

# SIDA Y JÓVENES LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH



Escuela Andaluza  
de Salud Pública

José Luis Bimbela Pedrola  
M<sup>a</sup> Teresa Cruz Piqueras



JUNTA DE ANDALUCÍA  
Consejería de Salud

2<sup>a</sup> Edición

# SIDA Y JÓVENES

## LA PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL DEL VIH

Autores:

*José-Luis Bimbela Pedrola*

Psicólogo. Universidad de Barcelona  
Master en Salud Pública. Universidad de Barcelona  
Master en Drogodependencias. Universidad de Barcelona  
Docente investigador EASP

*M<sup>a</sup> Teresa Cruz Piqueras*

Socióloga. Universidad de Granada  
Investigadora EASP

Asesores:

*Ignasi Pons*

Universidad de Barcelona

*M<sup>a</sup> Angeles Prieto*

*Mariano Hernán*

Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada

2<sup>a</sup> Edición



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
Consejería de Salud



Escuela Andaluza  
de Salud Pública

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

BIMBELA PEDROLA, José Luis

Sida y Jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH / José Luis Bimbela Pedrola y M<sup>a</sup> Teresa Cruz Piqueras. -2<sup>a</sup> ed.- Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997 - (Monografías: 18)

1. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. 2. Educación sexual. 3. Adolescencia, NLM Classification WD 308 CDU 614

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA  
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070  
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-39-7

Depósito Legal: Gr-896-97



Ilustración de Portada: Roy Lichtenstein, *We rose up slowly*, 1964

Fotocomposición: Croma Factoría Gráfica

Imprime: Croma Factoría Gráfica

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Este libro va dedicado a todos/as aquellos/as  
jóvenes que con sus palabras, miradas y  
silencios nos han contado sus historias, sus  
relaciones, sus temores y... sus amores.



"Tendríamos que aceptar que el comportamiento del ser humano  
es mucho más complejo que cualquier virus"

*Jonathan Mann*

"Woman is the nigger of the world"

*John Lennon*

"El placer sexual, incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar  
físico, psíquico, intelectual y espiritual"

*Declaración de Valencia de los Derechos Sexuales  
XIII Congreso Mundial de Sexología  
Valencia, junio de 1997*



# ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	11
PRÓLOGO .....	13
PREFACIO A LA SEGUNDA EDICIÓN .....	17
PARTE I. INTRODUCCIÓN .....	19
A. Jóvenes, sida y prácticas sexuales .....	21
B. Argumentos para una investigación .....	25
1. Marco teórico .....	25
2. Objetivos .....	27
PARTE II. METODOLOGÍA .....	29
A. El enfoque cualitativo .....	31
B. Técnicas utilizadas en el estudio .....	33
C. Diseño metodológico .....	35
1. Grupos .....	35
2. Entrevistas .....	39
3. Análisis de la información .....	40
PARTE III. RESULTADOS .....	41
A. Perfiles significativos: características generales que definen a los grupos .....	43
1. Grupo 14-16 años .....	43
2. Grupo 17-20 años .....	46
3. Grupo 21-24 años .....	51

B. Instrumentos y escenarios: factores que influyen en la prevención.....	59
1. Factores que facilitan la prevención .....	59
2. Factores que dificultan la prevención .....	66
C. Demandas, necesidades y sugerencias .....	79
PARTE IV. CONCLUSIONES .....	83
PARTE V. SUGERENCIAS PARA LA INTERVENCIÓN ....	95
A. Introducción .....	97
B. Objetivos .....	99
C. Contenidos y metodología .....	100
D. Comentarios finales .....	112
PARTE VI. BIBLIOGRAFÍA .....	117
A. Marco teórico .....	118
B. Metodología .....	119
C. VIH/Sida .....	121
D. Sexualidad .....	123
E. Jóvenes, sexualidad y VIH/Sida .....	124
F. Material didáctico sobre VIH/Sida .....	126
G. Material didáctico sobre sexualidad .....	127
APÉNDICES .....	129
Apéndice I. Segmentación de los grupos: edad, género, hábitat y situación socio-laboral .....	131
Apéndice II. Guión-base para la realización de los grupos .....	132
Apéndice III. Guión-base para la realización de las entrevistas .....	134

# AGRADECIMIENTOS

## A LA PRIMERA EDICIÓN

A M<sup>a</sup> Mar García-Calvente, Joan Carles March, Luis Andrés López y Esteban de Manuel por confiar en este proyecto y apoyarlo desde su gestación.

A Ignasi Pons, M<sup>a</sup> Angeles Prieto y Mariano Hernán por sus asesoramientos y desvelos.

A Ramón Bayés y Viki Zunzunegui, por las veces que hemos acudido a sus artículos, a sus libros, y a... ellos mismos, recibiendo siempre apoyo, cordura y sabiduría.

A Josep Torres, por ayudarnos a comprender (también) que una cosa es prevenir el VIH/Sida y otra, muy distinta, prevenir la sexualidad.

A Jaume Funes por enseñarnos que es posible convivir con los riesgos y no morir en el intento.

A Olga Solas por su disponibilidad y sus valiosas aportaciones.

A Manuel Bobenrieth y Giulia Fernández, por la estructura, la claridad, la concisión, los verbos, los sujetos y las preposiciones.

A Maite Gorrotxategi, Juan Manuel Jiménez y Fabiola Ojeda, por sus lecturas, comentarios y paciencias.

A los “mediadores de los grupos”, que han conseguido con su esfuerzo y trabajo que nuestra tarea haya sido posible, fácil y agradable.

A las personas entrevistadas que nos han entregado su colaboración con cariño y entusiasmo.

Y, desde luego, a los chicos y chicas que han participado en estos grupos, por... todo.

## A LA SEGUNDA EDICIÓN

Esta 2ª edición se ha beneficiado de las valiosas sugerencias y comentarios aportados por Manuel Bobenrieth y Juan Manuel Jiménez.

Además han mantenido su colaboración en esta segunda edición: Giulia Fernández de la Unidad Técnica de Publicaciones, EASP; y Joan Carles March, Coordinador de Investigación de la EASP.

## PRÓLOGO

En unos momentos en los que el número de personas que mueren de sida en el mundo está descendiendo por primera vez desde el comienzo de la pandemia y en los que parece que, por lo menos en algunos países occidentales, el ritmo de su expansión está cambiando de signo (Morris, 1997) el libro de Bimbela y Cruz nos recuerda que la guerra todavía dista mucho de haberse ganado y que, desgraciadamente, en el campo de batalla todavía pueden perecer muchas víctimas.

En efecto, si bien este cambio positivo también parece experimentarse en España, y los casos de sida, aunque siguen aumentando, han disminuido su velocidad de crecimiento (Argos, 1997) –lo cual debe considerarse como una excelente noticia– no es menos cierto que esta disminución se debe, posiblemente, a los efectos entre los usuarios de drogas –la principal causa de transmisión del VIH en nuestro país– de la intensificación de los programas de metadona e intercambio de jeringuillas así como a una modificación de hábitos en muchos de estos usuarios en la forma de administrarse la droga. No deja de ser preocupante, sin embargo, que la transmisión heterosexual del VIH –aunque relativamente pequeña en número y, por ello, todavía con poca incidencia en el número global anual de personas con un diagnóstico de sida– siga creciendo imparable y que, con un 16% de casos, ocupe ya el segundo lugar entre nosotros, en las formas de transmisión del VIH.

Este libro ofrece información para conocer mejor, tanto cuantitativa como cualitativamente, esta realidad y afinar las estrategias y los programas para conseguir una victoria en esta particular batalla de la transmisión heterosexual del VIH. Su interés se centra en los jóvenes porque desde

1991, entre el grupo de hombres de 25 a 34 años, el sida ocupa en nuestro país, el primer lugar entre las causas de muerte (Regidor, Barrio, De la Fuente y Rodríguez, 1995). Si tenemos en cuenta que desde el momento de la infección hasta el fallecimiento por sida suelen transcurrir más de diez años, esto nos indica que la mayoría de las infecciones se han producido en el despertar de la actividad sexual, entre los 15 y los 23 años, precisamente en el grupo de edad al que Bimbela y Cruz dedican su trabajo.

Tanto por nuestras investigaciones (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1995, 1996), como por las de otros autores (Páez, 1995) sabemos que el peligro no puede generalizarse a toda la juventud sino únicamente a una parte de ella. La mayoría de nuestros adolescentes y jóvenes son conservadores en materia sexual. A pesar de que el mensaje de los medios audiovisuales parece mostrarnos otra cosa, bastantes de ellos llegan vírgenes a la edad adulta y otros muchos utilizan medios de protección eficaces. Los comportamientos de riesgo ante la transmisión del VIH se circunscriben, probablemente, a una cuarta parte de la juventud. Pero una cuarta parte se traduce en muchos miles de jóvenes que se inician peligrosamente en la sexualidad en un mundo de sida. Y aunque en algunas de las capas socioculturales de nuestra sociedad, es todavía poco probable encontrar a un compañero sexual infectado, los datos fríos de las estadísticas nos señalan, de forma inexorable, que esta probabilidad se incrementa cada día y que, paradójicamente, el riesgo parece aumentar cuando lo que se busca no es únicamente el goce sexual con una pareja esporádica sino la consolidación de una relación estable con una persona que, previamente ha tenido una vida sexual activa.

El acto de enamorarse implica, subjetivamente, en muchos casos, el alejamiento de la consideración de la existencia del riesgo. Cuanto más larga es la duración de una relación de pareja, menos vulnerables se sienten sus miembros a la amenaza del sida (Bayés, 1997). Parece olvidarse que, en ausencia de pruebas de análisis de sangre, la monogamia sólo es segura si existe una fidelidad absoluta y una abstinencia sexual previa de los miembros de la pareja de unos ocho años y que un solo episodio de infidelidad oculta puede destruir, en cualquier momento esa garantía. Como ha señalado Wiling (1995), deberíamos tener siempre presente que, en Estados Unidos, por ejemplo, la mayoría de las mujeres

heterosexuales seropositivas al VIH ha sido infectada por sus parejas estables.

Personalmente no conozco a Teresa Cruz pero desde hace años sigo la pista a Josep Lluís Bimbela con el que me une una excelente relación de amistad. Si el lector no conoce a Josep Lluís, no ha visto todavía la faz humana de la tenacidad, del entusiasmo por la tarea a realizar, en especial en los temas de la sexualidad y el sida por los que, desde hace años, sigue avanzando de forma coherente e imparable.

De la misma manera que hay "fans" del Madrid y "fans" del Barça dispuestos a acompañar a su equipo a Siberia, o a la Antártida si fuera necesario, a prorrumpir en gritos de alegría o a cubrir sus cabezas de ceniza y estallar en amargos sollozos, en psicología algunos modelos también tienen sus "fans". Josep Lluís, como el lector adivinará enseguida, es un apasionado del modelo PRECEDE y, desde el momento de su iluminación personal, ha seguido a Green –su autor– por los caminos de la vida profesional, con sugestivas y renovadas pancartas, redoble de tambores, pífanos y estandartes. Posiblemente tenga razón. Existen en este momento modelos de prevención de salud más elaborados, más en consonancia con las actuales modas cognitivas, quizás mejores. Pero no hay duda de que el PRECEDE es un modelo pragmático, útil, que permite analizar, tomar decisiones y avanzar. Gracias Josep Lluís, por habérmelo hecho conocer, por comunicarme gran parte de tu entusiasmo.

Con un gran abrazo que abarca a todos los amigos comunes de los que ambos tanto hemos aprendido los últimos años.

*Ramón Bayés*  
22 de Marzo, 1997



## **PREFACIO A LA 2ª EDICIÓN**

La entusiasta acogida de esta obra por parte de los profesionales interesados en el tema ha hecho necesario que la Escuela Andaluza de Salud Pública, emprenda la segunda edición, pasado un año y medio de la fecha de publicación de la primera.

Esta segunda edición, revisada, ampliada y reestructurada, va dirigida, al igual que la primera, tanto a los profesionales socio-sanitarios en contacto directo con jóvenes como a los responsables de políticas de salud locales y autonómicas. Cabría también señalar que, secundariamente, puede ser de interés para investigadores sociales y conductuales.

En esta segunda edición se han introducido cambios importantes en el formato y estructuración general de la obra, a fin de aumentar su claridad y potenciar la aplicabilidad de los contenidos y metodologías que se derivan de los resultados obtenidos. Además se ha profundizado en el análisis de los resultados y se ha actualizado la bibliografía de apoyo.

De esta forma, la publicación ha quedado organizada en seis partes, a la que se agregan 3 apéndices.

La Parte I presenta la justificación de cada uno de los temas investigados: jóvenes, VIH/Sida, sexualidad.

La Parte II describe las características metodológicas del tipo de estudio empleado en esta investigación.

La Parte III presenta los resultados obtenidos en cada uno de los grupos de edad en que se ha segmentado la población de estudio: 14-16 años, 17-20 años y 21-14 años.

Además de los perfiles y características específicas de cada grupo de edad, se ofrecen los resultados globales atendiendo a su papel como factores facilitadores o dificultadores de las conductas más seguras.

También se muestran en esta parte las demandas, necesidades y sugerencias que los propios jóvenes han ido expresando a lo largo de la investigación.

La parte IV presenta las conclusiones del estudio, organizadas según variables y factores clave.

La parte V ofrece una serie de sugerencias para la intervención derivadas de los resultados obtenidos en el estudio, haciendo especial énfasis en los aspectos metodológicos de las acciones sugeridas y en las estrategias más eficaces para una puesta en marcha ágil e inmediata.

La parte VI presenta la bibliografía seleccionada, dividida en diversos apartados para incrementar su utilidad.

Los apéndices completan una síntesis del contenido de la obra.

## **PARTE I. INTRODUCCIÓN**



## A. Jóvenes, sida y prácticas sexuales

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema importante de salud pública en todo el mundo.

Desde que en 1981 se diagnosticaran los primeros casos de sida, la expansión de la infección por el virus causante del VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) no ha cesado, y su difusión alcanza a cada vez más población. Así, histórica y cronológicamente, el sida ha afectado en primer lugar, a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, posteriormente también a personas que usan drogas por vía parenteral, y en los últimos años a personas con prácticas heterosexuales, con especial incidencia entre las mujeres y los jóvenes. Este giro epidemiológico ha provocado diferentes respuestas en la planificación de políticas de salud pública.

En España aparecen los primeros casos de transmisión por vía heterosexual en 1985. A partir de entonces, la aparición de nuevos casos y el aumento de su incidencia en relación con el total de casos ha sido constante. Aunque la incidencia del sida entre los jóvenes es aún reducida en España (en septiembre de 1997 sólo un 0.9 % de los casos declarados corresponden al intervalo de 13-19 años), la OMS los considera como un grupo diana en cuanto al riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y una población prioritaria en las intervenciones preventivas a desarrollar en los próximos años.

Las razones de esta priorización son diversas:

1. El largo período de incubación de la enfermedad hace que la tasa anual de incidencia de casos de sida, en el intervalo de 13-19 años, tenga sólo un valor relativo como indicador de la seroprevalencia y de posibles prácticas de riesgo. Más significativo resulta el hecho de que el intervalo de 20-29 años representa ya en marzo de 1997 el 36,6% de todos los casos de sida. Este dato indica, dado el período de incubación (que puede estimarse de media entre 8 y 10

años), que buena parte de dicha población se contagió precisamente en el intervalo de edad anterior.

2. La presencia en la población de 13 a 24 años de enfermedades de transmisión sexual (ETS) que facilitan la transmisión del VIH.
3. La incorporación cada vez más temprana de los adolescentes a la relación sexual.
4. El hecho de que en estas edades empiezan a consolidarse valores, creencias actitudes y hábitos, que van a influir en la adopción (o no) de prácticas más seguras durante su posterior vida sexual activa.

En Andalucía, datos hechos públicos por la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta con motivo del Día Mundial del sida de 1995 señalan que el sida fue en 1994 la primera causa de muerte entre las personas de 25 a 34 años. Esta cifra, reforzaría la idea de que es durante la década inmediatamente anterior (15-24 años) cuando se produce la mayor parte de los contagios.

A todo lo anterior hay que añadir los resultados de diversas encuestas realizadas en España por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por el Gobierno Vasco, así como estudios más cualitativos realizados en Barcelona por el Equipo Prevención sida (EPS) y por la Universidad de Sevilla y el Colectivo Speculum, que manifiestan la realización, por parte de los jóvenes, de prácticas sexuales de riesgo en cuanto a la transmisión sexual del VIH tales como coito anal o vaginal sin protección.

En los últimos años, son varios los estudios realizados con el objetivo de identificar aquellos factores comportamentales que influyen en la transmisión sexual del VIH/Sida entre los/as jóvenes (Strunnin, 1991; Diclemente, 1992; Carducci et al., 1995). Las principales conclusiones que se derivan de dichos estudios son: 1) el enorme peso que tiene la socialización y los roles adscritos a cada género en esa edad, en cuanto es un período en el que se consolidan diferentes formas de vivir y manifestar la sexualidad, 2) la incorporación cada vez más temprana de los jóvenes a la vida sexual y 3) el reducido uso que se hace de métodos preventivos eficaces para evitar embarazos no deseados (END), enfermedades de transmisión sexual (ETS), y

VIH/Sida. Todo ello sugiere que efectivamente, entre el grupo de los/as jóvenes con prácticas heterosexuales, existen conductas que entrañan cierto riesgo respecto a la transmisión sexual del VIH.

El período vital de la adolescencia, destaca por ser un período dónde la sexualidad se experimenta con múltiples parejas, con las que no siempre se realiza “sexo seguro”, y en un contexto en el que predomina el uso de alcohol y otras sustancias (Hingson R.W. et al. 1990). Otros estudios, revelan cómo las relaciones sexuales sin protección y el uso de sustancias que ayuden a desinhibirse, son comportamientos comunes entre los jóvenes; que además se ven reforzados por la presión ejercida a través de su grupo de iguales (Memon A. 1990, Evans N. et al 1995). En cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales, ésta varía según el género (más frecuentes en los chicos), y los patrones y normas culturales. Rotheram-B (1995) en su revisión de artículos publicados sobre este tema, identifica fundamentalmente los siguientes factores de riesgo: los estereotipos adscritos al rol de género, la influencia del grupo de iguales, la orientación sexual y el uso de drogas. Todos estos factores vienen a insertarse en una etapa de desarrollo personal, dónde el “ser joven”, es también sentirse “invulnerable”, ya sea frente a un accidente de tráfico o a la transmisión de una enfermedad.

## **La situación en Andalucía**

Una revisión más local de los principales estudios sobre sexualidad y jóvenes realizados en la comunidad autónoma andaluza, conduce a una serie de conclusiones muy similares a las que se derivan de investigaciones llevadas a cabo en otros países.

Según un estudio realizado en 1993 por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía en colaboración con la Universidad de Sevilla, el 44,5% de los jóvenes andaluces de 15 a 21 años han tenido alguna relación con coito. Para la mayoría de ellos esta experiencia ha sido entre los 15 y los 18 años. En esta primera relación coital tomaron la iniciativa sobre todo los chicos, minoritariamente las chicas, y en un 40% la decisión se tomó en común. En cuanto a la utilización de métodos anticonceptivos, el 64% de los jóvenes no usaron un método de protección seguro (un 33,4% no usaron ninguno, y un 31% utilizó la marcha atrás),

sólo un 29,4% utilizó el preservativo. Este porcentaje se eleva únicamente 3 puntos (32,7%), entre los que actualmente utilizan siempre el condón en sus relaciones coitales.

Siguiendo los resultados de otro estudio (“Jóvenes Andaluces de los 90”, 1991), más de la mitad de la población joven de Andalucía declara mantener “relaciones sexuales” en el momento de realizar las entrevistas. La edad media en que estos jóvenes inician su actividad sexual se sitúa en torno a los 18 años.

Entre los jóvenes que han iniciado sus relaciones sexuales antes de los 16 años, encontramos un porcentaje superior de hombres (25%) que de mujeres (11%). No obstante, es la variable edad la que resulta determinante para analizar la incorporación cada vez más precoz del adolescente a la vida sexual.

Entre los jóvenes de 15 a 19 años, hay un 36% que dice haber iniciado sus relaciones sexuales antes de cumplir los 16 años, mientras que para el grupo de edad de 25 a 29 años dicho porcentaje se reduce hasta un 10%.

Casi la mitad de las jóvenes andaluzas entrevistadas manifiestan no utilizar ningún método anticonceptivo, según un estudio realizado por el Instituto Andaluz de la Mujer (“Situación social de la mujer en Andalucía”, 1990). Cabe destacar, además, que entre las más jóvenes este porcentaje se eleva al 75%. La razón que según estas jóvenes justifica la no utilización de métodos anticonceptivos, deriva del tipo de relaciones sexuales que mantienen, dónde se excluye el coito.

El preservativo es el método anticonceptivo más utilizado, al que le sigue a gran distancia la píldora y el “coitus interruptus” (“Jóvenes Andaluces”, 1991). No obstante hay un 15% de jóvenes que declara no utilizar nunca ningún método anticonceptivo, este porcentaje se eleva entre los que residen en zonas rurales (19%), frente a los que lo hacen en zonas urbanas (12%).

Las variables que explican actitudes más favorables a la utilización de métodos anticonceptivos, tanto en chicos como en chicas, son: tener más edad, un mayor nivel cultural, y residir en zona urbana (Oliva et al. 1993).

