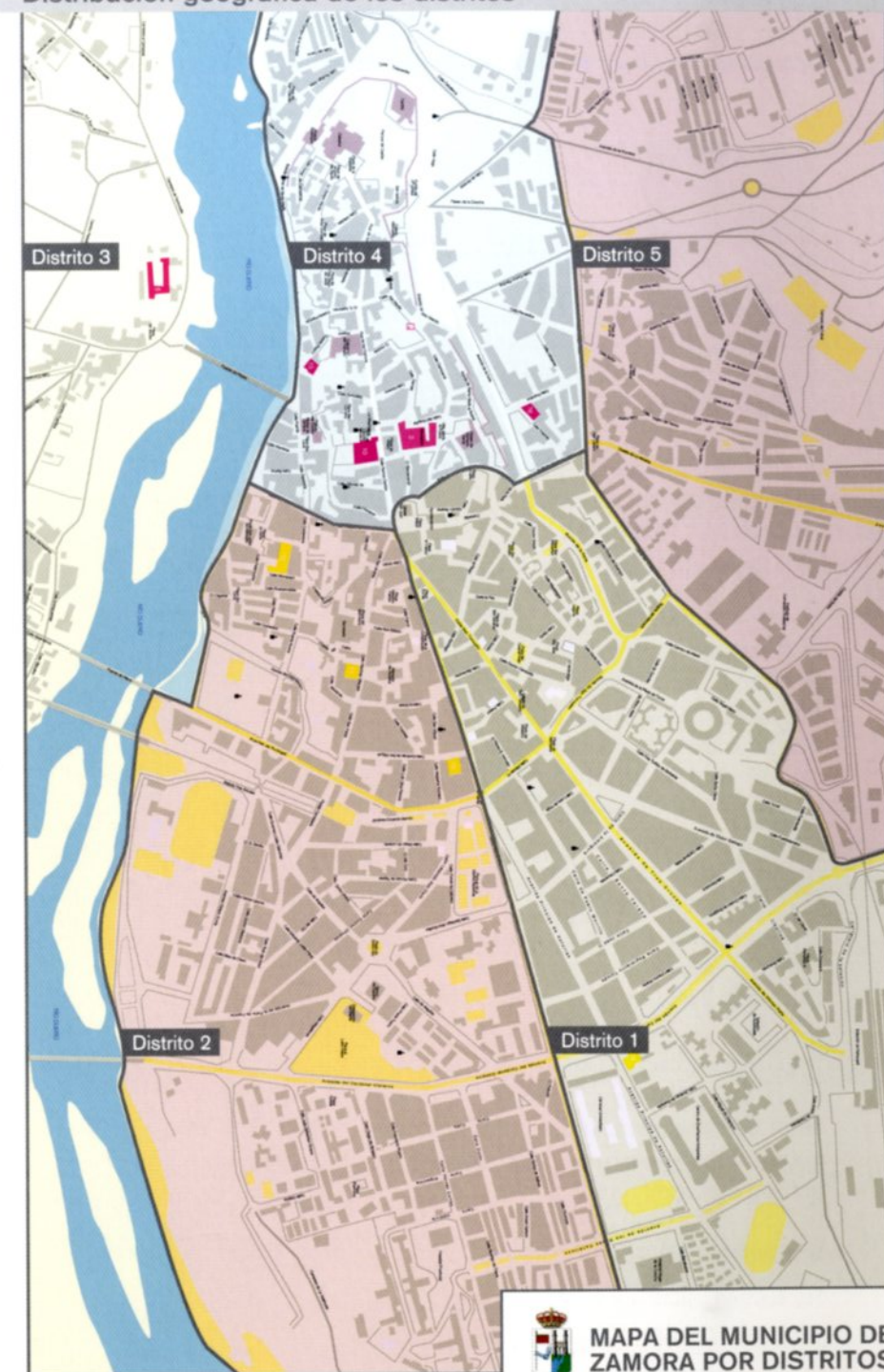
ÍTEMS:

1. QUÉ LE SUGIERE LA PALABRA SIDA:
2. EL VIH CAUSA EL SIDA: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
3. TODA PERSONA CON VIH PUEDE TRANSMITIRLO AUNQUE NO TENGA SIDA: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
4. SÓLO LOS DROGADICTOS, PROSTITUTAS...? Si = 0; no = 1; ns/nc = 2
5. RECUERDA CAMPAÑA INFORMATIVA SOBRE SIDA? si = 0; no = 1
6. EN QUÉ MEDIO? Radio = 0; prensa = 1; tv = 2; carteles y folletos = 3; Internet = 4; otros = 5; no sabe = 6
7. MEDIO ALTERNATIVO:
8. TEMAS DE LA CAMPAÑA:
9. INTERÉS EN RECIBIR INFORMACIÓN: mucho=0; poco=1; ninguno=2
10. MÁS ADECUADO RECIBIR INFORMACIÓN? Prof. Sanitarios = 0; charlas = 1; folletos = 2; tv = 3; radio = 4; otros = 5; no sabe = 6
11. OTROS MEDIOS DE RECIBIR INFORMACIÓN:
12. SABE PRUEBA SIDA? si = 0; no = 1
13. DÓNDE?
14. EN UN ANÁLISIS DE RUTINA? Si = 0; no = 1; ns/nc = 2
15. LOS TRATAMIENTOS HAN CAMBIADO LA...? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
16. UNA PERSONA PUEDE INFECTARSE POR EL SEXO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
17. POR PICADURA DE MOSQUITO? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
18. POR CONTACTO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
19. POR BESAR: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
20. POR USAR MISMO SERVICIO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
21. POR TRANSFUSIONES DE SANGRE: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
22. POR DROGAS: si = 0; no = 1; ns/nc = 2

23. POR BEBER: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
24. POR CEPILLO DIENTES: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
25. POR SER DONANTE DE SANGRE: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
26. POR COMPARTIR JERINGUILLAS: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
27. TRANSMITIR VIRUS EN EL EMBARAZO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
28. PARA DISMINUIR EL RIESGO CONFIANZA EN LA PAREJA: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
29. UTILIZAR PRESERVATIVOS: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
30. TIPO DE PERSONA: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
31. TRATAMIENTO EN EL EMBARAZO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
32. RELACIONES SEXUALES CON PERSONAS QUE SE CONOZCAN: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
33. CUALQUIER MÉTODO ANTICONCEPTIVO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
34. NO COMPARTIR JERINGUILLAS: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
35. NO AMAMANTAR A SU HIJO: si = 0; no = 1; ns/nc = 2
36. A SIMPLE VISTA SE DISTINGUE LAS PERSONAS VIH? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
37. HA CONOCIDO A ALGUIEN QUE ESTÉ INFECTADO? si = 0; no = 1
38. TIENDA TRABAJA INFECTADO: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
39. CAMPAÑAS SÓLO A JÓVENES? TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
40. COMPAÑERO TRABAJO INFECTADO NO TRABAJAR CON EL: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
41. EL PRESERVATIVO ES LA MEJOR FORMA DE PREVENIR EL SIDA POR VIA SEXUAL? TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
42. NIÑO DE TU FAMILIA CON UN COMPAÑERO INFECTADO CAMBIARÍA DE CENTRO? TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
43. CENTROS ESPECIALES PARA LOS ENFERMOS DE SIDA: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
44. PRESERVATIVOS BARATOS Y ACCESIBLES: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
45. JERINGUILLAS ESTERILES GRATIS: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
46. LOS ENFERMOS DE SIDA LO MERECE: TA = 0; A = 1; D = 2; TD = 3
47. PROBABILIDAD DE INFECTARSE: ninguna = 0; baja = 1; alta = 2; muy alta = 3
48. ÚLTIMOS 12 MESES RELACIONES SEXUALES? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
49. NO PAREJA HABITUAL? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
50. UTILIZÓ SIEMPRE PRESERVATIVO? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
51. PRESERVATIVO LA ÚLTIMA VEZ? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
52. OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
53. 10 AÑOS DROGAS? si = 0; no = 1; ns/nc = 2
54. COMPARTIÓ JERINGUILLAS? si = 0; no = 1; ns/nc = 2

Anexo 3

Distribución geográfica de los distritos



Distrito 1

Acoge los barrios de Las Viñas, Pantoja y parte de la zona Centro.



Conocimientos

En el estudio de 1997 destacaban creencias erróneas sobre ciertas vías de transmisión como creer que se transmite el virus por dar la mano, besar en la boca o utilizar jeringuillas nuevas. Existían, igualmente, ideas equivocadas acerca de los métodos de prevención considerando eficaz para prevenir la transmisión el confiar en la fidelidad de la pareja.

En el estudio actual de 2005 estas ideas se mantienen estables a lo largo de los años. Los conocimientos sobre VIH/SIDA son parecidos en ambos periodos.

Actitudes

Se ha producido en estos años un ligero aumento de las actitudes adecuadas en torno al VIH/SIDA.



Distrito 2

Acoge los barrios de La Candelaria, Los Bloques y La Barriada de Asturias.

Conocimientos

Los conocimientos en torno al VIH/SIDA se mantienen estables en estos ocho años.

Actitudes

En el estudio de 1997 se observó una actitud negativa hacia la enfermedad y los afectados.

En el estudio de 2005 se ha producido un aumento de las actitudes favorables, sobre todo, en lo que respecta a la enfermedad.