## **B. Argumentos para una investigación**

Argumentos y justificaciones abundan: parece prioritario diseñar y coordinar acciones concretas dirigidas a los/as jóvenes si se desea prevenir la extensión del VIH/Sida. En este sentido, una aproximación al tipo de relaciones y prácticas que mantienen, así como un análisis de los factores que las mediatizan y los discursos que las legitiman, es un paso previo para cualquier intervención que intente aunar eficacia, efectividad y eficiencia.

Conocer el cuánto, cuántas veces y dónde, mediante la utilización de cuestionarios responde a objetivos de buena parte de los estudios realizados más frecuentemente, tanto fuera como dentro de nuestro país. Por ello el presente estudio ha optado por seguir una metodología que contemple las técnicas estructurales o cualitativas, las cuales permitirán conocer no sólo lo que hacen, sino cómo y por qué lo hacen.

Además, el hecho de recoger opiniones expresadas directamente por los propios jóvenes ofrece la posibilidad de identificar elementos discursivos que permitan un mayor grado de comprensión sobre las prácticas sexuales que realizan.

La bibliografía existente sobre sexualidad, presenta información interesante sobre el “trato” que en ocasiones recibe el vocabulario de este campo: en un buen número de estudios se identifica “relación sexual” exclusivamente con “coito”. De esta forma, se refuerza una vez más el estereotipo constantemente transmitido en los medios de comunicación, y que se refleja en el discurso de los jóvenes, dónde hablar de relaciones sexuales, es hablar de coito. Surge, por tanto, la necesidad de revisar la terminología en este tipo de estudios.

### **1. Marco teórico**

Diversos autores han investigado los factores que pueden jugar un papel destacado como antecedentes conductuales de los problemas de salud, incluido el VIH/Sida.

Janz y Becker a través del modelo de “creencias de salud” identifican cuatro dimensiones en la explicación de los comportamientos de riesgo o

protección: percepción de la gravedad, vulnerabilidad, disponibilidad de alternativas, y relación coste-beneficio.

Bandura por su parte, subraya la importancia de tres elementos clave para realizar conductas sin riesgo: tener una información adecuada, poseer habilidades de interacción social, y practicar abundantemente las conductas preventivas.

Bayés, aplicando el análisis funcional de la conducta a la prevención del VIH/Sida, establece que *“los comportamientos de riesgo más frecuentes - penetración sexual e inyección de droga- suponen, casi siempre, de forma inmediata y, frecuentemente, intensa una consecuencia de placer o una liberación de tensión. En cambio la consecuencia negativa de estos comportamientos de riesgo -infección por el VIH- es sólo probable y además a largo plazo.”* Ante esto, Bayés sugiere que *“el individuo escogerá, normalmente, la estimulación del placer cierta e inmediata, pese a las graves consecuencias que en un futuro pueden derivarse de su acción.”*

Green en su modelo P.R.E.C.E.D.E. (Predisposing, Reinforcing, Enabling, Causes, Educational, Diagnosis, Evaluation) propone que los antecedentes conductuales de los problemas de salud son de tres tipos: factores predisponentes (información, actitudes, valores y creencias); factores facilitadores (habilidades, existencia de recursos, accesibilidad de los mismos), y factores reforzantes (actitudes y conductas del medio: pareja, familia, grupo de iguales, personal socio-sanitario, etc.) como respuesta a cada práctica concreta realizada.

Las intervenciones de prevención comunitaria del VIH/Sida llevadas a cabo en Barcelona por el Equipo Prevención sida (EPS) desde el año 1988 han puesto de manifiesto la utilidad del modelo de Green, para identificar los factores fundamentales que inciden en la realización de determinadas prácticas, y su aplicabilidad a la hora de diseñar intervención, y sus acciones concretas.

Cabe mencionar también otra línea teórica que resulta de especial interés cuando se trabaja con técnicas de carácter estructural o cualitativo. Desde esta perspectiva, el tratamiento que recibe la información no se

detiene tanto en el análisis de los factores que intervienen “directamente” en los comportamientos de las personas, sino en “el proceso de producción” del discurso que sustenta tales comportamientos. Es decir, implica una aproximación a lo que “se hace” a través de “lo que se dice”, un acercamiento a aquellos elementos que dominan la esfera social, que dotan o no de legitimidad a las prácticas que realizamos, y que se interiorizan en la trayectoria social de los individuos (“habitus” según Bourdieu). Estos elementos se reflejan también a través del discurso, por lo que su estudio nos permitirá identificarlos. En esta línea teórica y en su aplicación al campo de la salud destaca el trabajo realizado por D. Lupton, del que tomaremos algunos presupuestos para nuestra investigación.

En síntesis, el estudio que presentamos se inserta en una doble línea de trabajo cuyo propósito es: a) estudiar aquellos factores que más influyen en la realización de conductas sexuales de riesgo, y b) analizar el discurso que legitima dichas conductas. Para ello utilizará el abordaje teórico iniciado por Green a través del modelo P.R.E.C.E.D.E, y las aportaciones derivadas del campo del análisis del discurso (Lupton, 1992).

## 2. Objetivos

Dos son los objetivos globales que persigue este estudio:

- (a) Identificar los factores que influyen en la realización de prácticas sexuales de riesgo respecto al VIH/Sida entre los jóvenes (14-24 años) de la región española de Andalucía, y
- (b) Analizar el discurso interiorizado por estos jóvenes sobre la sexualidad y el VIH/Sida.

A su vez, estos objetivos globales se concretan en cinco objetivos específicos:

- (1) Indagar si al plantear una conversación sobre su actividad sexual aparece asociado el VIH/Sida,
- (2) Identificar los cambios que el VIH/Sida ha introducido en sus relaciones sexuales,

- (3) Conocer su opinión sobre el condón y otras prácticas seguras,
- (4) Conocer sus demandas concretas respecto a la prevención de la transmisión sexual del VIH/Sida, y
- (5) Describir las discrepancias y/o consensos entre los distintos grupos según el género, la edad, el hábitat, y su situación socio-laboral.

## **PARTE II. METODOLOGÍA**



## A. El enfoque cualitativo

Este estudio se ha realizado siguiendo una metodología de carácter cualitativo. Frente a la metodología cuantitativa cuyo interés radica en la probabilidad de ocurrencia de un determinado hecho, el objetivo aquí planteado perseguiría elucidar elementos de comprensión. El uso de técnicas cualitativas permite captar aspectos significativos, que aún careciendo de la representatividad estadística que confiere el soporte de una muestra, ofrece pistas de cara a la explicación e interpretación de los objetivos. En definitiva, con este tipo de análisis lo que se pretende es favorecer la formulación de actuaciones y propuestas que recojan la perspectiva de los propios jóvenes. Dentro del ámbito de la investigación social se extiende cada vez más el uso de metodologías cualitativas para tratar temas que - como el sida- involucran aspectos sociales y culturales difíciles de captar mediante cuestionario. La rigidez de las técnicas cuantitativas en su aplicación al campo de la sexualidad humana ha sido objeto de revisión en varios estudios, al mostrarse insuficiente para su aplicación en todas las dimensiones de la sexualidad humana: sociales, económicas, políticas y simbólicas (Huygens et al. 1996, Backett K. 1995). Además, junto a las aportaciones propias que puedan derivarse de la utilización de técnicas cualitativas, no hay que olvidar, que los resultados que ofrecen constituyen una fuente de información de primera mano para la posterior construcción de un cuestionario<sup>1</sup>.

A partir de las aportaciones de autores como Catania y Sontag, el uso de metodología cualitativa se justifica dada la gran carga de significados, estereotipos y prejuicios asociados al objeto temático de estudio. Por otra parte Stall et al., tras una revisión acerca del debate cuantitativo/cualitativo llaman la atención sobre la aportación que los métodos cualitativos pueden ofrecer en la construcción de un cuerpo teórico explicativo sobre la conducta sexual y el riesgo. Contextualizar las relaciones, permite localizar a los jóvenes en su ámbito social, y comprenderlos mejor como

---

<sup>1</sup> Los resultados de esta investigación permitieron El diseño y la elaboración de un cuestionario que actualmente se está realizando a una muestra de 1.000 jóvenes andaluces.

personas que interactúan unas con otras, y que están involucrados en un proceso continuo de toma de decisiones sobre el placer y el riesgo.

Desde la aparición del VIH/Sida la investigación social en este campo, ha seguido fundamentalmente dos técnicas de recogida de información: la encuesta y la entrevista (Dockrell J. 1992). Este estudio empleó finalmente la técnica de la entrevista tanto individual como grupal.

## **B. Técnicas utilizadas en el estudio**

En el diseño metodológico, se optó por utilizar dos tipos de entrevistas: grupales (grupo focal y grupo de discusión), e individuales (semiestructuradas).

### **Técnica de grupo mixto (focal/discusión)**

El grupo focal es una técnica frecuente en la investigación en salud pública y el marketing social. Diversos autores, han desarrollado un “corpus teórico” sobre su utilización (Morgan 1988, Debus M, 1988). La lógica del grupo focal responde a criterios de homogeneidad entre los participantes y a un diseño cerrado de temas a tratar. En lo que respecta a los grupos de discusión, destaca la trayectoria que su difusión ha tenido en la investigación social en nuestro país (Ibáñez 1979). La dinámica y desarrollo que su planteamiento genera, responde a una dinámica más abierta (Canales et al. 1994), dónde los participantes, a partir de una pregunta abierta, expresan libremente, y sin turno establecido, sus opiniones.

Esta reflexión sobre las diferencias de cada tipo de entrevista grupal (grupo focal, grupo de discusión) justifica nuestra posición de fórmula mixta (abierta-dirigida). Plantear ambos estilos (más o menos dirigido, énfasis individual o grupal, opinión individual o discurso social, etc.) implicó, por una parte, un enriquecimiento de los resultados del estudio, y por otra, un esfuerzo por adecuar la información a un tratamiento diferente según proviniera de una fase de la realización del grupo, u otra. La forma de operativizar en la práctica este grupo mixto supuso un esfuerzo por adecuar su desarrollo real al rigor metodológico que conlleva cada técnica. Es decir, estaba claro que “no era lo mismo” que tras plantear una pregunta muy general sobre la sexualidad y los jóvenes en Andalucía, los participantes en el grupo identificaran el sida entre los temas a discutir; que, por el contrario, tras una hora de conversación el tema sida no apareciera asociado.

Al inicio de la reunión el moderador introducía al grupo mediante una pregunta clave que motivara la interacción discursiva entre las distintas identidades individuales, de cara a reproducir la identidad global del mismo. En el discurrir del grupo las opiniones fluían (y normalmente confluían)

hacia un consenso y/o disenso sobre determinados aspectos del tema propuesto. La dinámica de funcionamiento del grupo quedó establecida, en función de un tema genérico para el grupo de discusión y un guión complementario para el grupo focal. No obstante, este listado era actualizado en función del perfil de los participantes y de acuerdo a los resultados que se iban obteniendo de los grupos.

Así, se estableció, que si transcurrida la primera hora de grupo, y tras una pregunta muy general sobre sexualidad, no aparecía alguna referencia al VIH/Sida, se pasaría a un estilo más directivo. Era en ese momento, (transición del grupo de discusión al grupo focal), cuando el moderador/a intervenía más a menudo, buscando información concreta sobre los cambios introducidos en sus prácticas sexuales desde la aparición del VIH/Sida, y demandas más concretas de información y/o recursos.

### **Entrevistas semi-estructuradas**

Se seleccionó un conjunto de personas significativas de la que se esperaban aportaciones de cara a ampliar, confirmar o desmentir la información recogida en los grupos. La información obtenida mediante entrevista se contrastó con la ofrecida por los propios jóvenes participantes en los grupos.

## C. Diseño metodológico

El diseño metodológico del estudio abarcó: número de grupos y entrevistas a realizar, variables que definieran los perfiles de los participantes en los grupos y entrevistas, y dispersión geográfica de los grupos (Secker et al. 1995).

La cantidad de entrevistas y grupos a realizar, así como la selección de variables para la segmentación de los grupos estuvo determinada por la discusión y consulta a expertos, además de la revisión bibliográfica de estudios similares. Finalmente el género, la edad, la situación socio-laboral y el hábitat fueron las variables de segmentación.

En la segmentación de los grupos, se concretaron los siguientes aspectos (ver Apéndice I: segmentación de los grupos):

### 1. Grupos

Ámbito de estudio y número de grupos

El ámbito del estudio fue la comunidad autónoma andaluza, dónde se realizaron un total de 11 grupos. Tres de los grupos estuvieron formados sólo por chicas, cuatro sólo por chicos y cuatro fueron mixtos.

Se considero que 11 era el número de grupos idóneo para, por una parte, recoger información atendiendo a las distintas variables que definían a los participantes y, por otra parte, evitar la información redundante que el conjunto de los grupos genera a partir de un determinado momento. Este diseño no sufrió modificaciones posteriores al obtener una información suficientemente rica y adecuados niveles de saturación discursiva.

Variables (atributos que definan a los participantes)

#### a. Edad

Los grupos se segmentaron en tres intervalos de edad (14-16 años, 17-20 años, 21-24 años), al considerarse que sus conocimientos y prácticas sexuales podían ser discriminantes para los objetivos del estudio.

b. *Género*

Se realizaron 3 grupos de chicas, 4 grupos de chicos y 4 grupos mixtos (chicos y chicas) según la variable edad.

Los grupos mixtos se corresponden con el intervalo de más edad (21-24 años) a fin de evitar que, en los grupos más jóvenes, la presión del discurso de los chicos condicionase en exceso el de las chicas.

Dos variables nos han permitido controlar indirectamente la influencia del *modus vivendi* de los jóvenes andaluces: el tipo de hábitat de residencia y la situación socio-laboral:

c. *Hábitat o municipio de residencia*

Los grupos se diseminaron en dos grandes áreas: rural y urbana, e internamente según el municipio estuviera enclavado en la costa o en el interior. Además, en los municipios rurales de interior se ha distinguido entre vega (municipios situados alrededor del área metropolitana de una zona urbana) y sierra (municipios alejados y mal comunicados con zonas urbanas).

De ahí que se realizaran los siguientes grupos:

Zona urbana:	5 grupos
costa:	2 grupos
interior:	3 grupos

Zona rural:	6 grupos
costa:	1 grupo
interior vega:	3 grupos
interior sierra:	2 grupos

d. *Situación socio-laboral*

Esta variable agrupó a los jóvenes en tres segmentos según el tipo de actividad, educativa o laboral, que realizaran: jóvenes escolarizados (BUP, COU, FP, universitarios, escuelas taller), jóvenes en activo y jóvenes en paro.

### Fases para la realización de los grupos

- a. Preparación del grupo siguiendo un programa establecido: contacto con los mediadores, institutos, contactos informales...
- b. Convocatoria y realización del grupo (Ver Apéndice II: guión-base para la realización de los grupos).
- c. Transcripción de las cintas.
- d. Lectura de la transcripción.
- e. Identificación de las categorías de análisis a partir de los objetivos y marco teórico del estudio.
- f. Organización de la información en las distintas categorías de análisis a través de un esquema organizativo (“mapa de ideas”).
- g. Discusión y análisis de la información plasmada en los resultados.
- h. Elaboración de conclusiones.

Existe una regla metodológica para el desarrollo de los grupos que indica que lo más adecuado es que los participantes no se conozcan entre sí. Esta razón hizo que los contactos con los participantes de los grupos se realizaran a través de una persona que actuaba de mediadora entre los jóvenes y los miembros del equipo de investigación. En aquellos grupos cuya segmentación por la variable situación socio-laboral vinculaba a un centro, (Institutos de Formación Profesional, Bachillerato y Escuelas Taller), se solicitaba la colaboración de algún miembro del personal docente. A estos colaboradores se les ofrecía una guía metodológica para la convocatoria del grupo. A fin de evitar algunos sesgos, como el que los jóvenes se conocieran, se pidió que la elección fuera aleatoria entre varias de las aulas del centro. Así mismo, se les sugirió que suministraran a los participantes la mínima información posible sobre el tema a tratar, con el objetivo de evitar la pre-elaboración de discursos ya elaborados sobre el tema. De hecho, se consiguió que todos los grupos fuesen convocados con el fin de hablar sobre un tema tan general como “los jóvenes andaluces”, careciendo los

participantes de referencia alguna sobre el planteamiento posterior de cuestiones sobre sexualidad y sida.

Previamente a la realización de las reuniones de grupo, se adecuó la asistencia, tanto del preceptor/a como del observador/a en función del género de los participantes de los grupos. Si el grupo era de chicas tan sólo asistieron mujeres y sólo hombres si era de chicos. Los dos miembros del equipo de investigación estuvieron presentes a la vez sólo en el caso de los grupos mixtos.

Las reuniones se realizaron en los mismos centros educativos o en locales acondicionados y desprovistos en la medida de lo posible de cualquier marca institucional. Aparte de agradecer a los asistentes su participación se les obsequió con diverso material y folletos informativos. Además se les ofreció la posibilidad de proponer fuera de grabación, aquellas dudas o inquietudes que quisieran plantear. En los casos en los que se detectaron lagunas graves de conocimientos, se intervino a posteriori ofreciendo información específica o posibles recursos locales y contactos dónde acudir a solicitar más información o demandas más concretas.

El desarrollo de los grupos fue muy distinto para cada segmento de edad. En el grupo de 14 a 16 años la información se obtuvo casi en su totalidad con una dinámica dirigida, debido a los temores y reticencias que estos jóvenes mostraban al plantearse el tema de conversación entre ellos. En estos grupos se intentó “romper el hielo” planteando cuestiones concretas que estimularan la participación de los asistentes. Por el contrario en el segmento de 17 a 20 años, prácticamente todos los grupos tuvieron una dinámica mucho más abierta dónde el preceptor/a del grupo apenas intervino a menos que el discurso se desviara mucho de los objetivos perseguidos en la investigación. Finalmente, los grupos del segmento de 21 a 24 años tuvieron una dinámica grupal totalmente espontánea.

En todos los segmentos y una vez transcurrida una primera fase más abierta de expresión y comunicación entre los miembros del grupo (fase de discusión), se plantearon preguntas más concretas sobre los cambios introducidos en sus prácticas sexuales desde la aparición del VIH/Sida, y sobre las demandas de información y/o recursos que quisieran sugerir (fase focal).

## 2. Entrevistas

Se entrevistaron a ocho personas que, bien fuera por su trabajo o perfil profesional, estuvieran como observadores o en contacto directo y diario con jóvenes. Las entrevistas tenían una duración media de una hora y fueron realizadas por alguno de los miembros del equipo de investigación.

Las personas entrevistadas pueden agruparse en los siguientes ámbitos:

- a. Servicios de Salud:
  - 1) Centro de Orientación para la Salud (E.1).
  - 2) Centro de Orientación Sexual para Jóvenes (E.2).
  - 3) Médica de consulta de Planificación Familiar (E.3).
  - 4) Médica Centro de Salud (E.4).
- b. Educación:
  - 1) Profesor Instituto de BUP (E.5).
- c. Investigación:
  - 1) Investigadora con experiencia en el ámbito juvenil (Estudio Drogas de Diseño del Plan Nacional De Drogas) (E.6).
- d. Otros:
  - 1) Responsable de establecimiento nocturno (*pub*) de la movida de la noche (E.7).
  - 2) Una joven habitual de la movida (E.8).

El proceso de convocatoria fue básicamente el mismo que el mantenido en los grupos. Una vez establecidos y confirmados los contactos, un miembro del equipo de investigación se desplazaba para la realización de la entrevista.

El guión de la entrevista (ver Apéndice III: guión-base para la realización de las entrevistas) siguió básicamente el esquema que a continuación se presenta, adaptándolo al papel específico de cada entrevistado/a.

- a. Características generales de los jóvenes con los que mantiene contacto y tipo de contacto.

- b. Prácticas sexuales que observa en los jóvenes.
- c. Opinión que le merecen esas prácticas observadas.
- d. Intervención (formal y/o informalmente) en relación a dichas prácticas

### **3. Análisis de la información**

Una vez realizados los grupos y las entrevistas se procedió en una primera fase, a la lectura preliminar de las transcripciones literales de los textos producidos por cada uno de los grupos y entrevistas. La fase previa al análisis de la información de grupos y entrevistas, se basó en la definición de categorías que permitiera una posterior agrupación de la información. Para ello se realizó una primera lectura “intuitiva” (en base al saber y experiencia del equipo investigador) que identificó las categorías de análisis. Este proceso se agilizó al utilizar un tipo de esquema organizativo como el “mapa de ideas” (Serafini, 1993), que agrupa la información según conceptos clave, lo que permite una lectura global de los resultados encontrados para cada grupo y entrevista.

Hasta aquí, la fase de análisis. Para avanzar hacia la interpretación, la información necesitaba de una nueva lectura, ahora bajo la luz de los objetivos y el marco teórico. Para ello se realizó una lectura de doble entrada: la primera reconocía como resultados la información “literal” estructurada por los factores del modelo PRECEDE; y la segunda, estudiaba los esquemas que producían los discursos de los jóvenes, valorando los elementos no sólo textuales, sino también contextuales; esto es sociales y culturales (Bourdieu 1989, Strebel 1996).

## **PARTE III. RESULTADOS**



## **A. Perfiles significativos: características generales que definen a los grupos**

### **1. Grupo 14-16 años**

*“Yo pienso que... no es demasiado temprano si... siempre que se tenga precaución. La verdad es que con precaución se puede hacer cualquier cosa.”*

*(Chico, G.D. 1)*

*“Vas a una tía directamente y le dices que quieres rollo. Te la llevas... y que no te paren. Ya está. A oscuras y en el rincón. Y si ella quiere algo... Y cuando ya has terminado: hasta luego y si te he visto no me acuerdo.”*

*(Chico, G.D. 1)*

*“Hay gente que a lo mejor en la primera vez que se conocen se dejan hacer de tó, que la magreen...que le hagan de tó... y al día siguiente esa niña está publicá por toa Utrera.”*

*(Chica, G.D. 2)*

*“Hombre, yo creo que con nuestra edad, creo que todavía es un poco pronto.”*

*(Chico, G.D. 3)*

Como apunte metodológico para este intervalo de edad hay que destacar que en el desarrollo de estos grupos predominó la fase de grupo focal sobre la fase de discusión. Esto se debió sobre todo a las dificultades que surgieron en estos grupos para “lanzarse” a hablar de sexualidad, lo que motivó al moderador a intervenir más a menudo.

Acercarnos a este período de edad supone, no sólo recoger las prácticas sexuales que ya hacen, sino que implica además una previsión de lo que se espera que van a hacer en el futuro.

Tal y como sostuvo un participante al inicio de uno de los grupos “... es que a nuestra edad es todavía un poco pronto ¿no?”; es decir, la mayoría de ellos/as aún no han tenido relaciones coitales. Además esta frase expresa también que es lo que están entendiendo estos jóvenes cuando se habla de

sexualidad: el referente más claro lo encuentran sobre todo en la penetración, obviando otras manifestaciones de su sexualidad como besos y caricias, (prácticas, por cierto mucho más comunes en esta edad).

Aunque, en general, para todos los jóvenes participantes en los grupos la sexualidad pueda estar en una fase de experimentación, para este grupo en concreto (14-16 años) es también un período de iniciación. Así, algunas chicas dicen sentir cierta incertidumbre ante “el sexo” y asocian sexualidad, por una parte, a miedos: embarazo y dolor; y por otra, a vergüenza: “coges la fama y luego...” Esta frase recoge la idea que tienen sobre los límites de la sexualidad “en la práctica real”, es decir hasta dónde se puede llegar, y quién debe poner estos límites:

*“Él quería más y yo le dije que no, y nos peleamos. Es que casi tós los niños quieren lo mismo, quieren más, aunque sea pá una noche, pá dos... ya quieren hacer otra cosa.”*

*(Chica, G.D. 2)*

Es importante la idea que tienen de los “límites”, que lleva incluso a algunos chicos a distinguir entre las chicas para “dos días” (“que no ponen límites, y a las que no doy ni el teléfono”), y las parejas para “más tiempo” (las chicas que sí ponen límites). No obstante, debe aclararse que estos condicionantes (límites) se aceptan siempre que al cabo de un tiempo empiecen a desaparecer. Por lo que dicen ellas, la intención de los chicos es clara: “todos van a lo mismo” y “siempre quieren más”. Cuando la chica sienta que “él la quiere” y que no está con ella “sólo para pasar el rato” los límites comenzarán a desaparecer.

*“Yo cuando he conocido alguna, si salgo con ella, ná, no dura tiempo. Yo creo que... las que no me ponen límites, pá mí que ya han estao con un montón de tíos, y ya pasan de tíos y de tó... Y ná más que estoy enrollao con ellas una noche o dos. Pero más de una noche o dos, no.”*

*(Chico, G.D. 1)*

*“Los límites, yo lo entiendo. Porque a lo mejor conoces a una, y tampoco va, pá estar dos días, no te va a dar tó lo que ella tiene. Si ya llevas tiempo pues sí, a lo mejor pues sí te va a dar lo que ella tiene, pero si no....”*

*(Chico, G.D. 1)*

En esta edad se empieza a percibir una distinción que va a ser una constante para todos los grupos: las diferentes visiones de la aproximación chicos-chicas y el proceso de desarrollo de la sexualidad que tienen los chicos, orientada a llegar cuanto “más lejos” y cuanto “antes” mejor, y la que tienen las chicas, dirigida a crear un nivel de confianza previa a cualquier relación coital.

*“Hombre, hasta que yo vea que yo llevo tiempo con un niño y que me quiera y yo le quiera y yo veo las condiciones de... pues entonces sí.”*

*(Chica, G.D. 2)*

A través del lenguaje, tanto chicos como chicas, sancionan o recompensan las prácticas según el género de quienes las realizan: “ligón versus puta”. Esto también aparecerá en el resto de los grupos y para todas las edades.

*“Que si se enteran dicen: “uy, lo ha hecho dos o tres veces, es una... puta, una puta ya.”, pero si es un hombre no, da igual. Al revés, te hace más... más varonil (se ríe), más hombre.”*

*(Chica, G.D. 2)*

En cuanto a las prácticas concretas que realizan, cabe destacar que en los grupos de chicos solamente dos o tres de ellos han tenido esporádicas prácticas penetrativas, mientras que entre las chicas ninguna afirmó haberlas llevado a cabo, aunque tienen amigas que “sí han hecho algo”.

¿Cómo explicar este desfase “numérico”? ¿Con qué chicas se han “enrollado” estos chicos? La respuesta que ellos mismos proponen es que lo hayan hecho con chicas “de fuera”, de otros pueblos o de las capitales que han conocido en ferias y fiestas.

Los chicos hablan de relaciones sexuales distintas a la penetración (“morrear”, “meterse mano” dicen los chicos, “besarse” dicen las chicas), aunque no parece que la valoración de dichas prácticas sea excesivamente alta.

Para esta edad y tanto para los chicos como para las chicas el embarazo no deseado es lo que más inquieta como posible consecuencia no deseada de sus prácticas sexuales. Sólo en uno de los grupos, que había

recibido intervenciones concretas sobre VIH/Sida en el propio centro de estudios, apareció rápidamente el tema VIH/Sida como problema asociado a su sexualidad. Significativamente éste fue el único grupo en el que el VIH/Sida era visto como un riesgo posible en relación a sus prácticas sexuales coitales (de hecho, sería mejor decir en relación a sus posibles prácticas sexuales coitales futuras, dado que la mayoría aún no las había realizado hasta ese momento.

El resto de chicos y chicas asoció el tema VIH/Sida, no con “prácticas de riesgo”, sino con “temas muy globales de riesgo” como: sexo, drogas, sangre.

*“He pensao que mis amigas que a lo mejor han hecho con el novio algo y esa amiga, el novio fuma y se mete...digo ¿y si tiene el sida? Eso lo pienso.”*

*(Chica, G.D. 2)*

## 2. Grupo 17-20 años

*“Porque utilizar un preservativo puede ser como un juego ¿no?; pero al igual que unas veces juegas al parchís, otras veces no tienes ganas de jugar al parchís sino... simplemente que... yo que sé, que follar con el condón en el bolsillo es algo normal, vaya.”*

*(Chico, G.D. 7)*

*“Te ponen en la tele y en tó eso, te ponen el sexo como una superación, entonces nos quedamos ahí todos como superacomplejados, diciendo tío, no, yo que sé...”*

*(Chica, G.D. 4)*

*“Para mí las enfermedades, lo que han cambiado es que, en un momento dado el chico si no lo conozco ¿entiendes? Pues está clarísimo que me voy a poner un preservativo, pero... hay momentos, conoces al chico y yo que sé y la situación hace que no exijas tanto un preservativo, ¿entiendes? Pues en un momento dado, pues, que no hay un preservativo porque, yo que sé... no lo puedes. Lo primero es plantear el comprarlo ¿no?, entre los dos. ¿Que no se puede?... por cualquier motivo, la hora, no hay nada abierto no sé qué, no encuentras en un servicio que suele haber máquinas de estas. Y no encuentras y muchas veces, pues lo haces.”*

*(Chica G.D. 4)*

*“Dicen que los hombres pensamos por el... por el capullo de abajo. Eso dicen ¿no? Y que las mujeres son más racionales. Yo pienso que sí porque... una mujer, cuando... cuando hace el acto sexual, ¿sabes?, pienso que la mayoría de las mujeres... no... no están metías de lleno en eso. Siempre está su preocupación, si se pueden quedar embarazadas, si pueden pillar una enfermedad, si pueden contagiar algo, si pueden... mil cosas, mil problemas. Nosotros, no. Nosotros vamos buscando... los hombres tenemos mucha imaginación a la hora de hacer el acto sexual; podemos imaginarnos las perrierías más grandes y más satisfactorias que te puedes imaginar.”*

*(Chico, G.D. 7)*

A través de la información recogida para esta edad descubrimos no sólo una visión diferente de la sexualidad a partir del género, ya presente en el grupo de los más jóvenes, sino que esta imagen va a tener claras repercusiones sobre las prácticas que realizan.

Aunque estas chicas son más mayores que las de 14 a 16 años, siguen aludiendo a la experiencia de “la primera vez”. Así, para ellas es difícil separar la sexualidad de la afectividad, el sexo del mundo de los sentimientos y mantienen una visión de la sexualidad mucho más “romántica” que ellos:

*“Yo ahí lo que sí noto es mucha diferencia cuando la tía lo hace por primera vez que quiere que sea el hombre... o sea, no de su vida, ¿no? pero que quiere que esté superenamorado...”*

*(Chica, G.D. 4)*

Besos, caricias, toqueteos... hasta el coito son las prácticas concretas identificadas por este grupo. A través de esta información, se deduce la normalidad del coito para esta edad, aunque en la práctica parece tener más peso en los grupos de chicos, que en los de chicas.

*“Si sales o te enrollas con un tío de 23 años o, yo que sé, de 20 años para arriba ya... Enrollarse con él es, acostarte con él esa noche ¿no?”*

*(Chica, G.D. 4)*

Las relaciones que ambos mantienen, pueden ser algo esporádico: “enrollarse”, o una relación más duradera: “salir”. La opción por un tipo de

relación u otra establecerá un recorrido diferente del desarrollo de su sexualidad. Es decir, si optan por el “rollo” de una noche, normalmente las relaciones versarán en torno a la autosatisfacción (“follar”), pero si la elección es continuar y hay confianza, la relación podrá resultar más placentera y satisfactoria para ambos (“hacer el amor” y otras prácticas: caricias, sexo oral, etc.). El amor como sentimiento que facilita la comunicación y el placer en sus relaciones.

*“Es que normalmente, los tíos, eso, lo que ven como máximo en una relación es el sexo, ¿no? y nosotras es como el sexo y algo más...”*

*(Chica, G.D. 4)*

Las aportaciones de algunas de las entrevistas mantenidas con profesionales socio-sanitarios y educadores, y los comentarios recogidos en los grupos de las chicas permitirían matizar ambos discursos. Ocurre de forma parecida a lo expresado en los grupos de los más jóvenes: probablemente ni los chicos se “enrollan” tanto (aunque la presión del grupo a buscar prestigio para que les llamen “ligón” sobredimensione los hechos), ni las chicas lo hacen tan poco (aunque la presión tanto del grupo de iguales como la que se deriva del hecho de ser mujer, les lleve a no decirlo y evitar así la etiqueta de “puta” o “salida”).

*“A mí lo que me hace gracia es que los chicos, por ejemplo, lo hacen muchas veces con muchas tías distintas y ¡qué pasa! son unos machos, y las tías... qué pasa, que somos putas, ¿no?”*

*(Chica, G.D. 4)*

*“... No es una práctica querida por ellas sino que es algo impuesto no solamente por los varones, sino impuesto por su grupo de iguales.”*

*(E. 2)*

*“... Lo que pienso es que lo han hecho muy pocas veces en relación a las veces que han tenido oportunidad de hacerlo... el interés que tiene una conquista ...tanto en los tíos como en las tías es más que otra cosa un valor social...”*

*(E. 7)*

Lo que sí aparece como bastante común para todos es la escasa identificación y valoración que reciben las prácticas sexuales no penetrativas. Esta

minusvaloración de lo “no penetrativo” se manifiesta de forma algo diferente: más claramente en el caso de los chicos y más sutilmente en el de las chicas.

*“Que si no hay penetración...yo creo que no has hecho ná... porque creo que no has llegao al final.”*

*(Chico, G.D. 7)*

Tanto ellos como ellas, identifican el hecho de “llegar o no hasta el final”, en función de las limitaciones que las chicas plantean. Ya no sólo es que te dejen “hacer algo” (acariciarse, “meterse mano”) como ocurría en los grupos de los más jóvenes, sino que te dejen “hacerlo” del todo (llegar al coito).

*“Porque yo creo que si por nosotros fuera, muchas veces llegaríamos a hacerlo.”*

*(Chico, G.D. 7)*

*“Llegar... pero no llegar hasta el fondo. Hasta que te dejen y ya está.”*

*(Chico, G.D. 5)*

Esta idea la justifican por la asociación inmediata entre embarazo no deseado y VIH/Sida como problemas o limitaciones en el desarrollo de su sexualidad. Si es la chica la que tiene que preocuparse de no quedar embarazada también será ella la que deba protegerse ante posibles enfermedades (ETS, VIH/Sida). Además, los profesionales que trabajan con ellos insisten en que en general, el embarazo se percibe de una manera más cercana que el VIH/Sida, y, por tanto, que se preocupen más por ese tema. De esta forma utilizando el preservativo justifican una doble protección: previene embarazos no deseados y además evita el VIH/Sida.

*“En el embarazo, lo primero porque lo ves como más cercano”.*

*(Chica, G.D. 4)*

*“... Lo único que están empezando a ver cercano por todas esas campañas y ese machaque que les hemos hecho en estos últimos años, es el tema del embarazo o porque lo han tenido en su propia carne, o en alguien cercano a ellos, pues les asusta un poco el tema del embarazo. Pero el tema del VIH para nada.”*

*(E. 2)*

*“... Casi todas, bueno la mayoría de las consultas que vienen, son cuestiones de anticoncepción puntuales.”*

*(E. 1)*

*En todo caso, los chicos insisten y las chicas están de acuerdo en que son ellas las que deben preocuparse más en prevenir las posibles consecuencias de prácticas sexuales “de riesgo.”*

*“... Generalmente, las tías controlan mucho más que los tíos.”*

*(Chico, G.D. 5)*

En el transcurso de los grupos también se aludió a los agentes que intervienen en la socialización “sexual” de estos jóvenes. Con la familia no se suele hablar de sexualidad, puesto que la información que transmiten, aún resultando fiable, suele basarse mucho más en los límites y riesgos que en su “uso y disfrute”. Normalmente con quien se habla de sexualidad y/o de las dificultades que ésta puede plantear es con los amigos, que son con los que al fin y al cabo pueden compartir experiencias similares. En algunas ocasiones esta información, al ser más cercana y tener sus bases en la experiencia propia, la consideran mucho más creíble que la de las campañas publicitarias.

*“... No es que los padres lo que les molesta “ah un embarazo”, no sé qué, no sé cuantos, y después ellos... pues ¡coño! pon medios y explícale antes de...”*

*(Chico, G.D. 5)*

En cuanto al VIH/Sida, aunque se presenta como uno de los posibles problemas derivados de las relaciones sexuales, se ve como algo lejano, asociado a determinados grupos y con el que ellos/as tienen poco que ver.

*“¿Sabes lo que nos pasa? Que nos sentimos jóvenes y nos creemos que no nos puede pasar nada ¿sabes?”*

*(Chico, G.D. 7)*

Esta percepción de un sida que les resulta ajeno, unido a un sentimiento de invulnerabilidad, dónde ser joven es también sinónimo de “que no puede

pasarte nada” forma una cadena asociativa que dificulta la utilización de métodos eficaces de prevención: “es un conocido/a, pertenece al mismo ambiente que yo, y además tiene buena pinta” (“luego, no hay problema”).

No obstante, y para finalizar el perfil de este grupo hay que destacar la aparición de sensaciones de agobio y arrepentimiento tras la realización de alguna práctica de riesgo (pensando principalmente en un posible embarazo).

### 3. Grupo 21-24 años

*“... Odio el sida, odio todas las enfermedades esas, porque me tienen que llevar a un plástico horrible, que corta los momentos, a veces más magníficos, más mágicos ¿no?... Ya que investigan para sacar coches magníficos, y que la gente se mate más rápido en las carreteras, pues creo que es superimportante que la gente tenga una sexualidad plena ¿no? y que no pase... nada después. Podían inventar un condón... que sea más... agradable.”*

(E. 8)

*“Porque creo que... a veces, es más importante ¿no?; ... el saber si vas a poder sobrevivir, pensar que si te va a pasar algo, que te vas a morir ¿sabes?”*

(E. 8)

*“El problema lo veo, cuando los dos no quieren las mismas reglas del juego ¿sabes lo que te digo?”*

(Chica, G.D. 9)

*“Lo que sí que es cierto es que una de las tendencias, es eso de la parejita estable, que viene porque existe una cierta paranoia general ¿no?”*

(Chico, G.D. 9)

*“... Que estamos hablando de sexo ¿no? Antes todo el mundo tenía el sexo muy relacionao con el amor ¿no? Era sexo con amor, y ahora mismo tenemos la cosa mú separá...ahora se llega a lo del libertinaje, porque llegas al sexo por el sexo, y ahora con esta, y ahora con este...”*

*ya llega un momento en que no te satisface y entonces dices: bueno ¿y si me lío con una tía? ... y te lías con una tía.”*

*(Chica, G.D. 11)*

Como aspecto metodológico que pueda influir en los resultados de los jóvenes de esta edad (21-24 años), hay que destacar que todos los grupos fueron mixtos. Este hecho merece cierta reflexión porque pese a la participación en los grupos del mismo número de chicos que de chicas, durante el análisis se percibe cierta presión ejercida por los chicos sobre las intervenciones de las chicas. Esto confirmó nuestro rechazo a la opción de utilizar grupos mixtos en edades inferiores.

El nivel educativo, a diferencia de lo ocurrido en otros segmentos, es una variable que ayudó a interpretar los resultados en esta edad, lo cual coincide, por otra parte, con lo hallado en la literatura existente sobre el tema. De esta forma, las diferentes visiones según el género, que sobre sexualidad aparecieran ya en los otros segmentos, se vislumbran más claramente en los jóvenes con un nivel educativo más bajo (escuela taller y grupo de trabajadores y/o parados), y aparecen de forma más diluida entre los universitarios/as. Estas diferencias corroboran la distinción que ya aparecieran entre los más jóvenes: los chicos están más dispuestos a mantener relaciones esporádicas “el sexo por el sexo”, y las chicas dicen “buscar algo más serio, hablar, conocer gente” y relaciones en las que, de entrada, “no es necesario follar”. Esta distinción se sostiene más firmemente en el discurso de los chicos que en el de las chicas.

*“Yo creo que, en el tema del coito, yo creo que sí. Por lo menos lo que yo conozco y sobre todo, y ahí si que hay que hacer distinciones entre tíos y tías, porque es que es evidente, o sea, está ahí. Esa es más o menos, porque bueno, porque tienes que tener, tienes que conocerlo, tienes que sentir algo por esa persona y luego ya el resto de los aspectos sexuales sí se practican...”*

*(Chico, G.D. 10)*

*“Yo también te digo una cosa, una tía... entre nosotros, entre nosotros el comentario normal y corriente es si folla o no folla...”*

*(Chico, G.D. 11)*

Estos jóvenes también reconocen la dicotomía ya expresada por los más jóvenes “ligón” vs “puta”, pero además la vinculan con el uso del preservativo, con los siguientes matices discriminativos: el chico es el que lleva los condones, y si es la chica la que los lleva, esto puede ser causa de “sospecha”, e incluso de rechazo.

*“Y, sinceramente siendo mal pensao, si te lo ofrece ella hasta me molesta y todo, porque parece que... va predispuesta.... somos tan prejuiciosos que yo pienso que por lo menos en mi caso, ya sé... que esa chica sería para... para una noche o para poco. Porque, no sé, me da... me da mala espina.”*

*(Chico, G.D. 11)*

*“Pero en la sociedad sigue siendo así, por lo menos en mi caso, como yo la entiendo, y... yo pienso que aún son pocas... por lo menos aquí en España, pocas chicas las que lo llevan (el condón).”*

*(Chico, G.D. 11)*

En cuanto a las prácticas que realizan, destacan, ya de forma evidente, las coitales como comunes para todo el segmento de edad. Aunque dicen realizar otras prácticas, también coinciden en valorarlas menos. No obstante, algunos de los jóvenes presentes en los grupos hablaron de “otras sexualidades” aparte del coito.

En cuanto al número de relaciones reconocen que se “liga” mucho menos de lo que parece y de lo que en ocasiones se dice (“en el fondo todos somos monógamos”). Esta menor frecuencia de relaciones sexuales coitales que mantienen los jóvenes se vería confirmada por el testimonio de otros jóvenes entrevistados que mantienen un contacto “directo y nocturno” con ellos.

*“Yo... llevo dos bares, los dos bares que llevo... una parte de la clientela es más joven que yo, y... bueno, entre nosotros hablamos y ... se habla de mil cosas y una de ellas también... es... sus relaciones sexuales ¿no? Y... lo que yo percibo es que... que se folla poco, se enrollan con muchas tías pero... a pocas consiguen llevárselas a la cama. Y viven esto... de una manera... muy traumática ¿no?”*

*(Hombre, E. 7)*

Ellos y ellas reconocen como problemas asociados al desarrollo de su sexualidad el embarazo no deseado y el VIH/Sida. Mientras en los grupos de los más jóvenes estos problemas se quedaban en una mera identificación, los jóvenes algo más mayores, disponen de más información y ofrecen pistas de cara a prevenir y actuar.