Distrito 3

Acoge los barrios de Pinilla, Sepulcro, San Frontis y Cabañales.



Conocimientos

En 1997 destacaban creencias erróneas sobre las vías de transmisión del VIH considerando vías de transmisión besar en la boca, compartir servicio o donar sangre.

Igualmente, se desconocía el lugar más adecuado donde acudir para hacerse la prueba de detección del VIH.

En 2005 se ha comprobado un aumento notable en el nivel de conocimientos, siendo el distrito donde se han producido los mayores cambios.

Actitudes

En 1997 destacaba una actitud negativa hacia la enfermedad y los afectados así como hacia los métodos de prevención que son eficaces.

En 2005 se observa un aumento en las actitudes globales mostrando una actitud más positiva.

Distrito 4

Acoge el barrio de Olivares y parte de la zona Centro.



Conocimientos

En el estudio de 1997 destacaba un desconocimiento acerca de la eficacia de ciertos métodos de prevención como el no compartir jeringuillas. En el estudio de 2005 los conocimientos se han mantenido estables a lo largo de los años.

Actitudes

Se ha producido un ligero aumento en las actitudes adecuadas.

Distrito 5

Acoge los barrios de Obelisco, San Isidro, San Lázaro, San José Obrero, Alberca, Villarina y Arenales.



Conocimientos

En 1997 destacaban las creencias erróneas sobre las vías de transmisión del VIH. En 2005 se mantienen estables.

Actitudes

En 1997 destacaba una actitud negativa hacia métodos de prevención que son eficaces.

En 2005 igualmente se mantienen estables dichas actitudes.

Anexo 4

Recursos humanos

ENCUESTADORES

Rocío Aliste Fernández
Adela Andrés Benito
Tránsito Andrés Benito
Carmen de Dios Martín
Jose Pablo González de Lera
Rosa M^a Iglesias Conde
Carmen Rosa Mahamud Bravo
Lorena Prieto Granados
Ruth Rozados Velado
Sara Ufano Gallego
Noemí Alonso Iglesias
Paola Andrés Benito
Rebeca Cabezas García
M^a Dolores Estévez Crespo
Laura Eva Hidalgo Martínez
Cristina Pozo Campo
Ana Isabel Rodríguez Crespo
María Sánchez Fernández
Susana Vázquez Martín

INFORMATIZACIÓN DE DATOS

Rebeca Cabezas García
María Sánchez Fernández
Lorena Prieto Granados

Conocimientos, actitudes y hábitos de la Población de Zamora en relación al VIH/SIDA

DATOS DEL ENTREVISTADO

Edad Sexo **V** ☐ **M** ☐

Nivel de estudios **a.** sin estudios ☐ **b.** primarios ☐ **c.** secundarios ☐ **d.** superiores ☐

a. sin graduado escolar (hasta 8º EGB o equivalente) b. con graduado escolar
c. cursó bachillerato o FP d. carreras universitarias técnicas o superiores

Zona de residencia

1. En una palabra: ¿Qué le sugiere el sida?

2. ¿El VIH causa el SIDA? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

*Item modificado: en cuestionario 1997: "¿Cree que tener VIH y tener SIDA es lo mismo?"

3. ¿Toda persona infectada por el virus VIH puede transmitirlo aunque no tenga SIDA? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

*Este item no aparece en cuestionario 1997

4. Sólo los drogadictos, prostitutas y homosexuales pueden infectarse por el virus del SIDA ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

*Este item no aparece en cuestionario 1997

5. ¿Recuerda alguna campaña informativa sobre SIDA? ☐ si ☐ no

En qué medio de comunicación

6. Radio ☐ 7. Prensa ☐ 8. televisión ☐ 9. carteles y folletos ☐ 10. internet ☐

11. Otros (citar) 12. no sabe / no se define ☐

13. ¿Sobre qué tema?

14. ¿Qué interés tiene en recibir información sobre el SIDA? ☐ mucho ☐ poco ☐ ninguno

¿Cómo le parecería más adecuado recibir información sobre el SIDA?

Item modificado: en cuestionario 1997: "¿Qué medio(s) le parece(n) adecuado(s) para recibir información sobre SIDA?"

15. Profesionales sanitarios (médico@s, enfermer@s, etc.) ☐

16. Charlas ☐ 17. Folletos ☐ 18. televisión ☐ 19. radio ☐

20. Otros (citar) 21. no sabe / no se define ☐

22. ¿Sabe dónde se puede acudir para hacer la prueba del virus del SIDA? ☐ si ☐ no

En caso afirmativo

23. ¿Dónde?