*“El sida yo creo que es casi la cosa... que más nos ha frenado a nosotros sexualmente. O sea, somos una juventud quizá la primera generación que ha estao verdaderamente y plenamente informá ¿no? No a lo mejor tampoco a un nivel... como un médico pueda estarlo pero casi. O sea, sabemos cuales son las vías de contagio sexuales y... bueno, que por supuesto con el sexo se llega a... tener hijos y que hay que poner medios en contra de esto.”*

*(Chico, G.D. 11)*

No sólo señalan el embarazo no deseado y el VIH/Sida como posibles problemas derivados de su sexualidad sino que además establecen una gradación de riesgos. En general, les preocupa más la posibilidad de un embarazo no deseado que la transmisión de ETS (enfermedades que, de hecho, desconocen en buena parte) y VIH. Esta afirmación se sostiene algo menos en los grupos de mayor nivel educativo, que parecen tener mucho más incorporado lo que es la prevención frente al VIH/Sida al margen del embarazo. No obstante en ningún caso podemos decir que llegue a disociarse por completo.

Por otra parte, alguno de estos jóvenes parece haber integrado, por lo menos a nivel teórico y más en las zonas urbanas que en las rurales, un discurso preventivo que asocian con la difusión de algunas campañas publicitarias como la de “Póntelo-Pónselo”.

*“¡No sabía ni ponérselo! (risas) No, pero yo qué sé, una campaña que hicieron... la del “Póntelo, pónselo”, que venían las instrucciones dentro del cartoncillo, y entonces más o menos pues tenía ya una idea.”*

*(Chico, G.D. 8)*

Aunque consideran que el VIH/Sida es una enfermedad que puede afectar a cualquier ámbito social, esta idea se contradice con el frecuente uso del “ojímetro” (fijarse en la pinta/aspecto de la gente, en el ambiente por dónde se mueven...) a la hora de escoger a sus parejas. Es decir, que se

sienten con la suficiente “preparación” para detectar si una persona puede o no puede ser portadora de VIH; pero a la vez tienen lagunas informativas sobre las vías de transmisión y sobre la identificación de una persona como “enferma de sida”.

*“Sí. Que te pienses dos veces antes de hacer algo sin el preservativo, o incluso con él, ¿no? si no conoces al tío de nada, pues eso te para un montón.”*

*(Chica, G.D. 10)*

*“Si yo veo una chica y automáticamente pues ésta tiene un... tiene cara de tener el sida o por lo menos es... es dudosa ¿no?... pues yo con una chica de esas...”*

*(Chico, G.D. 11)*

Por otra parte, hay una característica general a todos los/as jóvenes pero que cobra más fuerza en este grupo de edad y que además mediatizará el que una actitud sea o no sea preventiva: la distinción que hacen entre pareja estable (conocida/o) y la relación de una noche (desconocida/o). Con los conocidos no serán tan “precavidos” como con los desconocidos, así, aunque dicen que el VIH/Sida es una enfermedad que puede extenderse a cualquier ámbito social, siguen asociándolo a determinados “perfiles”: “yonquis”, prostitutas, gays...

Precisamente, en algunos de los grupos, tener pareja estable parece garantizar un círculo de relaciones sexuales seguras en la doble acepción del término: 1) ciertas (aseguradas) y 2) sin riesgo (seguras).

*“A mí me parece que en relación estable las enfermedades venéreas, por norma general, no te preocupan tanto como puede llegar a ser dejar embarazada a tu pareja o algo de eso. Ya en rollos de una noche, como se dice, me parece que preocupan más las enfermedades...”*

*(Chico, G.D. 9)*

Además, este grupo de edad y quizás de una forma más tenaz sigue manteniendo la idea de que son las mujeres las que más precauciones deben tomar en sus relaciones, al asociar una doble protección: frente al embarazo y frente a la transmisión del VIH.

*“Y sobre todo las tías. O sea, que los tíos a lo mejor les puede dar, más o menos, la locura...No pensar en las enfermedades, vamos. Pero, vamos, una tía que mantenga una relación sexual estable y que no se pone nada...”*

*(Chico, G.D. 11)*

*“... Pero yo sigo pensando que quien más se tiene que cuidar es a quien le va a salir el barrigón así, porque de mí se puede fiar relativamente... de mí o de cualquier tío. Yo creo que una mujer tiene que poner las bases...(Cuando un tío le dice): ...yo no, yo sin condón...!, po paso tío, pasa al cuarto de baño y allí te las arreglas tú solo. Es que está clarísimo.”*

*(Chico, G.D. 11)*

Siguiendo la información aportada en los grupos, podría deducirse cierta tipología de jóvenes que puede dar pistas para prever la posible conducta preventiva o no preventiva que finalmente adopten:

*“La gente que lo usa, la gente que lo tiene claro lo tiene muy claro, o sea, superclaro, te dicen, o sea: si no hay condón, pasamos. Y la gente que no lo tiene tan claro, la gente que si puede se escaquea...”*

*(Chico, G.D. 10)*

	ANTE CONOCIDOS	ANTE DESCONOCIDOS
LOS QUE LO TIENEN CLARO	No condón = no relación	No condón = no relación
LOS QUE DUDAN	Actitud no preventiva	Actitud preventiva según apariencia
LOS EXTREMOS	“El VIH/Sida es un mecanismo de control social= actitud no preventiva”	

Pese a que la información aportada por algunos jóvenes apunta hacia una asimilación del sida como algo que es o puede ser de todos, hay otros que siguen identificándolo con los mal llamados “grupos de riesgo”. Así, en general se sienten invulnerables ante esta enfermedad si evitan cualquier tipo de

contacto con “drogadictos”, homosexuales, gente que está en la cárcel, prostitutas, y personas que vivan en una gran ciudad.

*“... Que aquí hay muy pocos casos y que la gente no teme; que si habláramos de Madrid o si habláramos de una ciudad potente..., entonces sí, ¿no? no tienes ni idea de con quien te estás cruzando y si hay más.”*  
(Chico, G.D. 10)

De nuevo en sus discursos aparece el papel de los agentes de “socialización sexual”. Las experiencias sexuales que mantienen las han ido aprendiendo sobre la marcha, son pocos los que han tenido información previa más allá de alguna charla en el instituto; otros dicen haber establecido algún contacto con los servicios socio-sanitarios, sobre todo de cara a la planificación de la fecundidad de la chica.

El grupo de iguales constituye la principal fuente de información, para hablar de sexualidad. Con la familia, (a excepción de aquellos que tienen hermanos mayores) no se suele hablar del tema, y en todo caso, sólo de los límites, haciendo hincapié en el embarazo, como la peor consecuencia que puede derivarse.

*“Lo que está claro es que tanto antes como ahora y tó eso, el primer foco de información son los amigos, vamos, eso está... más que claro, y luego la televisión, no sé qué..., pero tú donde te enteras de todo es lo que te cuenta tu amiga....”*

(Chica, G.D. 9)

En este grupo vemos también como el VIH/Sida ha provocado cambios en algunas de sus prácticas.

*“Yo..., a mí, lo que personalmente sí me ha cortado o coartado el Sida ha sido en las relaciones..., bueno en las prácticas bucogenitales, ¿no? eso sí me he cortado yo...”*

(Chico, G.D. 10)

*“Lo que existen más reticencias es así al principio es con las relaciones bucogenitales.”*

(Mujer, E.1)

Como pasaba en el grupo de edad anterior, tras mantener prácticas de riesgo suelen sentirse agobiados y temerosos ante las posibles consecuencias; ello les lleva a reflexionar sobre la forma de evitar que suceda otra vez el comportamiento arriesgado.

*“¡Hombre, está claro que se nota! pero que tampoco es una cosa muuu...; que hay mucha gente que se deja llevar por la lujuria y eso de que a lo mejor incluso tienen el condón ahí, y nada, y el momento... ¡anda ya, que no va a pasar ná! y pum pum, y al final te dejas llevar, y a lo mejor a los dos días te das cuenta... ¡Oy, quillo, ya no lo hago más!, pasa algo a los dos meses y otra vez caes, uy...”*

*(Chico, G.D. 9)*

*“...Tenemos principios que luego no cumplimos, y después nos arrepentimos.”*

*(Chico, G.D. 9)*

Algunos de estos jóvenes se etiquetan de incoherentes y contradictorios cuando sus prácticas no corresponden a sus intenciones o planteamientos teóricos; pero a la vez argumentan su derecho a esta incoherencia: *“no somos máquinas”*.

*“Tú tienes unos principios antes...pero luego no los cumples. Claro y por eso te digo que es un poco frustrante. Hay que ser congruente con los principios que uno tiene, y lo que uno piensa, ¿no? Lo que pasa es que después hay que verse metido en un bollo de lo que sea y...”*

*(Chico, G.D. 9)*

Finalmente, cabe comentar que, aunque pueda parecer que éste sea el segmento de edad que más información tiene acerca del VIH/Sida y de sus vías de transmisión, se constatan graves deficiencias de información; por ejemplo, algunos universitarios afirman que el semen no es un vehículo eficaz de transmisión, y que la saliva, en cambio, sí lo es.

## **B. Instrumentos y Escenarios: Factores que influyen en la prevención**

### **1. Factores que facilitan la prevención**

#### **Información y conocimientos: Sexualidad y VIH/Sida**

La mayoría de los participantes en los grupos, incluidos los más jóvenes, han oído hablar del VIH/Sida alguna vez y tienen cierta idea sobre la enfermedad y las formas en que el virus de la Inmunodeficiencia Humana se transmite.

*“Se trasmite a través del sexo, la droga, o sea la jeringuilla, y la sangre.”*

(G.D. 2)

Esta información la han obtenido por dos vías: bien por intervenciones concretas realizadas en determinados centros escolares, bien por la influencia que los medios de comunicación han ejercido a través de la difusión de campañas preventivas.

Los más jóvenes (14-16 años) han recibido algunas sesiones informativas en sus centros, por lo que se sienten más en riesgo frente a sus posibles -y futuras, en la mayoría de los casos- prácticas sexuales penetrativas.

Muchos de ellos conocen e identifican algunas de las campañas institucionales:

*“La... la... la publicidad que se ha hecho, yo pienso que es bastante buena. La del “Póntelo, pónselo”, que es la que más recuerdo, la más bombardeada, los carteles... yo pienso que es, sinceramente, lo más objetivo que ha podido hacerse.”*

(G.D. 11)

A través del discurso de algunos de los jóvenes participantes en el conjunto de los grupos, se contempla la influencia que estas campañas han

tenido no sólo a nivel informativo, sino también hacia comportamientos más preventivos.

*“Yo pienso que la... la campaña ha tenido un éxito y todo lo que es la campaña, y toda la parafernalia y todo el objetivo que tiene es para un momento: cuando estás con la chica, borracho o no borracho, de marcha o no de marcha, en el momento de... dos minutos que dices... “no tengo preservativo ¿lo hago o no lo hago?”. Y yo pienso que es... en esos diez segundos, yo pienso que la mayoría es ya donde toda la campaña te cae en la cabeza y dices: “¡no!”*

(G.D. 10)

Como aspecto positivo, piensan que la difusión de campañas ha servido también para impulsar información sobre sexualidad.

*“No, hay ya ciertos mitos de toda la vida ¿no?; de que si de pie no te quedabas... embarazada y cosas así, que se han aprendido incluso con lo de la campaña del sida. O sea que no tenían que... ayudan para más cosas, no solamente para prevenirlo sino...”*

(G.D. 10)

Aunque desde la aparición del VIH/Sida se ha inducido a la asociación del virus con determinados “tipos” de personas, en algunos de los grupos aparece información que desmitifica la asociación del VIH/Sida con los llamados “grupos de riesgo”.

*“... Que no es necesario que se haya acostado con una prostituta para haber pillado el sida ¿sabes?, que por el hecho de que tú lo conozcas... que la cosa está ahí, y el mejor amigo de tu infancia, pues, lo tiene y se ha acostado con la tía más normal del mundo pero se acostó con...”*

(G.D. 4)

En el discurso de algunos grupos se descubre un proceso de asimilación de los riesgos que puede entrañar una relación sexual “no segura”:

*“Como el semáforo en rojo, no debo pasar porque si no, pasa un coche y me pilla. Y no significa que siempre que cruces te van a pillar pero, oye*

*mira, si te paras, y no te cuesta, ¿sabes lo que te quiero decir? Que lo tengo muy asimilao que puedes coger cualquier cosa y...*

(G.D. 4)

Algunos vaticinan un posible retroceso en el inicio de las relaciones sexuales motivada sobre todo por la aparición del VIH/Sida, y llaman a la prudencia. Este parece ser un problema “de más peso” para las chicas al asociarse al de embarazo.

*“La gente ahora a la hora de practicar el sexo se ha retrotraído es decir, le entra un poco de miedo, le entra un poco de miedo... y más en las mujeres, las mujeres aparte de los embarazos, vuelvo otra vez al tema, a las enfermedades.”*

(G.D. 7)

En general se da entre estos jóvenes una identificación de la sexualidad con el coito. No obstante, y como aspecto positivo, hay que destacar que entre los más mayores (21-24 años), surgen algunos comentarios que aluden a otras prácticas no exclusivamente penetrativas:

*“El sexo es bonito, ¿no? pero es que ya no nos estamos basando sólo en lo que es la penetración por ejemplo, o sea, yo he flipado a lo mejor dándole sólo un beso a un tío, y me ha vibrado todo el cuerpo, o una caricia, o un juego... o...”*

(G.D. 4)

*“A mí no. Es verdad. La sexualidad... hay muchos sexos, está el sexo oral, está el sexo por la penetración, el coito, hay muchos, el toqueteo... de tó, de tó, te gusta, de tó.”*

(G.D. 7)

*“... La sexualidad no se limita ¿no? a la penetración sino que hay... otras formas de hacer... el amor, con caricias, con cien mil cosas que...”*

(G.D. 9)

Aunque en la mayoría de los casos estas prácticas se realizan como preámbulo a las penetrativas (son un medio y no un fin en sí mismas), a

veces, también las utilizan como sustitutivo cuando no tienen a mano un preservativo, o no les apetece utilizarlo.

*“Tengo ganas de hacerlo, pero no tengo ganas de ahora ponerme el preservativo, y pues a lo mejor, te hace un sexo oral, o tú se lo haces a ella, o al revés, y llega a gustarte lo mismo ¿eh?”*

(G.D. 7)

## Condón

En general, se conoce su existencia, su utilidad y los lugares dónde se puede conseguir.

*“Aquí, en la farmacia. Hay bastantes, hay tres o por ahí...”*

(G.D. 1)

Las ventajas que, según dicen, tiene su uso destacan: la de prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (VIH/Sida incluido).

Entre las razones de su utilización destaca el mayor peso del embarazo no deseado, al percibirse de una forma más cercana que el VIH/Sida u otras enfermedades de transmisión sexual. (Como más tarde se puntualizará en el apartado de propuestas, esta asociación merece ser valorada para que, desde ámbitos de intervención como el marketing social, pueda aprovecharse para promocionar su uso).

*“A mí, yo creo, que cuando vas a hacerlo es más por el embarazo. Porque vamos, la gente no piensa tanto en el sida que... Es más por eso, por dejar a la chavala preñá o algo así.”*

(G.D. 5)

Para otros se trata de una suma, por la doble ventaja que plantea su uso:

*“Ahora se suma a eso. O sea, si antes se tomaba para no dejar embarazá, pues ahora, se toma para no dejarla embarazá y para no contraer el sida. Vamos, las dos cosas. Ahora se tiene más cuidao.”*

(G.D. 9)

*“Yo es que, honestamente, sin preservativo no lo hago. Yo lo siento mucho, más que ná, es que ni me quiero quedar preñá ni quiero coger ná, yo que sé...”*

(G.D. 7)

Se nombran también otras características que pueden valorarse positivamente: es fácil de conseguir y de usar, es asociable a placer (dicen ellos) y a amor (dicen ellas).

*“Lo puedes conseguir en una farmacia de guardia, se lo pides a un amigo...”*

(G.D. 6)

*“Yo normalmente siempre los llevo por eso, porque hay que ser un poco preventiva. A lo mejor lo llevo y no lo utilizo ¿sabes lo que te digo? Pero para llevarlo simplemente pero vaya.”*

(G.D. 4)

*“Si te quiere se lo tiene que poner.”*

(G.D. 10)

El refuerzo del grupo de iguales también ayuda, y tanto chicos como chicas, son conscientes de ello.

*“Porque no tengo al lado cuatro colegas..., si tuvieran al lado cuatro colegas que le dicen claramente: ¡Po tú eres idiota!, seguro, seguro que decían: No, yo condón.”*

(G.D. 9)

Normalmente la utilización de la píldora evita el uso del condón, aunque para otros, esto no resta que también se utilice:

*“Yo soy de los cagones que aunque mi pareja utilice la píldora también suelo ponerme el preservativo por aquello de que “hombre doblemente prevenido vale por cuatro”, ¿no?”*

(G.D. 10)

*“O... el embarazo no deseado ¿no? Pero ahora mismo... bueno, aparte del embarazo no deseado, pero que eso se resuelve muchas veces con*

*pastillas ¿no? Y ya muchas veces: “no, coño, es que he tomado la píldora”; y tú dices: “no, coño, me tengo que poner mi condón, que está ahí el sida, ¿no? Es una cosa que...”*

(G.D. 10)

Algunas chicas reclaman la utilización del condón como práctica preferible a la “marcha atrás”.

*“Yo creo que corta más el rollo, a ella. Ese es el problema de la marcha atrás. Yo creo que es, totalmente machista. A mí me cortarían mucho más una marcha atrás, que el que él se ponga un condón.”*

(G.D. 9)

Todos coinciden en considerar elevado el precio de los condones. A veces, incluso, él y ella se plantean compartir gastos:

*“Unas veces lo compra uno, otras las compra otro...”*

(G.D. 9)

Ser o no una pareja “conocida” va a mediatizar el uso del preservativo a dos niveles. De una parte, algunos/as dicen que es más fácil usarlo cuando hay confianza, cuando conocen a la persona y que, en esos casos, puede incluso llegar a ser divertido.

*“Cuando es una relación estable, puede ser hasta divertido, el rollo de ponerlo o cualquier tontería, ¿no? Pero en el rollo no pasa. Y luego ya...en la práctica no sé, un poquillo...”*

(G.D. 9)

Y por otra parte, aunque la relación estable permite la negociación de no usar el condón, esto resulta casi imposible en el “rollo de una noche.”

*“Que si es un rollo estable, y tú estas seguro de que el tema del sida no influye y, a lo mejor, eso es suficiente como para no llevar anticoncepción... Pues, a lo mejor, alguien no quiere usarlo... Bueno, pues a lo mejor no quiere usarlo por el tema de la sensibilidad. Y quieres, a lo mejor, usar otra cosa ¿no? Entonces sí, se puede negociar. Pero si es un rollo inestable, de fin de semana o lo que sea, yo ahí no lo negocio, vamos.”*

(G.D. 10)

*“Lo que es la relación esporádica esta de... La noche triunfante. Esa noche triunfante ya ha caído...totalmente.”*

(G.D. 10)

*“Sí, los preservativos son muy caros, pero para salir del apaño de la... de la noche con la... con la ti... con la chica que te la tiras...”*

*“...Pero para rollos de esos, de uvas a peras, es más cómodo así el condón.”*

(G.D. 8)

Para algunos/as la utilización del condón va a ser totalmente determinante para que haya o no relación:

*“Es que tú ya sabes de antemano que si no hay preservativo ni medidas no hay relación.”*

(G.D. 11)

*“Es que... tienes miedo y... lo haces con preservativo o no lo haces”*

(G.D. 5)

## Recursos socio-sanitarios

Hay jóvenes que conocen los centros de salud que administrativamente les corresponden, así como otros dispositivos y programas que pueden serles de utilidad (centros de información juvenil, por ejemplo). Algunos de los comentarios analizados inducen a pensar que estos recursos están más presentes entre los jóvenes de zonas urbanas.

*“Con la información que hay ahora te puedes ir a cualquier centro de salud, al ambulatorio... si tú te mueves por ahí te das cuenta que hay muchísima gente que te puede informar en muchísimos centros.”*

(G.D. 4)

*“Yo creo que es dependiendo de la información que reciba cada persona. Porque yo, últimamente, estoy recibiendo montonazo de información de... de centros de Planificación familiar.”*

(G.D. 11)

*“ ... Primero que los condones no valen ya tan caros ¿no? Y después, que también... todo el mundo conoce sitios en donde... incluso en los Centros de Planificación Familiar pues... si tú pides te pueden dar preservativos y todas esas historias.”*

(G.D. 11)

## 2. Factores que dificultan la prevención

### Información y conocimientos: Sexualidad y VIH/Sida

Pese a la difusión de múltiples campañas preventivas, estos jóvenes carecen en general de información adecuada que les permita concretar qué prácticas sexuales son de riesgo y cuáles no. Aunque surgen comentarios que parecen sugerir que el riesgo lo asocian principalmente a la penetración:

*“Que se transmite a través del sexo ¿no?”*

(G.D. 2)

*“... Mis amigas que a lo mejor han hecho con el novio algo...”*

(G.D. 2)

*“Lo del beso en la boca... En la sangre, y en la saliva creo que hay una...el cepillo de dientes”*

(G.D. 9)

*“El sida no se transmite por el semen ¿no?”*

(G.D. 9)

Entre los más jóvenes hay algunos que se sienten capaces de detectar a las personas cuyo contacto pueda significar un riesgo. Las chicas de esta edad (14-16 años) tampoco ven el VIH/Sida de forma cercana, no conocen a nadie que lo tenga y, en general, no han pensado en ese tema cuando se han “enrollao” con algún chico.

*“Es que con las que he salío, con las que lo he hecho, sé que no tienen ná. Que los otros con los que han salío, que los conozco a éstos; y sé que no tienen ná.”*

(G.D. 3)

*“Pero tú normalmente, bueno, por lo menos yo, con la gente que estás son gente que tú conoces, ¿no? no desconocidos ni nada de eso, y tú no piensas que tus amigos pó puedan..., que a lo mejor te equivocas y lo tienen, ¿no? pero tú no piensas que tus amigos vayan a tener... nada.”*

(G.D. 10)

Hay también confusión respecto a la idea de quién puede “tener” el sida, asociándolo a personas consumidoras de drogas, o incluso a mujeres. En el caso de la mujer, se produce una cadena discursiva que conecta mujer con embarazo, y que tiende, por tanto, a considerarla como receptora más vulnerables frente al VIH/Sida.

*“He pensao que mis amigas que a lo mejor han hecho con el novio algo y esa amiga, el novio fuma y se mete...digo ¿y si tiene el Sida? Eso lo pienso.”*

(G.D. 2)

*“Que yo que sé. Será por... porque tienen más riesgo que nosotros. Hombre, es que nosotros no nos podemos quedar embarazaos.”*

(G.D. 1)

Como puede comprobarse una vez más, cuando se habla de riesgos asociados a prácticas sexuales, irrumpe con fuerza el tema del embarazo “comiéndose” y enmascarando el resto de riesgos.

En algunos casos la conducta de la pareja es determinante para la no realización de prácticas preventivas. Ante el chico que no propone el uso de condón hay chicas que no dicen nada, y otras que simplemente apuntan un ambiguo y temeroso “ten cuidado” que intenta recordarle al chico que no debe eyacular en su interior (pensando una vez más en el tema de embarazo y no en otros problemas que pudieran derivarse: enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida incluido; disminución del placer por tener que estar controlando que “eso” no ocurra, etc.).

*“Si todas nos negáramos a hacerlo sin condón los chicos cederían...o te lo pones (el condón) o no hacemos nada.”*

(G.D. 4)

El análisis de esta última frase subraya, una vez más, la visión “tan penetrativa” que tanto chicos como chicas tienen de la sexualidad: la alternativa a no penetrar (si no se usa el condón) es... no hacer ¡nada!

Los chicos se quejan de la influencia que la familia ejerce en la visión “antigua” que algunas chicas tienen de la sexualidad. Esta influencia es mayor en las zonas rurales.

*“Luego vaya mi madre, que lo registra todo y me diga: mira, monstrea, ¿tú adónde vas con los condones?”*

(G.D. 4)

*“Tus padres y más como vivas en un pueblo pues ya ni te explican lo que es el sexo ni ná.”*

(G.D. 6)

Como factor que realmente interfiere en la promoción de prácticas sexuales “seguras”, se ha comentado ya el hecho de que las prácticas sexuales no penetrativas son muy poco valoradas. En todo caso, son aceptadas como preámbulo a las penetrativas o, en menor frecuencia, como sustitutivo cuando no hay más remedio.

*“(A los chicos)... Nos gusta ir al grano”*

(G.D. 7)

*“Yo no sé si tú pero yo de todas maneras... si estoy, como dices tú, jugando y... que si las mamadas, que si p’arriba que si p’abajo si al final no llego a la penetración... me quedo en ascuas ¿eh?... me quedo a dos velas.”*

(G.D. 7)

A veces el rechazo es tajante:

*“Sin penetración no has hecho nada”*

(G.D. 7)

En general, no se sienten en riesgo. Ven la infección por el VIH/Sida como algo lejano, y asociado a determinados grupos y estilos de vida que les son ajenos.

*“Tú, es igual que las guerras que las ves en Bosnia y dices: bueno aquí no llega.”*

(G.D. 4)

*“Lo mismo pasa con los accidentes de tráfico. Todo el mundo piensa que les va a tocar a otros, que a ti nunca.”*

(G.D. 8)

*“Luego...en los círculos conocidos, no te lo puedes imaginar, la gente lo ve muy lejano.”*

(G.D. 9)

## Condón

El condón es el principal método anticonceptivo y preventivo utilizado frente al embarazo y al VIH/Sida. No obstante su uso real está condicionado por diversos factores.

Como alguno de los profesionales entrevistados manifestaba muy gráficamente, en general, hablan con naturalidad del condón cuando están en posición vertical, pero siguen teniendo dificultades para hablar de él cuando están en posición horizontal, es decir, en situación de uso inmediato.

Los profesionales entrevistados también apuntan que el problema no es tanto su uso “teórico” como la utilización correcta y “práctica” del mismo.

*“... Tampoco lo usan bien porque... está extendido lo de jugar.. pequeñas penetraciones y ponerse el preservativo ya en el momento “culmen” como dicen ellos...”*

(E. 2)

Entre los más jóvenes (14-16 años) hay acuerdo en que, en general, es el chico el que suele llevarlo y que es la chica la que “debe” proponer su uso. Los chicos manifiestan ciertos temores ante su propia habilidad para ponérselo, mientras que las chicas demuestran poseer menos información sobre los condones. No obstante unos y otras conocen los lugares donde se pueden conseguir (farmacias, maquinitas...). Más problemas parecen tener respecto a

cómo usarlos correctamente, sobre todo teniendo en cuenta que la mayoría, en esta edad (14-16 años), aún no los ha utilizado:

*“Que se mete y ya está.”*

(G.D. 2)

Además, las chicas sostienen que son ellos los que acostumbran a llevar los condones encima. Aunque algunas aseguran que los chicos sólo los llevan “para vacilar”.

*“¡Claro que llevan, en la cartera! Además, te lo enseñan. No les da corte de ná.”*

(G.D. 2)

En el ámbito rural aparecen dificultades a la hora de acceder a los condones debido al control social que existe en estas zonas, donde casi todo el mundo se conoce:

*“Yo no lo hago tanto con preservativo, porque me da corte entrar en una farmacia y pedirlo. Yo, cada vez que lo he hecho con eso, es porque a lo mejor unos amigos míos me han dado dos o tres. Si no, yo no me atrevo a entrar en una farmacia y pedir un preservativo, ni ná.”*

(G.D. 3)

*“Da corte ir a la farmacia porque nos conocen.”*

(G.D. 3)

*“Yo, en la farmacia de mi pueblo, por ejemplo, no compraría condones.”*

(G.D. 5)

Varios de los grupos hacen referencia a la supuesta mala calidad de los condones que venden en las máquinas expendedoras situadas en bares y pus, (por otra parte, los más accesibles). Los/as jóvenes establecen una clara relación entre calidad-fiability-precio e intentan comprar los de mayor calidad.

*“En discotecas vale más barato. Pero lo malo es... con el inconveniente de la menor calidad. Y no te puedes fiar mucho de eso, a 20 duros.”*

(G.D. 1)

*“Y voy a entrar al servicio y me encuentro allí la maquina clásica de los preservativos; y valía un condón veinte duros. Y eso dices: “pues mira que guay; está barato” pero ¿y quien se fía luego de ese condón?”*

(G.D. 7)

*“Otra cosa es que no me fío de... yo intentaría buscarlo pero tampoco me fío de los preservativos... simples, ni nada eso.”*

(G.D. 11)

Pero cuando la economía falla...

*“Es como si empiezas fumando un Winston y al final acabas prefiriendo fumar dos Celtas” (se refiere a los condones que venden en las máquinas).*

(G.D. 9)

Este es precisamente otro de los aspectos donde la unanimidad es total: los condones son caros y piden no sólo que se abaraten sino incluso que se regalen.

*“¡Es más caro que el tabaco!”*

(G.D. 5)

*“Yo es que no puedo costearlo, porque es que si echo siete polvos al día con mi novia, yo no puedo gastarme setecientas pelas todos los días, tío.”*

(G.D. 7)

*“Tenemos poco presupuesto semanal, por eso lo de los botellones (fondo común y compra de alcohol al por mayor). Si me lo gasto en condones me lo he de quitar de alcohol.”*

(G.D. 5)

*“Los condones, están a precio de millón, pues, entonces, quedamos, los compramos entre los dos, lo que sea. Pero yo normalmente no llevo condones en el bolso...”*

(G.D. 4)

Asimismo, reconocen que determinadas situaciones, que serán analizadas más detenidamente en el apartado de “situaciones difíciles”, hacen

más difícil el uso del condón: llegar a un nivel de excitación sexual elevado, estar bajo los efectos del alcohol, ser el/la otro/a conocido/a, no tener los condones a mano....

*“Es un rollo, porque a lo mejor en el tiempo ese que sales corriendo a (buscar el condón)... Se ha pasado el rollo.”*

(G.D. 9)

Los chicos más jóvenes (14-16) anticipan problemas “prácticos” en el momento en que vayan a usarlos:

*“¡Hay que saber ponérselos!”*

(G.D. 1)

*“Hombre, yo creo que si tú no sabes te lo pone ella, pero si no sabéis ninguno de los dos...”*

(G.D. 1)

Los chicos que ya lo han usado reconocen también problemas “prácticos” en el momento de usarlos realmente:

*“Corta el rollo. Corta el punto. Es incómodo, se nota (no se siente lo mismo), disminuye el placer, no siempre te pillas a mano, es caro, no me cabe, no me lo sé poner y ella menos...”*

(G.D. 7)

*“A mí, al principio, yo me tiraba dos horas para ponerme un preservativo; que no me lo sabía poner ni pá tiros, yo no sabía si lo tenía que desliarlo, si tenía que bajarlo, follón, se lo decía pónmelo a ella, ella tenía menos idea... y te corta mucho. Y de ponértelo y de hacerte daño, de... de tó, de tó.”*

(G.D. 7)

Tanto chicos como chicas manifiestan lo difícil que les resulta sacar el tema de su uso cuando están ya “metidos en faena”.

*“Tú ya estás con un tío y tú en ese momento no te planteas... en la situación cuando estás con el chico para hacerlo, te lo has planteado mucho antes y has dicho que está clara la cosa.”*

(G.D. 4)

*“No es usual que llegue alguien y diga “lo saco ahora” o “oye ¿has traído preservativo”, o..., ¿sabes? no...se suele dejar como para lo último ¿no?”*

(Chica, E. 8)

*“Porque utilizar un preservativo pues, ponerte un preservativo puede ser un juego ¿no?; pero al igual que unas veces juegas al parchís, otras veces no tienes ganas de jugar al parchís. Y no es que no tengas ganas de jugar al parchís sino... yo que sé, que follar con el condón en el bolsillo es algo... normal, vaya.”*

(G.D. 7)

Otro factor que interfiere en la propuesta de su uso, es que ésta provenga de la chica (que las chicas lleven condones les hace ser “unas salías”). Esta idea se refuerza además por las dificultades que les plantea aceptar que una chica mantenga varias relaciones, mientras que si se trata de un chico se incrementa su reconocimiento, sobre todo a través del grupo de iguales.

*“Yo he conocido a tías que serán las espabilás, como dice éste, las saliiilas, que si llevan en su bolso preservativos.”*

(G.D. 7)

*“Pero bueno ¿es que me va a entrar a mí ésta a cuchilla?, ¿que coño es esto? Se supone que a una tía me la voy a ligar yo ¿no? ¿Va a llegar la tía con esto bajo el brazo?” Yo no me fío si lo llevan ellas.”*

(G.D. 11)

*“...Si me dice que me lo ponga, me lo pongo.”*

(Chico, G.D. 8)

Algunos dudan incluso de la fiabilidad del condón.

*“La fiabilidad, tampoco es del cien por cien, ¿no?”*

(G.D. 11)

## Recursos socio-sanitarios

El ámbito rural implica mayores dificultades en el acceso a instrumentos de prevención (condones) y a recursos (centros de salud, farmacias); esto se debe sobre todo al control social que ejercen las personas cuando se trata de un espacio pequeño, donde todos son conocidos, los rumores que circulan, etc. Por otra parte, parecería que las chicas pertenecientes al entorno urbano son menos reticentes y más abiertas en plantear sus relaciones.

*“...Vas a un sitio de éstos, a ti los médicos no te conocen y no... Pero aquí, vas al centro de salud o algún sitio a preguntarlo y ya si no es el médico... si no es tu tío, es tu primo y si no es tu primo es el primo de tu hermano. Y si no, es el padre de tu novia...”*

(G.D. 5)

*“Aquí, todos nos conocemos... coges la fama y...”*

(G.D. 3)

Algunos de los profesionales apuntan en las entrevistas hacia una revisión crítica del trabajo que realizan.

*“...Incluso los profesionales, no estamos lo concienciados o sensibilizados que deberíamos estar con el tema del VIH con los jóvenes. Seguimos pensando... que con los jóvenes sólo nos preocupa el embarazo; incluso hay proyectos de... de Centros de Orientación Sexual o de consultas de Orientación Sexual donde incluso hasta en los objetivos generales se les olvida meter lo del VIH...”*

(E. 2)

*“Y hay muchos, dentro del personal sanitario, con actitudes muy negativas o muy pasotas con respecto al preservativo. Entonces, si yo no creo en algo, pues es muy difícil que lo transmita...”*

(E. 2)

## Situaciones “difíciles”

La aparición de algunas circunstancias concretas parece aumentar la dificultad para realizar comportamientos preventivos. De estas situaciones, destacan, tanto para chicos como para chicas, las siguientes:

- . no tener condones a mano
- . el hecho de que sea entre conocidos/as
- . llegar a un nivel de excitación (sexual) elevado
- . estar con “un puntillo” de alcohol
- . estar enamorado/a
- . no disponer de un lugar adecuado para “enrollarse”
- . “hace tiempo que no ligas”

En cuanto al consumo alcohol, hachís..:

*“Si tú estás bebía sí. Es que él se da cuenta de tó, se suelen dar cuenta de tó. Dice “como está punteá me voy a acercar y me voy a presentar a ver si cae algo”. Suele pasar eso.”*

(G.D. 2)

*“Si está en su sano juicio nunca hace eso, y más teniendo novio. Pero si está..., es que estaba ciega. Pero vamos lo mismo que le pasa a ella nos podía haber pasao a cualquiera de nosotras. Ella estaba demasiao colocá, pero vamos que...”*

(G.D. 2)

*“Después, a lo mejor cuando lo estás haciendo... o a lo mejor estás un poquillo punteo por el alcohol y eso, y ni lo piensas. Pero después... y después: “ojú...”*

(G.D. 5)

*“Vamos que el alcohol... que cuando tú estés allí, tan inspirao, te vas a acordar del condón ni ná”*

(G.D. 5)

*“Te bebes tres cervezas... vas ciego porque te has fumao dos canutos y dices... Te da todo igual. Es que... todos los cimientos se derrumban, ¿no?”*

(G.D. 10)

La “pasión” del momento también interfiere:

*“... Llegas en la casa, abres la puerta y está en el suelo de la... entrada, de la alfombra y te puedes tirar así un día ¿no? Y es que no es sólo que te olvidas, Simplemente hay ahí una atracción fatal, en este caso, o increíblemente magnífica o... que te hace que te olvides de... de todo ¿no? Te sientes en el cielo y creo que... a veces es necesario, esas sensaciones ¿no? Y te olvidas de preservativo de... muchas cosas que no deberías, pero te olvidas.”*

(Chica, E. 8)

“Hace tiempo que no ligas”:

*“Sí pero, corta el punto desde dos puntos de vista. Primero que, a lo mejor, en una relación esporádica que...que, de repente, tienes posibilidad de enrollarte, hace mil años que no te enrollas y ahora no tienes condón.”*

(G.D. 9)

*“Y se me presenta la ocasión... o uso el preservativo o... sin preservativo, vamos.”*

(G.D. 5)

Ser conocido o no conocido:

*“En Sevilla, por ejemplo, tú bajas y lo más normal es que tengas un preservativo. Yo con una tía que no la voy a conocer de ná y eso, pues sí. Pero aquí, má o menos, tú si estás es con alguien que, más o menos conoces, o si no la conoces, la conoces de vista y tampoco... Pero aquí no ¿sabes? tampoco es que haya habido muchos casos.”*

(G.D. 5)

Otras circunstancias que explican la “dificultad” de esas situaciones son, por el contrario, específicas de cada género:

En **chicos**:

*“Que la chica tenga la regla”*

(G.D. 7)

(Una vez más se está pensando solamente en el riesgo de embarazo).

En **chicas**: el sentimiento-amor como facilitador de “riesgo”.

*“Si yo voy a hacerlo con un tío y yo no llevo condones y él tampoco y yo sé que esa persona me va a responder, puede que lo haga sin condón.”*

(G.D. 4)

*“Bueno, ya si el tío te quiere a ti... me parece maravilloso, ¿no?, pero no te va a importar ni que te duela ni nada, lo que vas es a... a eso, a hacer lo máximo con él, porque lo quieres demasiado...”*

(G.D. 4)

Además una cosa es la teoría y otra bien distinta la práctica.

*“Por eso, que una cosa es teorizar y otra cosa es el juego del rolo.”*

(G.D. 9)

*“En teoría, todo el mundo en casa pensamos: “yo voy a tener mucho cuidado... yo voy a estar muy protegido y no va a haber ningún problema”. Y a la hora de la verdad, ya no es así, ¿no?”*

(G.D. 9)

*“Yo lo que creo es que ahora se piensa más que antes. Ahora se piensa más, pero no se cumple tanto, no? Que estamos más concienciados, pero tampoco una cosa de decir que nadie lo hace sin preservativo. Yo creo que todavía no, ni mucho menos.”*

(G.D. 10)

*“Yo... conozco a gente también, que normalmente suele tomar precauciones y, a lo mejor, una noche de...de locura... dice: “ ah, da igual” ¿no? Y pasa, y luego...”*

(G.D. 9)

*“... Más noches locas que se te pueda olvidar, que las que no se te pueda olvidar, entre la gente que sale por la noche, te digo ¿no? ¡Hombre!, desde el punto de vista que tu pides en un bar... o sea, yo apuesto mi cabeza, que el sábado que viene pido en un bar donde esté un preservativo y, si hay cien personas, me van a dar.. catorce preservativos.”*

*(E. 8)*

## C. Demandas, necesidades y sugerencias

Bajo el interés despertado por la aparición del VIH/Sida, sobre todo en su conexión con la transmisión sexual del mismo, hay una demanda de educación sexual que se manifiesta en todos los grupos. Pese a que esta necesidad se identifica claramente, no hay consenso sobre la edad, ni el lugar o marco adecuado para iniciar dicha educación.

Todos los grupos demandan información concreta y clara (“que lo pongan claro”) que evite los sobreentendidos, tanto para el tema de sexualidad como para el de la prevención del VIH/Sida.

Aunque, en general, dicen sentirse bastante informados/as en relación al VIH/Sida, tanto chicos como chicas valoran las campañas informativas realizadas como poco prácticas (“no nos dan pistas”):

*“Es que es eso. Que tú tienes mucha información pero que después tampoco se lleva mucho a la práctica. Sí, muchas campañas y eso pero que tampoco... ¿sabes? que no llegan muy... muy profundamente.”*

(G.D. 5)

*“Sacan una campaña de los preservativos o cualquier cosa y tú, te fías más de lo que te dicen tus amigos de lo que te dicen así en la campaña.”*

(G.D. 5)

Los más jóvenes sugieren que esta información se dé en el propio centro de estudios a través de reuniones donde ellos/as puedan participar.

Entre las propuestas más generales hablan de naturalizar la sexualidad, refiriéndose, sobre todo, a lo transmitido en los medios de comunicación, que crean un mundo ficticio que puede derivar en frustraciones por exceso de expectativas.

*“Yo creo que, por lo menos, en la sociedad tanto en la televisión, las películas, se insiste mucho en la otra cara del sexo ¿no? Yo creo que se debería insistir en la prevención, en la...de tomarlo con más naturalidad.”*

(G.D. 4)

La propuesta de “naturalizar” la sexualidad se confirma también entre las entrevistas realizadas. Alguno apuesta incluso por “*echarle humor a la cosa*”,

*“No sé, yo pienso que hay que transmitir la idea de naturalidad; y la idea de naturalidad se transmite con humor, y con humor se afrontan los problemas mejor. Es que no sé ¿no? como desarrollar todo eso pero...”*

(E. 7)

Paralelamente, el discurso preventivo del VIH/Sida ha etiquetado la sexualidad como problema, a semejanza de lo ocurrido en el discurso de las drogas. Hay tanto por parte de los jóvenes como por parte de los entrevistados una propuesta de no problematización:

*“¿El sexo no es malo!, ¿me entiendes?, para nada, si a ti te apetece y a esa persona le apetece...”*

(G.D. 4)

*“Yo creo que el error está en que... ese caso concreto, en que lo que se pretendía era enseñar al niño a no beber, a no fumar y a no drogarse, cuando lo que deberían enseñarle, es a beber y a fumar y a drogarse. No estoy diciendo que les den cocaína toas las mañanas, antes de meterse en clase; estoy diciendo que les digan la verdad de las drogas y que si... tienen que fumar porros que los fumen sabiendo lo que fuman...”*

(E. 7)

Algunos de los jóvenes perciben que los mensajes y consejos, llegan, a veces, a entrometerse en ámbitos demasiado personales y privados. Proponen evitar que la información se convierta en avasallamiento o transmisión desmesurada de ideas, olvidando el contexto y la situación en que estos jóvenes están inmersos.

*“Y creo que el fallo, el error. Y el error, pero total ¿no? De que a la gente se le dice demasio cómo tiene que hacer las cosas ¿no? Hasta llegar a meterse en cosas que no le importan a nadie, ná más que a ti, que es cómo te tienes que enrollar ¿no? Y eso me parece un pasote ¿no?”*

(G.D. 7)

Respecto a los condones, solicitan el abaratamiento y/o dispensación gratuita de los mismos. Algunos apuntan la idea de que vayan acompañados de información para su correcta utilización y otros apuntan que las farmacias son los lugares más fiables para su distribución.