24. En un análisis de rutina ¿una persona puede saber si tiene el virus del SIDA? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

25. Los tratamientos actuales, ¿han cambiado sustancialmente la evolución de estos enfermos? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

*Este item no aparece en cuestionario 1997

Una persona puede infectarse por el virus del SIDA:

26. Por tener relaciones sexuales con penetración sin utilizar preservativo ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

27. Por picaduras de mosquitos ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

28. Por contacto físico habitual como dar la mano, acariciar o jugar ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

29. Por besar en la boca ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

30. Por utilizar el mismo servicio que ha utilizado una persona infectada por el virus del SIDA ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

31. Por recibir transfusiones de sangre no controlada ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

32. Por inyectarse drogas con una jeringuilla nueva ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

33. Por beber del mismo vaso que un enfermo de SIDA ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

34. Por compartir el cepillo de dientes o la maquinilla de afeitar ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

35. Por ser donante de sangre ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

36. Por compartir jeringuillas usadas ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

37. Si una mujer infectada por el virus del SIDA queda embarazada, puede transmitir el virus a su hijo ☐ si ☐ no ☐ ns/nc
*Este ítem no aparece en cuestionario 1997

Para disminuir el riesgo de infección por el virus del SIDA es útil:

38. La confianza en la pareja ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

39. Utilizar preservativo en las relaciones sexuales con penetración ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

40. Tener cuidado con el tipo de personas con las que nos relacionamos ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

Que una mujer embarazada infectada por el virus del SIDA reciba tratamiento
41. para prevenir la enfermedad en el niño ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

42. Tener relaciones sexuales sólo con personas que se conozcan bien ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

43. Cualquier método anticonceptivo ☐ si ☐ no ☐ ns/nc
*Este ítem no aparece en cuestionario 1997

44. No compartir jeringuillas o agujas ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

45. Evitar que una madre infectada por el virus del SIDA amamante a su hijo ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

46. Las personas infectadas por el virus del SIDA se distinguen a simple vista de las que no lo están ☐ si ☐ no ☐ ns/nc
*Este ítem no aparece en cuestionario 1997

47. ¿Ha conocido a alguien que esté infectado por el virus del SIDA? ☐ si ☐ no
*Ítem modificado: en cuestionario 1997 aparecía: "¿Ha conocido a alguien que tenga SIDA?"

Si le dicen que en la tienda en la que habitualmente compra alimentos trabaja
48. una persona enferma de SIDA, ¿procuraría comprar en otra tienda? ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

49. Las campañas informativas sobre el SIDA deberían dirigirse únicamente a los jóvenes ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

50. Si uno de sus compañeros de trabajo estuviera infectado por el virus del SIDA ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

51. El preservativo es la mejor forma de prevenir el SIDA por vía sexual ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

Si un niño de su familia tuviera un compañero de clase infectado por el virus del SIDA,
52. ¿preferiría que le cambiaran de aula? ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

Indique su opinión acerca de las siguientes medidas para controlar el problema del SIDA

Los enfermos de SIDA deberían estar en centros especiales
53. para evitar que transmitan la enfermedad ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

54. Los preservativos deberían ser baratos y accesibles ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD
*Ítem modificado: en cuestionario 1997 aparecía: "Los preservativos deberían ser baratos y comprarse fácilmente"

55. Se deberían dar gratis jeringuillas estériles a las personas que se inyectan drogas ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD

56. Los enfermos de SIDA merecen tener la enfermedad ☐ TA ☐ A ☐ D ☐ TD
*Ítem modificado: en cuestionario 1997 aparecía: "Los enfermos de SIDA no se merecen tener la enfermedad"

57. ¿Cual cree que es su probabilidad de infectarse por el virus del SIDA? ☐ ninguna ☐ baja ☐ alta ☐ muy alta
*Ítem modificado: en cuestionario 1997 aparecía: "¿Cual cree que es su probabilidad de contraer SIDA?"

58. En los últimos doce meses, ¿ha tenido relaciones sexuales con penetración? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

Si ha tenido relaciones sexuales con penetración en los últimos doce meses

59. ¿Alguna de ellas ha sido con una persona que no fuera pareja habitual? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

Si ha tenido relaciones sexuales con penetración en los últimos doce meses con una pareja que no fuera habitual...

60. ¿Utilizó preservativo siempre? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

61. ¿Utilizó preservativo la última vez? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

62. ¿Utilizó algún otro método anticonceptivo que no fuera el preservativo? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc
*Este ítem no aparece en cuestionario 1997

63. En los últimos 10 años, ¿ha consumido drogas por vía intravenosa? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

64. Si ha consumido droga por vía intravenosa en los últimos 10 años, ¿compartió jeringuillas alguna vez? ☐ si ☐ no ☐ ns/nc

Edita: Exmo. Ayuntamiento de Zamora

Diseño y maquetación: [JAUS] comunicación

Depósito Legal: 101 ZA 2006