*“... Que son demasiao caros ¿sabes? o sea... Bueno, según, si quieres comprar un preservativo que te haga daño, que huela que ¡madre mía cómo huelen!, yo por ejemplo el olor ese a goma me parece superdesagradable ¿no?, que pierdes sensibilidad casi, casi en el 50% ¿no?”*

(E. 8)

*“Es excesivo, es excesivo una peseta, porque eso tendrían que regalarlo. Regalar las cosas, informar las cosas.”*

(G.D. 5)

Todos los grupos consultados demandan más información. Pese a tener una información, que valoran positivamente, aparecen algunas propuestas para promover otras opciones que eviten fomentar entre los más jóvenes la práctica de relaciones sexuales coitales en detrimento de otras no penetrativas. Aparecen también algunas propuestas de promover alternativas como la de pareja estable y la abstinencia sexual. No obstante, algunos de ellos plantean la necesidad de ser extremadamente objetivos y cuidadosos con los más jóvenes ante lo que consideran una información a veces más incitadora de prácticas coitales que preventiva.

*“Sí, que a lo mejor subliminalmente nos están metiendo, con tanta información de haz sexo seguro, haz, pues al final nos quedamos con el haz nada más...”*

(G.D. 11)

*“Entonces es una cosa que primero tienes el aprendizaje así por encima de lo que es el sexo y después ya vienen otra serie de cuestiones como puede ser por ejemplo cómo ponerse el condón, ¿no?, o sea que es una cosa que con 16 años tampoco te la planteas.”*

(G.D. 10)

Otros jóvenes reconocen estar bien informados pero se consideran, en este sentido, algo privilegiados en comparación con jóvenes de zonas más

marginales donde suponen que la información no circula con tanta facilidad.

*“La gente no tiene tan claro como nosotros...”*

*(G.D. 10)*

*“Y también es cierto que yo pienso que... que los actualmente los chicos y la juventud universitaria, pues yo pienso que sin ayuda de la campaña pues lo sabríamos, la mayoría pienso. La campaña ha venido a... romper todo tipo de duda y todos lo sabemos. Porque yo pienso que la zona más preocupante pues son de... las zonas de suburbios, de pueblos, de lo otro... que esa gente yo pienso que es la fundamental...”*

*(G.D. 11)*

También se recogen demandas de información que fomenten determinados valores entre los jóvenes: autoestima, valor personal, realización personal.

## **PARTE IV. CONCLUSIONES**



## Género

La dimensión sexual de la vida de estos jóvenes está marcada por diferencias que se construyen a partir del género. Esto, que puede parecer obvio, resulta clave de cara a explorar el origen y las causas del tipo de prácticas que realizan, y en la utilización o no del condón cuando estas prácticas entrañan algún riesgo.

Las diferencias según el género son inseparables de la dinámica social y cultural en que se insertan los jóvenes. Como los propios jóvenes apuntan, se han producido avances y cambios respecto al tipo de sexualidad vivida por sus padres. Sin embargo, parece que estos avances no se concretan en transformaciones de índole más profunda que permitan acercar las formas de vivir y manifestar la sexualidad que tienen hombres y mujeres. Así, a las mujeres se les sigue otorgando un papel fundamentalmente pasivo: reciben placer, no siempre están dispuestas a mantener relaciones sexuales, plantean límites; a los hombres, por el contrario, se les asigna un papel, especialmente activo: dan placer, siempre están dispuestos a mantener relaciones sexuales, y no plantean ningún límite.

Según las opiniones expresadas en los grupos y en las entrevistas, estas distancias están disminuyendo, más por una aceptación por parte de las chicas de la posibilidad del “sexo por el sexo”, y menos por una aceptación por parte de los chicos de la presencia del “sentimiento-amor” como condición clave para establecer relaciones.

A partir de los discursos emitidos por estos jóvenes y de las discrepancias aparecidas en la categoría género, se desprenden dos cadenas discursivas: a) amor-placer (“romántico-sensual” *versus* “penetrativo-genital”); b) sanción-responsabilidad (chica pone límites: “cuidadora” -chica no pone límites: “fresca”). A continuación se analizan más detenidamente cada una de estas cadenas discursivas.

Ser chico o chica implica también una regulación no compensada de las relaciones de parejas heterosexuales, *“usar o no usar un preservativo no es una cuestión racional simple, sino que es el resultado de un proceso*

*de negociación potencialmente desigual entre las parejas*" (Lear 1995, Holland 1990).

Los chicos tienen una imagen más "penetrativa-genital" de la sexualidad, mientras que las chicas reflejan una visión más "romántico-sensual" (Deslesderrier, 1996). Esta diferencia tiene dos componentes: uno basado en la asociación sexualidad-amor, de mayor peso y a veces imprescindible para las chicas, y otro, que se manifiesta en el tipo de práctica sexual: para ellos, la penetración; para ellas, también juegos y caricias.

Ellos buscan placer y ellas quieren amor. ¿Qué repercusiones tiene este sentimiento hacia comportamientos preventivos? El amor como factor de riesgo ha sido también analizado en otros estudios (Henriksson, 1995) El discurso "romántico" que suscriben algunas mujeres obstaculiza e interfiere la negociación dentro de las relaciones sexuales (Wyn, 1994). Así pues es el amor en estos tiempos de riesgo uno de los factores que más dificultan la prevención: *"si amo y me aman estoy dispuesta a correr el riesgo de un embarazo, o una enfermedad"*.

Esta forma de entender la sexualidad según los sentimientos que entren en juego, se revela también a través del lenguaje que transmiten: es la distinción entre "hacer el amor", cuando se está enamorado/a, y "echar un polvo", donde los sentimientos afectivos no son imprescindibles. La repercusión de esta discriminación es doble y con efectos contrarios de cara a la adopción de prácticas preventivas: por una parte, el amor como facilitador de la comunicación, y por tanto del placer y de la posibilidad de hablar, negociar y prevenir; y por otra, las consecuencias negativas derivadas de la idea "si amo y me aman, nada de lo que pase importa" (Corrales, 1996).

En cuanto a la segunda cadena discursiva citada (sanción-responsabilidad), tanto ellos como ellas, coinciden en señalar a la mujer como responsable de evitar las consecuencias negativas que puedan derivarse de sus prácticas sexuales. Esta "responsabilidad", la misma que se le exige como madre y como cuidadora, se refuerza con la información que transmiten la familia y los medios de comunicación (Lupton, 1994). El control y la responsabilidad que se les exige a las chicas no tiene su causa tanto en ser joven, como en ser mujer (Watson 1993, Campbell 1995). Esto

explicaría la aparición, en los grupos, de diversas y repetidas afirmaciones en el sentido de que una chica no debe ser “una fresca o una chica fácil”, mensaje que refuerzan los diversos agentes socializadores (padres, educadores, medios de comunicación...) respecto a los riesgos que supone “un embarazo que puede arruinar ya toda tu vida”. Todo esto predispone a la chica al “deber de” aplicar, tanto los límites a las prácticas “permitidas”, como los medios para evitar los problemas que puedan derivarse.

De ello se desprende un hecho contradictorio: se delega en la chica la responsabilidad de la prevención (sobre todo en el tema de embarazo) pero paralelamente se la rechaza cuando hace propuestas concretas y reales sobre el uso del condón. Este es un aspecto que desde el ámbito educativo y político debe tenerse muy en cuenta al poner en marcha acciones preventivas (Steinz, 1990).

A modo de ejemplo: está mal visto, por algunos jóvenes, que la chica lleve condones; el chico evitará en mayor medida que la chica su uso; la propuesta vendrá más de ella que de él y será ella la que deba preocuparse de los problemas que puedan derivarse de una relación sin protección (“al fin y al cabo yo no me puedo quedar embarazado”).

## **Edad**

El grupo de los más jóvenes (14-16 años) ha mostrado mayores dificultades para hablar abiertamente de sus relaciones sexuales. Esto es algo esperable dado que la “vida experiencial” respecto a su sexualidad es aún relativamente breve. No obstante, tanto los chicos como las chicas de este grupo de edad han oído hablar del Sida, conoce los condones y los aspectos teóricos de su uso.

Los otros dos grupos de edad no presentan entre ellos diferencias especialmente destacables. Este es un dato que puede valorarse a la hora de plantear actuaciones.

## **Prácticas sexuales**

En este tema la conclusión parece bastante tajante: la sexualidad se identifica sobre todo con el coito en todos los grupos y en todas las edades.

Pero, si como hemos convenido, sexualidad es el desarrollo de un proceso lleno de referencias culturales y simbólicas, podemos cuestionarnos: ¿que es lo que realmente entienden estos jóvenes por sexualidad? Nombrar sexo en sus círculos conlleva referencias a relaciones con penetración, omitiendo otras manifestaciones de su sexualidad. Desde estos presupuestos no resulta tarea fácil apoyar otra sexualidad (besos, caricias...) que además tropieza con los modelos que cotidianamente transmiten los medios de comunicación, y la presión de su grupo de iguales. Sin embargo, el esfuerzo por asociar sexualidad a otras prácticas, que además de dar placer entrañen un riesgo menor o nulo en cuanto al VIH y a otras ETS, está prácticamente aún por hacer en este país.

En general, este tipo de prácticas no suelen considerarse un fin en sí mismas, si no un medio para llegar a “las otras” o una manera momentánea de sustituirlas. Además se consideran, claramente, menos placenteras que las coitales.

## **Formación en sexualidad**

Existe desde la infancia un proceso de socialización de la sexualidad que es dual. Por un lado, la familia (incluido el silencio de algunos padres), la escuela y los medios de comunicación; y por otro, los amigos, las revistas, los libros y las exploraciones propias o con la pareja. La identificación de estos agentes y la credibilidad que se les otorgue resultará útil también en el diseño de programas y campañas preventivas. No estará de más recordar lo paradójico que puede resultar que sean también los mismos medios de comunicación de masas que transmiten modelos de sexualidad ideales (por tanto, irreales), los que se hacen eco y emiten las campañas informativas dirigidas a los jóvenes reales (que tienen miedos, que cometen errores...).

Se vislumbran grandes lagunas en lo que sería una formación básica en sexualidad. Como comentan algunas de nuestras entrevistadas (en este caso profesionales sanitarias en contacto con jóvenes): “no saben cómo tocar un cuerpo, qué hacer ante una erección... no saben cómo funcionan, cómo responde sexualmente su cuerpo... no se conocen”. Todo ello provoca incertidumbre y temor en el momento de afrontar una “primera vez” y, muchas veces, dolor y frustración cuando esa “primera vez” no ha

cumplido con las expectativas despertadas por los cánones que los modelos sociales han establecido.

### **Información: en sexualidad y en VIH/Sida**

En líneas generales puede sostenerse que el discurso preventivo ha llegado a los jóvenes en dos sentidos, que a su vez generan las siguientes cadenas conceptuales:

- a) Sida = problema (drogas, sexo, sangre)
- b) Sida = prevención (condón, jeringuilla)

El análisis de estas categorías discursivas puede explicar la aparición de dificultades a la hora de asumir el sida como una realidad cercana, asociado a algo tan global e inespecífico como “las drogas” o “el sexo”. La justificación metafórica que utilizan les excusa de cualquier acción: el sida es un problema del “otro”: “A mí no me va a tocar” (como tampoco “me va a tocar un accidente de tráfico”) (Mendès Leite, 1995). El riesgo de infección por el VIH/Sida se percibe como algo lejano y, por tanto, poco motivador de cambios de conducta.

Esta interiorización del discurso preventivo enlaza con el análisis del segundo gran factor que influye en la predisposición hacia la prevención: el grado de conocimiento de la otra persona, “si mi pareja es como yo, y además la conozco, no hace falta tomar precauciones”. Se crea otra falacia que lo mejor que hace es confundir, y lo peor condenar: el Sida depende del tipo de personas y no de lo que esas personas hagan y cómo lo hagan.

Aunque en la mayor parte de los casos dicen sentirse bien informados/as respecto al VIH/Sida, se detectaron graves errores de información; por ejemplo, considerar el semen como vehículo ineficaz de transmisión y creer, en cambio, que la saliva sí es un vehículo eficaz de transmisión del VIH.

Las fuentes de información con más credibilidad son, para estos jóvenes, los amigos/as (con sus experiencias concretas) y ellos/as mismos/as (con su ir descubriéndose día a día y a trompicones). Otras posibles fuentes de información están bastante desacreditadas (los

medios de comunicación en general y la televisión en concreto) o no ejercen esa función por no sentirse capaces o por creer que no es su papel (educadores en general, padres en particular).

## **Embarazo**

El riesgo de embarazos no deseados es, con diferencia, el que de forma más clara aparece como posible problema derivado de las prácticas sexuales. Tanto chicos como chicas consideran que son ellas las que deben tomar precauciones. Además, está presente en los jóvenes la idea de que los “fallos” en este tema son “solucionables”: en el mejor de los casos la píldora del día siguiente, cuyo uso según una de las profesionales entrevistadas está sufriendo un gran aumento, o, en el peor de los casos, la interrupción voluntaria del embarazo.

## **Condón como prevención**

Tras considerar el embarazo no deseado y la infección por VIH/Sida como posibles consecuencias negativas de sus prácticas sexuales, señalan el condón como la forma más útil y fácil de prevenir ambas. Esto lo tienen más claro cuando el nivel de escolarización es más alto y cuando se ha recibido información directamente.

No obstante, cuando los jóvenes utilizan el condón lo hacen pensando más en prevenir embarazos que en prevenir infecciones. Esto tiene un riesgo claro: si utilizan un método anticonceptivo distinto al condón en sus prácticas coitales, quedan desprotegidos/as frente a las infecciones (VIH incluido).

No cabe duda sin embargo que aprovechar esta asociación puede resultar una estrategia útil desde la óptica del marketing social, en el diseño de mensajes y/o materiales preventivos (García F. et al., 1994).

En un buen número de casos, se relatan problemas y dificultades relacionados con las habilidades de uso que aparecen en los momentos de “práctica real”: no saber cómo proponerlo, cómo sacar el tema a colación ni en qué momento, no saber colocarlo, colocarlo con dolor, tardar mucho en hacerlo, etc.

## Accesibilidad al condón

La accesibilidad económica de los condones ha sido uno de los temas que ha aparecido en todos los grupos y que ha originado opiniones más unánimes. Todas ellas enfatizan la necesidad de abaratar su coste. Parece que el precio actual de los condones sigue siendo excesivo para economías juveniles, que además de modestas tienen que gestionar la adquisición y consumo de cada vez más productos.

La inmensa mayoría de los grupos considera mucho más accesibles los condones que venden en bares, *pubs* o grandes superficies, pero todos se ponen de acuerdo en valorarlos como poco fiables y muy inseguros.

## Negociación de la relación

Es muy poco usual negociar con el/la otro/a las “condiciones” de la relación sexual; no se hace “mucho antes”, ni “un poco antes”, ni desde luego, “durante”.

La probabilidad de que se hable, por ejemplo, del tipo de práctica que se quiere, o que apetece realizar, parece realmente ínfima; en lo que se refiere en concreto al condón, no puede hablarse de negociación cuando lo más que aparece, en algunos casos, es una petición, generalmente muy prudente, por parte de la chica para que se use, y una aceptación, generalmente bastante resignada, por parte del chico, a usarlo.

## Medio rural

El medio rural sigue ejerciendo un gran control social sobre los jóvenes y, como consecuencia, se produce un aumento en las dificultades para acceder tanto a instrumentos preventivos (condones) como a centros, dispositivos y programas de los que los jóvenes puedan beneficiarse. No sólo los profesionales que trabajan en dichos centros (farmacias incluidas) les conocen personalmente o son familiares directos, sino que lo que ocurre en dichos centros (tipo de demanda, enfermedad que se pueda sufrir, etc.) no tiene garantizada la total confidencialidad.

## **Accesibilidad a los centros socio-sanitarios**

Los centros socio-sanitarios son en general poco conocidos por los jóvenes. Se suele desconocer su ubicación, su horario, sus criterios de admisión, etc.

Algunos centros socio-sanitarios han conseguido, sin embargo, ser realmente accesibles a los jóvenes. Las razones que justifican este éxito estarían centradas especialmente en el tipo de trato que se les dispensa a los jóvenes tanto en la acogida como en el seguimiento posterior. Las características principales de este trato podrían sintetizarse en: estar “a su nivel”, utilizar un lenguaje adaptado y no problematizar la situación.

## **Mensajes, campañas**

El discurso de los jóvenes reproduce, en buena medida, los mensajes transmitidos por campañas y programas en cuanto a “lo que se debe hacer para prevenir el VIH/Sida”. Sin embargo, con frecuencia el discurso “teórico” y las “buenas intenciones” no se reflejan en conductas preventivas. Para paliar esta situación los/as jóvenes demandan información más cercana a su “realidad vital” y mucho más concreta. No obstante, parece ser que como medida de “sensibilización” hacia esta enfermedad, la campaña “Póntelo, pónselo” ha llegado a la mayoría de estos jóvenes.

## **Situaciones de riesgo**

En todos los grupos han aparecido “situaciones de riesgo” en las que, aún teniéndolo claro, les resultaba difícil practicar un sexo más seguro.

En general, estas “situaciones de riesgo” se relacionan con el grado de conocimiento que se tenga de la otra persona, la apariencia externa del otro/a, el grado de excitación sexual alcanzado, el uso de alcohol u otras sustancias, el enamoramiento hacia la pareja y, desde luego, con tener o no condones a mano dado que en muy pocas ocasiones se plantean la posibilidad de obtener placer con prácticas no coitales.

Destaca también la aparición relativamente frecuente de pensamientos de arrepentimiento y sensaciones de agobio tras la realización de alguna

práctica que el/la joven considere de cierto riesgo, (sobre todo, en relación al tema de embarazo; pero también, algunas veces -según las características de la situación y/o de la pareja- respecto a enfermedades).

## Actitudes discriminatorias

Aunque el Sida social<sup>2</sup> no era motivo de esta investigación, cabe destacar que no aparecen en ningún grupo actitudes discriminatorias o marginadoras hacia las personas portadoras del VIH. Es cierto que, hasta el momento, conocen de cerca muy pocos casos; pero no parece que eso sea determinante en la asunción de esta actitud solidaria.

Sí aparecen en cambio en algún grupo ciertas actitudes de rechazo ante la homosexualidad.

En síntesis, si tuviesen que sintetizarse gráficamente las conclusiones en una sola frase, podría decirse que en relación a la prevención de la transmisión sexual del VIH/Sida, los jóvenes andaluces están “en el trecho que va del dicho al hecho”. Esto es; en general podría afirmarse que los jóvenes están -y se sienten- informados de los aspectos globales, generales del tema VIH/Sida (que se transmite por sangre y por sexo, por ejemplo), pero no son capaces aún de traducir esa teoría (el dicho) en práctica eficazmente preventiva (el hecho).

Para lograr esa traducción, que muchos de los/las propios/as jóvenes perciben como asunto pendiente, solicitan fundamentalmente información más concreta y práctica (qué prácticas sexuales concretas tienen o no riesgo y cuánto riesgo) y una mayor accesibilidad a instrumentos y recursos preventivos y asistenciales.

Cabe destacar la enorme importancia que, en estos grupos de edad adquiere también en este comentario de síntesis, el “grupo de iguales” como vía y lugar acreditado para compartir información, dudas, temores y aprendizajes.

---

<sup>2</sup> *Sida social*: enfermedad social que se manifiesta con síntomas como: discriminación, marginación y violencia hacia aquellas personas que llevan consigo el VIH (o son sospechosas de llevarlo) y hacia sus allegados.



**PARTE V. SUGERENCIAS PARA  
LA INTERVENCIÓN**



## A. Introducción

Plantear una serie de sugerencias para intervenir tras la realización de una investigación como la que aquí se presenta, se convierte en una tarea absolutamente necesaria-para que la información obtenida pueda cristalizar en medidas concretas de actuación. Ello supone, entre otras cosas, integrar los diferentes “discursos” presentes en relación al tema: los elaborados por los jóvenes y los “leídos” por los investigadores.

Por otra parte, las intervenciones que aquí se plantean revisten claramente, como el mismo tema que abordan, carácter interdisciplinar e intersectorial; esto incide tanto a nivel de políticas de salud como a nivel de programas y de profesionales que trabajan en primer línea (socio-sanitarios, educadores, etc.).

Es muy importante que los lectores de estas sugerencias las adapten a la realidad de cada escenario concreto. Esto implica realizar un cierto análisis estratégico que contemple tanto el análisis del entorno (oportunidades y problemas) como el análisis del propio profesional y/o equipo que debe incluir sus “puntos fuertes” (conocimientos, habilidades, cualidades, capacidad de decisión, responsabilidades, poder, etc.) y sus “puntos débiles” (déficits formativos, habilidades no desarrolladas, poca capacidad para incidir en el entorno, etc.). Este análisis estratégico permitirá a cada lector seleccionar aquellas propuestas que realmente pueda asumir para llevar a cabo en el desarrollo de su rol profesional.

En este mismo sentido es recomendable que se establezcan diferencias, lo más nítidas posibles, entre las propuestas que -por prioridad o modificabilidad- podrían considerarse “inmediatas-a corto plazo” y aquellas otras (macro-estructurales, globales, ideológicas, etc.) que podrían considerarse “a medio-largo plazo”. Lo que aquí se propone es trabajar paralelamente en ambas líneas (corto plazo, medio-largo plazo), dado que, en general, no sólo son compatibles, si no que, con frecuencia, son mutuamente reforzantes.

Las propuestas que se plantean a continuación pretenden incidir en aquellos aspectos que este estudio señala como más relevantes. Dado que el abor-

daje intenta ser exhaustivo, el número de propuestas presentadas es elevado, no para abrumar al lector, sino, muy al contrario, para ofrecerle el mayor número de pistas que faciliten algún tipo de intervención eficaz. También con este fin se ofrece al lector -en el apartado de bibliografía- información útil sobre materiales didácticos para intervenir en jóvenes tanto en relación a sexualidad como en relación a VIH/Sida.

## **B. Objetivos**

Facilitar que los jóvenes aprendan a gestionar las situaciones de riesgo que se presenten en su vida cotidiana en relación la transmisión por vía sexual del VIH/Sida.

1. Fomentar la educación sexual de la población adolescente.
2. Clarificar la información respecto al VIH/Sida, entre toda la población en general, y entre los jóvenes en particular.
3. Potenciar la capacitación de los profesionales implicados, en relación a: sexualidad, VIH/Sida y metodologías facilitadoras del aprendizaje.
4. Aumentar el acceso de los jóvenes a los instrumentos de prevención y a los centros, dispositivos y programas (especialmente a los de carácter preventivo).
5. Fomentar la investigación con respecto a los antecedentes conductuales de los problemas de salud relacionados con las prácticas y hábitos sexuales de los adolescentes y jóvenes.
6. Potenciar la evaluación de programas, intervenciones y acciones encuadradas en las cinco líneas generales de intervención citadas.

## C. Contenidos y metodología

Aunque es obvia la gran relación entre los cuatro ámbitos en que se ha estructurado este apartado, los contenidos y metodologías se presentan por separado a fin de facilitar una intervención específica sobre cada uno de ellos.

### 1. Información, actitudes, valores y creencias

#### A. CONTENIDOS:

##### (1) *VIH/Sida:*

- (a) Vehículos eficaces de transmisión.
- (b) Riesgo asociado a cada práctica sexual concreta (gradación de riesgos).
- (c) Medidas concretas de prevención.
- (d) Prueba de detección de anticuerpos frente al VIH.
- (e) Portador sano del VIH.
- (f) Enfermo de Sida.

##### (2) *Sexualidad:*

- (a) Placer y relaciones sexuales no coitales.
- (b) Placer y uso del condón.
- (c) Formas de naturalizar la sexualidad, prestigiar el amor y la ternura, legitimar el deseo (“la calentura”)

##### (3) *Aspectos globales:*

- (a) La autoestima global y corporal.
- (b) La auto-eficacia percibida (“sentirse capaz de... llevar a cabo tal o cual conducta”)

## B. METODOLOGÍA

### (1) *General:*

- (a) Facilitar espacios para que la población-diana pueda discutir y poner en cuestión la información recibida, argumentando sus propias opiniones y rebatiendo las de los demás.
- (b) Utilizar un lenguaje claro, conciso y entendible. Evitar sobreentendidos y ambigüedades, tanto en el aula, como en campañas y medios de comunicación.
- (c) Preguntar sobre dudas, dificultades, pegas, miedos y temores.
- (d) Empatizar con las dificultades, miedos y temores detectados (“entiendo que, así de entrada, os parezca complicado plantearle a vuestra pareja el uso del condón”).
- (e) Facilitar su propia búsqueda de alternativas y/o sugerir alternativas (“¿Qué creéis que podría hacerse para...?” y/o “¿Qué os parecería si... ?”); esta estrategia ha mostrado ser mejor que dar consejos, y mucho mejor que imponer obligaciones o deberes.
- (f) Utilizar soportes educativos adecuados a cada segmento de la población juvenil (vídeos, cómics, folletos, carteles, etc.).
- (g) Diseñar sesiones basadas en el trabajo en grupo y en la elaboración de productos realizados por los propios jóvenes (carteles, folletos, eslóganes, etc.). Esto, por una parte, facilitará el aprendizaje y, por otra, permitirá al profesional evaluar el proceso de aprendizaje y, después de la puesta en común de los productos elaborados, evaluar el resultado final.
- (h) Realizar síntesis integrativas al final de las sesiones, subrayando con las aportaciones de los propios jóvenes las ideas clave trabajadas y enfatizando los aprendizajes conseguidos.

- (i) Identificar a los líderes de opinión con mayor credibilidad y capacitarlos, mediante sesiones de discusión en relación a información y actitudes; y talleres de entrenamiento en metodologías educativas para que puedan convertirse en vehículos eficaces de transmisión de información, actitudes y creencias.
- (j) Promover la capacitación como agentes de salud, mediante talleres de entrenamiento en habilidades sociales, formación de formadores, etc., de aquellos jóvenes -no necesariamente líderes- que tengan más claro el tema de la prevención para que puedan intervenir sobre sus iguales.
- (k) Incorporar desde el inicio del programa o intervención a miembros de la propia población-diana; esto permite asegurar la pertinencia de los contenidos (argot, frases-clave, argumentos, etc.) y las formas (cómic, vídeos, etc.), y aumentar la credibilidad entre los jóvenes de la propia intervención o programa.
- (l) Promover que los jóvenes elaboren sus propios materiales de apoyo como forma de aprehender los conceptos clave y aumentar su motivación para el cambio.
- (2) *Específica:*

En relación a **VIH/Sida:**

- (a) Facilitar información concreta. Por ejemplo: “El VIH no se transmite por “relaciones sexuales” -así, en abstracto- sino a través de prácticas sexuales muy concretas: coito anal sin condón, coito vaginal sin condón y felación con ingesta de semen” (revisar listado orientativo en página 115).
- (b) Utilizar ejemplos cercanos a cada grupo específico de jóvenes.
- (c) Facilitar ejemplos prácticos que enfatizan la aplicabilidad de cada concepto trabajado/discutido y que permitan la generalización de los aprendizajes. Por ejemplo, para aplicar los

conocimientos sobre los vehículos eficaces de transmisión del VIH: analizar el riesgo que puede derivarse de la asistencia a una guardería de un niño VIH+.

- (d) Desdramatizar la información sobre el VIH/Sida, utilizando adecuadamente el humor, la ironía y el juego.
- (e) Respetar todas las opciones para prevenir el VIH/Sida: abstinencia sexual, pareja estable, prácticas no coitales, uso del condón, etc. señalando -o mejor aún, provocando un debate para que aparezcan- las ventajas e inconvenientes de cada opción.
- (f) Utilizar imágenes y testimonios de personajes que han contraído el VIH a través de prácticas heterosexuales, para acercar el tema a los jóvenes y ayudarles a dejar de utilizar etiquetas que les transmiten una falsa y peligrosa sensación de seguridad: “yo no estoy en riesgo por que soy heterosexual”).
- (g) Analizar fotografías de gente anónima valorando, en grupo, su posible estado serológico, y debatiendo sobre las razones que llevan a pensar que algunas de las personas de las fotografías son VIH+ y otras no. Esta actividad puede ayudar a poner en cuestión la falsa y peligrosa sensación de seguridad que algunos jóvenes manifiestan cuando dicen “yo no estoy en riesgo, sólo voy con gente que tiene buena pinta”.

#### En relación a **sexualidad**:

- (a) Promover el debate en relación a expresiones clave del tipo: “el sentimiento es un buen afrodisíaco”, “la sexualidad puede ser un camino, no sólo un fin”.
- (b) Analizar textos y filmaciones sobre sexualidad y/o escribir pequeñas narraciones sobre el tema para ayudarles a cuestionar modelos y tópicos.
- (c) Poner en cuestión frases del tipo “si yo le quiero todo vale”, promoviendo su transformación en frases del tipo:

“si él me quiere... se lo pondrá”  
 “si él me quiere... respetará mi opción”

- (d) Elaborar conjuntamente con los jóvenes listas con todas aquellas prácticas sexuales no coitales que valoren como placenteras.

En relación a **condón**:

- (a) Poner en cuestión frases del tipo “no uso el condón porque no quiero crear desconfianza”, “¡qué va a pensar de mí!”, promoviendo su transformación en frases del tipo:

“le explicaré que si uso el condón es porque me preocupo por ambos”  
 “así le demuestro que no soy un/una irresponsable”

- (b) Poner en cuestión frases del tipo “me corta mucho ponerme un condón”, promoviendo:

la creación de contra-argumentos del tipo: “como todo, es cuestión de práctica; la cuarta vez saldrá mejor que la segunda”, “acaba resultando tan fácil como ponerse un calcetín”, etc.  
 la elaboración de listas con frases que pueden ayudar a disminuir el citado “corte”: “me excita ver tu erección mientras te lo pones”, “me encanta ponértelo... y oír ese ruido”, etc.

- (c) Poner en cuestión frases del tipo “el condón quita placer”, promoviendo la elaboración de un listado de acciones que permitan contra-argumentar dicha afirmación:

tocar, acariciar los condones para comprobar que cada vez son más finos y suaves.

realizar verbalizaciones del tipo: “la intranquilidad y el miedo aún quitan más placer”, “me vuelve loca sentir tu condón en mi cuerpo”, “cuando usas condón aguantas más y yo disfruto mucho más”, etc., etc.

poner en cuestión frases del tipo: “a mí no me caben los condones, se me quedan a la mitad”, proponiendo juegos del tipo: hinchar un condón hasta que se haga tan grande que la propia cabeza cabría dentro.

- (d) Elaborar conjuntamente con los jóvenes listas con todas las ventajas y utilidades del condón que se les ocurran.
- (e) Identificar, para su análisis y comentario posterior, películas comerciales recientes en las que se incorpore con normalidad el uso del condón.

En relación a **aspectos globales**:

- (a) Analizar los modelos de belleza que se transmiten a través de los medios de comunicación y la forma en que influyen en la autoestima de las personas.
- (b) Analizar qué aspectos hacen que una persona resulte atractiva, evidenciando que la apariencia física es uno de ellos, pero no el único ni, muchas veces, el más importante.
- (c) Proponer al grupo que explicita lo que más le gusta de cada uno de sus miembros.
- (d) Poner en común listados elaborados anónimamente acerca de aquellos aspectos que los/las asistentes aceptan menos de sí mismos/as.

## 2. Habilidades

### A. CONTENIDOS

- (1) Habilidades en la adquisición de condones: dónde ir, con quién ir, cómo pedirlos, qué comprobaciones sanitarias realizar, etc.
- (2) Habilidades en la negociación para el uso del condón: quién lo lleva, en qué momento hablar del tema (antes de que “el

deseo” sea excesivo), qué decir para plantearlo, cómo decirlo, cómo llegar a acuerdos, qué decir luego para reforzar el hecho de haberlo usado.

- (3) Habilidades en la colocación y retirada del condón: cómo tenerlo a mano, cuándo colocarlo, cómo colocarlo para que no resulte cortante y sí erótico, caliente y placentero, cuándo retirarlo, dónde tirarlo, etc.
- (4) Habilidades para la negociación de prácticas sexuales no coitales: en qué momento hablar del tema (antes de que “el deseo” sea excesivo), qué decir para plantearlo, cómo decirlo, cómo llegar a acuerdos, qué decir luego para reforzar las prácticas realizadas.
- (5) Habilidades para incidir en el entorno: comunicación asertiva (respeto mis derechos y respeto los de los demás), cuando decir no (a una relación no deseada o aún no “negociada”), cómo decirlo, cómo reforzar la respuesta de aceptación del entorno.

## B. METODOLOGÍA

### (1) *General:*

- (a) Preguntar y observar a fin de detectar las pegas, dificultades, miedos y preocupaciones más relevantes, y empatizar con ellas.
- (b) Diseñar, a ser posible conjuntamente con los jóvenes, talleres de entrenamiento donde, con el asesoramiento del profesional, los/as jóvenes:
  - Identifiquen las escenas más temidas (ir a la farmacia, etc.) y las situaciones de mayor riesgo (aquellas en las que aún “teniéndolo claro” es fácil que se realicen prácticas de riesgo).

- Elaboren los guiones de los papeles que los personajes implicados suelen protagonizar en cada una de dichas escenas y situaciones.
- Realicen la escenificación correspondiente.
- Analicen lo observado y elaboren alternativas y conclusiones.

(2) *Específica:*

Sugerir algunos entrenamientos “en privado”. Por ejemplo, que los chicos se masturben alguna vez con un condón puesto; una situación en la que no “tienen que” quedar bien delante de nadie, se pueden permitir hacerlo mal y, por lo tanto, suelen estar mucho más tranquilos que cuando “tienen que” demostrar lo hábiles que son, delante de la pareja.

### 3. Recursos facilitadores

#### A. TEMAS

- (1) Accesibilidad de instrumentos preventivos (condones, métodos anticonceptivos, guías, folletos, etc.).
- (2) Accesibilidad de centros y programas (horarios, listas de espera, trato, etc.).
- (3) Profesionales como facilitadores.
- (4) Padres como facilitadores.

#### B. METODOLOGÍA

- (1) *Accesibilidad de instrumentos preventivos*
  - (a) Aumentar la accesibilidad real de los condones considerados como más fiables los que venden en las farmacias mediante

sesiones de trabajo con los farmacéuticos (dueños y empleados). Esto ayuda a identificar formas de aumentar el acceso de los jóvenes a la farmacia en general, y a los condones que en ella se venden, en particular: tipo de trato ofrecido, colocación más estratégica de los condones, etc.

- (b) Garantizar la calidad de los condones que ya les son más accesibles (los que se venden en bares, *pubs*, hipermercados, etc.) y posteriormente informarles exhaustiva y contundentemente acerca de la fiabilidad de los mismos.
- (c) Elaborar conjuntamente con grupos de jóvenes materiales educativos lúdicos, sensuales y divertidos, garantizando una posterior distribución que “llegue” a la población diana: lugares de reunión (bares, *pubs*), festivales musicales (Espárrago rock, etc.), macro-fiestas de fin de semana (de “bacalao” y otras), etc.

Algunas de las frases que se reproducen en el apartado de “resultados” de este estudio pueden orientar la elaboración de eslóganes, folletos, lemas, etc. Es preferible, no obstante, facilitar y promover que la población diana con la que trabaja cada profesional elabore su propio “listado de frases”.

## (2) *Accesibilidad de centros y programas*

Aumentar la accesibilidad del propio recurso-programa-intervención y de los propios profesionales: trámites, horarios, listas de espera, trato y, muy especialmente, confidencialidad. Sin olvidar que:

- “Trato” incluye el dispensado por el primer nivel de contacto con el usuario: administrativo/a, conserje, etc.
- Si la población diana no accede, en un primer momento, al recurso, es fundamental averiguar de primera mano (preguntándoles) las razones reales, antes de actuar en función de razones supuestas.

(3) *Los profesionales como facilitadores*

Capacitar (mediante sesiones de discusión y talleres de entrenamiento) a los profesionales (socio-sanitarios, educadores, etc.) para que puedan contactar con los jóvenes y facilitarles la información y formación necesarias de acuerdo con su rol profesional (Ver D.1. Información, actitudes, valores y creencias; y D.2. Habilidades).

(4) *Los padres como facilitadores*

Capacitar, mediante sesiones de discusión y talleres de entrenamiento - “escuelas de padres”, a los padres a fin de que se sientan capaces de facilitar la información y formación necesarias de acuerdo con su rol paternal (Ver D.1. Información, actitudes, valores y creencias; y D.2. Habilidades).

#### **4. Refuerzo para el mantenimiento de las conductas preventivas ya alcanzadas**

##### A. TEMAS

- (1) Respuesta del propio joven (auto-refuerzo)
- (2) Respuesta del medio (grupo de iguales, padres, profesionales socio-sanitarios, educadores, etc.)
- (3) Beneficios físicos y psicológicos (placer, comodidad, tranquilidad)

##### B. METODOLOGÍA

(1) *Respuesta del propio joven*

Promover talleres formativos donde los jóvenes puedan:

- (a) Entrenar técnicas de auto-refuerzo para utilizar, después de realizar prácticas “más seguras”: qué decirse, cómo, con qué pensamientos, con qué frases, etc.

- (b) Entrenar técnicas de auto-refuerzo, para utilizar en aquellas situaciones en las que el hecho de proponer “sexo más seguro” tiene como consecuencia el rechazo por parte de la pareja. A modo de ejemplo: darse mensajes del tipo: “entiendo que de entrada se lo tome a mal, pero si intento explicarle que mi interés por protegernos es una señal de amor precisamente, es muy probable que acabe por entenderlo”.

(2) *Respuesta del medio*

Promover talleres formativos donde los jóvenes puedan:

- (a) Entrenar técnicas de refuerzo “externo”, para utilizar después de que un igual (compañero, amigo) haya realizado prácticas “más seguras”: qué decirle, cuándo, cómo decírselo, con qué frases, etc.
- (b) Capacitar (mediante sesiones de discusión y talleres de entrenamiento) a los profesionales en contacto con jóvenes para que puedan reforzarles sus prácticas “más seguras” y eviten culpabilizarles por la realización de prácticas “menos” seguras.
- (c) Capacitar (mediante sesiones de discusión y talleres de entrenamiento - “escuelas de padres”) a los padres a fin de que se sientan capaces de reforzar a sus hijos/as la realización de prácticas “más seguras”.

(3) *Beneficios físicos y psicológicos*

Promover sesiones de discusión donde los jóvenes puedan:

- (a) Identificar los beneficios inmediatos que las conductas preventivas les ofrecen: placer, tranquilidad, comodidad, posibilidad de dejarse ir, de abandonarse, de jugar, descubrimiento de nuevas posibilidades de placer, mayor duración de los encuentros sexuales, etc.

- (b) Identificar los inconvenientes inmediatos que las conductas preventivas les evitan: arrepentimiento y agobio después de una práctica de riesgo, miedo, necesidad de estar pendiente, intranquilidad, etc.

A fin de lograr una mayor eficacia en el uso del refuerzo dirigido a conseguir el mantenimiento de conductas preventivas ya alcanzadas, es muy importante que dicho refuerzo (reconocimiento, placer, etc.) sea lo más inmediato posible a la conducta que se desea potenciar.

## **D. Comentarios finales**

A fin de facilitar a los lectores una aplicación lo más ágil e inmediata posible de los contenidos y metodologías sugeridas en el texto, se ofrecen a continuación 8 ideas clave en relación a:

- a) Conceptos fundamentales previos a la intervención.
- b) Estrategias concretas de implementación de acciones.

### **1. Aplicabilidad de contenidos y metodología**

Buena parte de los contenidos (temas, habilidades, etc.) que se proponen en este estudio y, desde luego, la mayor parte de las metodologías que se sugieren son aplicables a otros temas, a otros problemas y, en algunos casos, a otras poblaciones.

### **2. Cambios escalonados**

Los cambios pequeños son más fáciles de conseguir que los grandes. Además, el hecho de ir consiguiendo cambios aumenta la motivación, tanto del profesional como del joven, para afrontar retos mayores.

### **3. Umbral de cambios**

El ser humano tiene un “umbral de cambios” (el número de cambios que es capaz de asumir “a la vez”, “de golpe”). Sobrepassar dicho umbral suele provocar una negativa global a cualquier cambio. Es decir, el riesgo de pedir 3 cambios a la vez es no conseguir ninguno y, de paso, provocar la desmotivación del profesional y la del usuario, sea el propio joven, un familiar, o algún agente-clave del entorno.

### **4. Riesgo cero**

El riesgo cero prácticamente no existe. Los seres humanos han sido capaces de aprender a convivir saludablemente con el riesgo y conducen coches, vuelan en avión, escalan montañas, etc. El VIH/Sida significa un reto, también en este asunto: la única posibilidad de evitar totalmente el riesgo de infección por el VIH a través de las relaciones sexuales es no

practicarlas (pues incluso en las relaciones sexuales no coitales el riesgo no es cero... aunque, en algunos casos, está muy cerca). Es evidente también, que determinadas medidas “de seguridad” (uso correcto del condón, práctica de relaciones sexuales no coitales) disminuyen el riesgo. ¿Será el ser humano capaz de convivir saludablemente, también, con los riesgos que el VIH conlleva? ¿O se le va a pedir al VIH lo que no se le pide casi nunca a nadie ni a nada: el riesgo cero?

## 5. Gradación de riesgos

Quizá ha llegado el momento, también en sexualidad, de hablar de cómo gestionar los riesgos asociados. En este sentido, es muy importante tener clara cual es la gradación de riesgos cuando se habla de la prevención de la transmisión sexual del VIH/Sida. De igual modo que clarificar la gradación de riesgos en relación al consumo de drogas por vía parenteral está siendo de gran utilidad para disminuir los daños asociados a dicho consumo, probablemente una de las líneas de intervención más interesante para prevenir la infección por vía sexual del VIH y otras infecciones (en definitiva, para disminuir los daños asociados) va a ser aquella que empiece por clarificar la gradación de riesgos.

Una de las consecuencias graves de no clarificar esta gradación, es que los jóvenes puedan entrar en una peligrosa dinámica del “todo o nada” (toda la protección-ningún riesgo *versus* ninguna protección-todos los riesgos). Ello podría provocar que, en situaciones donde no se ha podido cumplir el todo, “se arroje la toalla” y no se intente cumplir, al menos, “un poco”. Un ejemplo ayudará a entenderlo mejor: Es muy difícil que un joven que no ha utilizado nunca condón en sus relaciones coitales consiga, de la noche a la mañana, utilizarlo siempre y en todas sus relaciones coitales. Si, al principio, lo utiliza una vez sí y otra no, por ejemplo, cabe considerarlo ya como un éxito, valorarlo como tal y reforzarlo. Si lo que se hace ante una situación como la descrita es culpabilizar al joven por lo que ha hecho “mal” olvidando la parte en que sí ha cumplido (“sólo está bien si está todo bien”), se corre el riesgo de que “arroje la toalla” y, por tanto, no cumpla nada a partir de ese momento.

Incluso, puede plantearse algún caso en que se considere como objetivo inicial a conseguir, alguno de los siguientes: a) que, de momento,

aunque no lo use, lo vaya a comprar a la farmacia, b) que cuando salga por la noche “de copas” lo lleve encima, etc.

A fin de facilitar la citada clarificación de riesgos, se propone a continuación, un listado orientativo en relación a prácticas sexuales concretas y riesgo de infección por el VIH (ver página siguiente):

## Listado orientativo

### a. Prácticas con riesgo “alto”:

- (1) Coito anal (pene-ano) sin condón; mayor riesgo para el receptor que para el insertor.
- (2) Coito vaginal (pene-vagina) sin condón; mayor riesgo para la receptora que para el insertor.

### b. Prácticas con riesgo “bajo”:

- (1) Felación (boca-pene) sin condón y con ingesta de semen.
- (2) *Cunnilingus* (boca-vagina) sin barrera.

### c. Prácticas con riesgo “muy bajo”:

- (1) Compartir juguetes sexuales sin barrera.
- (2) Coito anal (pene-ano) con uso correcto de condón.
- (3) Coito vaginal (pene-vagina) con uso correcto de condón.
- (4) Beso negro (boca-ano) sin barrera.
- (5) Felación (boca-pene) sin condón y sin ingesta de semen.

En a., b. y c. el riesgo aumenta si:

- En los genitales, hay presencia de otras enfermedades de transmisión sexual,
- La mujer que es VIH+ tiene la menstruación.

### d. Prácticas sin riesgo:

- (1) Besos húmedos (boca-boca).
- (2) Masturbación mutua.
- (3) Caricias por todo el cuerpo.
- (4) Masajes.
- (5) Besar la piel, el cuerpo.
- (6) Lamer la piel, el cuerpo.
- (7) Decir palabras, frases y expresiones “calientes”.
- (8) Mirar con deseo, con pasión.

## 6. Metodología adecuada para modificar conocimientos, actitudes y prácticas

La educación entre iguales y la facilitación de espacios de discusión y de aprendizaje activo aparecen como las líneas metodológicas probablemente más adecuadas para promover:

- a. la consolidación de los conocimientos ya adquiridos,
- b. la interiorización de nuevas actitudes y
- c. la adopción de prácticas más seguras aún no incorporadas.

## 7. Contenidos preventivos en medios de comunicación de masas

En relación a los medios de comunicación de masas sería interesante, visto el enorme éxito popular obtenido por series dramáticas de televisión producidas en Catalunya y Euskadi, la incorporación en las series que se produzcan (tanto a nivel de televisiones locales como autonómicas) de alguno de los contenidos preventivos que de este estudio se derivan. La presentación de situaciones realistas (modelos imperfectos que tienen miedos, temores, que a veces consiguen sus propósitos y otras veces no, etc.) permitiría, al hilo de una historia contada, la identificación necesaria para incorporar algunos de los conocimientos, creencias, valores y habilidades que en este estudio aparecen como fundamentales a la hora de promover la prevención del VIH/Sida.

## 8. Puntos fuertes y puntos débiles detectados

Es probable que la lectura de las propuestas aquí presentadas haya permitido identificar algunos “puntos fuertes” *de la intervención* que ya realiza el lector. Sería estupendo que se auto-reforzara por ello: “este es precisamente uno de los contenidos que más trabajo con los jóvenes”, “siempre que puedo hago actividades participativas de ese tipo”.

Paralelamente, es posible que también hayan sido detectados algunos “puntos débiles” *de los propios lectores* (lagunas de información, aspectos de formación a mejorar, etc). Esta identificación -que puede permitir la posterior elaboración de planes y proyectos de formación- constituiría, sin lugar a dudas, una de las consecuencias más destacables del presente estudio.

## **PARTE VI. BIBLIOGRAFÍA**

El objetivo que se pretende con la bibliografía citada es doble; por un lado, verificar la información planteada en el texto de esta publicación; y, por otra, profundizar en conceptos y aplicaciones de aspectos específicos del tema "Sida, sexualidad y jóvenes".

Con el fin de aumentar la utilidad de este apartado las referencias se han agrupado en 7 grandes bloques:

- A. MARCO TEÓRICO
- B. METODOLOGÍA
- C. VIH/Sida
- D. SEXUALIDAD
- E. JÓVENES, SEXUALIDAD Y VIH/Sida
- F. MATERIAL DIDÁCTICO SOBRE VIH/Sida
- G. MATERIAL DIDÁCTICO SOBRE SEXUALIDAD

#### A. Marco Teórico

Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 1977; 84:191-215.

Bayés R. *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

Berger P. Luckman T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1968

Bimbela JL. *Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud*. 3ª edición. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1996.

Bourdieu P, Chamboredon JC, Passeron JC. *El oficio del sociólogo*. Madrid: Siglo XXI, 1989.

Gilbert N, Specht H. *Planning for social welfare: issues, models and tasks*. Englewood Cliffs, New York: Prentice Hall Inc. 1977.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, California: Mayfield, 1980.

Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991.

Janz NK, Becker MH. The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*. 1984; 11:1-47.

Knox EG. *La epidemiología en la planificación de la atención a la salud*. 2ª edición. Méjico: Siglo XXI, 1987.

Nebot, M. Educación sanitaria ¿dónde estamos?. *Atención primaria*. 1992; 9(9):508-511.

Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria*. Barcelona: Masson, 1987.

Ross MW, Simon Rosser BR. Education and AIDS risks: a review. *Health Education Research*. 1989; 4(3):273-284.

Shaefer M. *Administración de programas de higiene del medio. Aplicación de la teoría de los sistemas*. Ginebra: OMS, 1975.

Winett RA, King AC, Altman DG. *Health Psychology and Public Health. An Integrative Approach*. New York: Pergamon Press, 1989.

## **B. Metodología**

Bardín L. *Análisis de contenido*. Madrid: Akal, 1986.

Bimbela JL, et al. *Plan de salud de la ciudad de Huelva*. Huelva: Ayuntamiento de Huelva, 1997.

Casabona J, (coord.). *Informe sobre la investigación epidemiológica en VIH/SIDA en España*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1996.

Canales M, Peinado A. Grupos de discusión. En: Delgado JM; Gutiérrez J. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis, 1994.

Conde F. Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativas y cualitativas. *REIS*. 1990; 51:91-117.

Conde F. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativas en el contexto de la historia de las ciencias. En: Delgado JM; Gutierrez J (comp.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales*. Madrid: Síntesis, 1994.

Debus M, Potter N. *Manual para la excelencia en la investigación mediante grupos focales*. Washington, D.C.: Healthcom, OPS. 1988.

Denzin N; Lincoln Y. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

Díaz Méndez, A. *Gestión sociocultural. La eficacia social*. Madrid: Comunidad Autónoma de Madrid, 1992.

Dockrell J., Joffe H. Methodological issues involved in the study of young people and HIV/AIDS: a social psychological view. *Health Education Research*. 1992; 7:509-516.

Giami, A., Dowsett, G. Social Research on sexuality: contextual and interpersonal approaches. *AIDS*. 1996; 10 (suppl A):191-196.

Huygens P, Kajura E, Seeley J, Barton T. Rethinking methods for the study of sexual behaviour. *Social Science and Medicine*. 1996; 42:221-231.

Ibañez, J. Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. En: García Ferrando, M. (comp.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1989.

Ibañez J. *El grupo de discusión: fundamento metodológico y legitimación epistemológica*. (El pluralismo en la investigación social: Ensayos típicos). Granada: Universidad de Granada, 1991.

Ibañez J. *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 1979.

Lupton D. Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian Journal of Public Health*. 1992; 16(2):145-149.

Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. En: García Ferrando M. (comp.). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid: Alianza Universidad Textos, 1989.

Pons I. *Programación de la investigación social* (Cuadernos Metodológicos; 8). Madrid: Centro Investigaciones Sociológicas, 1993.

Quinn-Patton M. *Qualitative evaluation and research methods*. Beverly Hills: Sage Publications, 1990.

Secker, J., Wimbush, E., Watson, J., Milburn K. Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality. *Health Education Journal*. 1995; 54:74-87.

Stall R, Ekstrand M. The quantitative and qualitative debate over "relapse" behaviour: comment. *AIDS Care*. 1994; 6:619-624.

Strebel, A. Prevention implications of AIDS discourses among South African women. *Aids Education and Prevention*. 1996; 4:352-374.

Watson, J.M. Male body images and health beliefs: a qualitative study and implications for health promotion practice. *Health Education Journal*. 1993; 25:246-252.

Wolcott H. *Writing up qualitative research* (Qualitative research methods; 20). Newbury Park: Sage Publications, 1990.

### C. VIH/Sida

Argos, L.. En 1996 se notificaron en España 2.000 casos de sida menos que el año pasado. *El País*, 5 de Febrero, 1997.

Basabe N, et al. (editores). *El desafío social del Sida*. Madrid: Fundamentos, 1996.

Bayés R. *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

Bimbela JL. Programa de Prevención del VIH/Sida de Barcelona. En: Valenciano L, Usieto R (eds.). *SIDA: Avances en el Tratamiento Médico y Psicosocial*. Madrid: CESA, 1994.

Blai, R de. *Disfruta la vida, evita la sida*. Barcelona: Icaria, 1989.

Campbell CA. Male gender roles and sexuality: implications for women's aids risk and prevention. *Soc. Sci. Med*. 1995; 2(41):197-210.

Carballo M, et al. *Guía counselling. Habilidades de relación con afectados VIH/Sida*. Madrid: Fundación Anti-Sida España (FASE) (en prensa), 1996

García F, March JC, Gómez I. El marketing social aplicado a la promoción del condón: una propuesta de intervención sobre grupos de riesgo de enfermedades de transmisión sexual. *Gaceta Sanitaria*. 1994; 8:169-179.

Henriksson, B. Risk factor love: The symbolic meaning of sexuality and HIV prevention. In: *AIDS in Europe- The behavioural aspect*, vol 2. Friedrich D., Heckmann W. Berlin: Edition Sigma, 1995.

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S., Thomson, R. AIDS: from panic stations to power relations. Sociological perspectives and problems. *Sociology*. 1990; 25:499-518.

Instituto Pasteur. *SIDA. Los hechos. La esperanza*. Barcelona: Fundación "la Caixa", 1993.

Lear, D. Sexual communication in the age of aids: the construction of risk and trust among young adults. *Soc. Sci. Med.* 1995; 9(41):1311-1323.

Lupton, D. *Moral threats and dangerous desires: AIDS in the News Media*. Londres: Taylor and Francis.

March JC, García-España F, Hernán M. Promover una sexualidad profiláctica aplicando el marketing social. En: Bimbela JL (ed.). *Sexualidad y salud* (RAPS; 4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.

Mendès-Leite R. The meaning of otherness: male homosexuality and imaginary protections. In: *AIDS in Europe- The behavioural aspect*, vol 2. Edited by Friedrich D, Heckmann W. Berlin: Edition Sigma, 1995.

Morris, K. US AIDS death falls for first time. *The Lancet*, 1997; 349:703.

Sherr, L. *AIDS and the Heterosexual Population*. Chur: Harwood Academic Publishers, 1993.

Sontag, S. *El Sida y sus metáforas*. Barcelona: Muchnik Editores, 1989.

Stein, Z.A. HIV prevention: the need for methods women can use. *American Journal of Public Health*, 1990; 80:460-462.

Thomas J. *Preservatiu. Manual d'ús*. Barcelona: Llibres de l'index, 1991.

Usieto R, De Andrés R, Cuberta F (comp.). *SIDA. Transmisión heterosexual del VIH*. Madrid: Centro de Estudios Sociales Aplicados, 1993.

Willing, C. "I wouldn't have married the guy if I'd have to do that": Heterosexual adult's constructions of condom use and their implications for sexual practice. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1995; 4:75-87.

WHO. *Global Programme on AIDS: The current global situation on the HIV/AIDS Pandemic*. Geneva: WHO, 1995

#### D. Sexualidad

Aranguren JL. *Erotismo y liberación de la mujer*. 2ª edición. Barcelona: Ariel quincenal, 1973.

Aries Ph, Béjin A (dir.). *Sexualités occidentales*. París: Ed. du Seuil, 1982.

Barragán, F. *La educación sexual. Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós, 1994.

Bimbela, JL. El modelo PRECEDE y su aplicación en el ámbito de la sexualidad y la promoción de la salud. En: Bimbela JL (ed.). *Sexualidad y salud* (RAPS; 4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.

Bruckner P, Finkielkraut A. *El nuevo desorden amoroso*. 4ª edición. Barcelona: Anagrama, 1989.

Calvo M. *La satisfacción sexual y el juego erótico* (Fin de Siglo). Madrid: Temas de Hoy, 1995.

Font P. *Pedagogía de la sexualidad*. Barcelona: Graó, 1990.

Foucault M. *La voluntad de saber* (Historia de la sexualidad, 1). Madrid: Siglo XXI, 1992.

Foucault M. *El uso de los placeres* (Historia de la sexualidad, 2). Madrid: Siglo XXI, 1992.

Foucault, M. *La inquietud de sí* (Historia de la sexualidad; 3). Madrid: Siglo XXI, 1993.

Giddens, A. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas* (Teorema). Madrid: Cátedra, 1995.

López, F. *Educación sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa, 1990.

Martín-Gaite C. *Usos amorosos de la posguerra española*. 4ª edición. Barcelona: Anagrama, 1987.

Michael RT, Gagnon JH, Laumann EO, Kolata G. *Sex In America. A definitive survey*. New York: Little, Brown and Company, 1994.

Nieto JA. *Sexualidad y deseo*. Madrid: Siglo XXI, 1993.

Spira A, Bajos N, Group ACSF. *Les comportements sexuels en France*. París: La documentation française, 1993.

Torres, J. Sexualidad y salud: tropelías y falacias. En: Bimbela, JL (ed.). *Sexualidad y salud* (RAPS; 4). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1995.

Ubillos, S. *Guía de educación sexual para jóvenes* (Contenidos; I). San Sebastián: Diputación Foral de Guipuzkoa, 1995.

Valcárcel, A. *Sexo y filosofía sobre mujer y poder*. Barcelona: Anthropos, 1991.

Vance, C. Antropology rediscovers sexuality: a theoretical comment. *Soc. Sci. Med.* 1991; 33(8):875-884.

Wellings K, Field J, Johnson AM, Wadsworth J. *Sexual behaviour in Britain*. London: Penguin Books, 1994.

### **E. Jóvenes, sexualidad y VIH/Sida**

Bayés R, Pastells S, Tuldrá A. Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*. 1995; 33:22-27.

Bayés R, Pastells S, Tuldrá A. Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios (2). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*. 1996; 39:24-31.

Bimbela JL, Zunzunegui MV, Díez E, Juárez O. SIDA y escuela. En: Hernán M, March JC, Villalbí JR (eds.). *Manual de promoción de salud en la escuela* (en prensa) Barcelona: Olalla. 1997.

Corrales D, Giraldo CV. *La sexualidad de los jóvenes en un mundo disonante, problemático y conflictivo*. Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Maestría en Salud Colectiva, Medellín, Colombia (sin publicar), 1996.

Carducci A, Frasca M, Grasso A, Terzi I, Avio C.M. AIDS related information, attitudes and behaviours among Italian male young people. *European Journal of Epidemiology*. 1995; 11:23-31.

- Delesderrier J, Dumont P, Gaberel P. Sexualité et préservatif chez les adolescents au temps du SIDA. *Medicine et Hygiene*. 1996; 54:673-679.
- Diclemente, RJ (ed.). *Adolescents and AIDS. A generation in jeopardy*. Newbury Park: Sage Publications, 1992.
- González, M (coord.), et al. *Adolescencia y sida*. Salamanca: Universidad de Vigo, 1993.
- Hingson, R.W., Strunnin, L., Berlin, B.M., Heeren T. Beliefs about AIDS, use of alcohol and drugs, and unprotected sex among Massachusetts adolescents. *American Journal of Public Health*. 1990; 80:295-299.
- Memon A. Young people's knowledge, beliefs and attitudes about HIV/AIDS: a review of research. *Health Education Research*. 1990; 5:327-335.
- Ordoñana JR, Gutiérrez JJ. *SIDA y adolescencia*. Murcia: Consejería de Sanidad, Dirección General de Salud, 1991.
- Páez, D. Análisis comparado de la conducta sexual y los factores de riesgo ante el VIH/SIDA en las poblaciones francófona y española. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 1995; 6:242.
- Regidor E, Barrio G, De la Fuente L, Rodríguez C. Impacto de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana en la mortalidad de los jóvenes en España. *Medicina Clínica*, 1995; 105:515.
- Rotheram-Borus M, Mahler K, Rosario M. AIDS prevention with adolescents. *AIDS Education and Prevention*. 1995; 7(3):320-336.
- Schaalma H, Kok G, Peters L. Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research*. 1993; 8:255-269.
- Oliva A, et al. *Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cuantitativo*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1993.
- Oliva A, et al. *Sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces. Estudio cualitativo*. Sevilla: Junta de Andalucía, 1993.
- Strunin L. Adolescent's perceptions of risk for HIV infection: implications for future research. *Soc. Sci. Med*. 1991; 32(2):221-228.

Urcelay A, Urturi M, Elizalde B, Zubía I, Villafranca E. Prevención del SIDA: consideraciones sobre un programa realizado con 12.000 adolescentes. *Jano*. 1991; 940:101-108.

Van der Pligt J, Richard R. Changing adolescent's sexual behaviour: perceived risk, self-efficacy and anticipated regret. *Patient Education*. 1994; 23:187-196.

Vega A, Lacoste J. *Niños, adolescentes y SIDA: problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro, 1995.

Westhoff W, McDermot R, Holcomb D. HIV risk behaviors: a comparison of U.S. hispanic and dominican republic youth. *AIDS Education and Prevention*. 1996; 8:106-114.

Woodcock AJ, Stenner K, Ingham R. (1992) Young people talking about HIV and AIDS: interpretations of personal risk of infection. *Health Education Research*. 1992; 7:229-247.

Wyn, J. Young women and sexually transmitted diseases: the issues for public health. *Australian Journal of Public Health*. 1994; 18(1):32-39.

## **F. Material didáctico sobre VIH/Sida**

Bimbela, JL. *Jóvenes, sida y placer* (vídeo y guía). Barcelona: Ariel Production, 1993.

(Pedidos: Escuela Andaluza de Salud Pública. Biblioteca. Ap. Correos 2070, 18080 Granada. Tel.: 958-161044. Fax: 958-161142)

Fundación Anti-Sida España (FASE). *Las siete respuestas claves al Sida* (vídeo y tríptico). Madrid: FASE, 1994.

(Pedidos: Juan Montalvo 6, 28040 Madrid. Tel.: 91-5361500)

Fundació La Caixa. *SiDA. Saber Ayuda* (Programa educativo). Barcelona: Fundació La Caixa, 1994.

(Pedidos: Via Laietana, 56, 08003 Barcelona. Tel.: 93-3027570)

Institut Municipal de la Salut. *PRESSEC. Programa prevenció sida desde la escuela secundaria* (Guía y vídeo). Barcelona: Institut Municipal de la Salut, 1995.

(Pedidos: IMS. Area Promoción de Salud. Pza. Lesseps, 1, 08023 Barcelona. Tel.:93-4150066)

Manuel A de, et al. *Catálogo de material didáctico sobre promoción de salud y VIH/Sida*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1996.

(Pedidos: Escuela Andaluza de Salud Pública. Unidad de Publicaciones Ap. Correos 2070, 18080 Granada. Tel.: 958-161044. Fax: 958-161142)

SIDA-STUDI. *Gigantes encantados* (Material pedagógico para el entrenamiento en el uso del condón). Barcelona: Sida-Studi, 1992.

(Pedidos: Sant Pere més Alt 17, 08003 Barcelona. Tel.: 93-2681484. Fax: 93-2682318)

### G. Material didáctico sobre sexualidad

Costa M, López E. *Manual para el educador social* (libro y vídeo). Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1991.

(Pedidos: Ministerio de Asuntos Sociales. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Calle Condesa de Venadito, 34, 28027 Madrid. Tel.: 91-3478124)

García, JL. *Colección de vídeos y guías educativas*. Pamplona: Editorial Medusa, 1992.

(Pedidos: Editorial Medusa. Ap. 3236, 31080 Pamplona. Tel.: 948-258652)

Harimaguada. *Colección de vídeos y guías educativas*. Las Palmas: Consejería Educación, Cultura y Deportes, 1994.

(Pedidos: Consejería de Educación, Cultura y Deportes. Dirección General de Ordenación e Innovación Educativa. C/León y Castillo, 57, 4º5ª, 35071 Las Palmas. Tel.: 928-367177)

Barragán, F. *Programa ITACA. Colección de vídeos y guías educativas*. Tenerife: Universidad La Laguna, Facultad de Educación, 1993.

(Pedidos: Universidad de La Laguna. Facultad de Educación. Campus Central, 38204 La laguna (Tenerife). Tel.: 922-603196. Fax: 922-603253)

Institut Municipal de la Salut. "¡De buen rollo!" (Vídeo y guía didáctica). Barcelona: Institut Municipal de la Salut, 1996.

(Pedidos: IMS. Servei de Promoció de la Salut. Pza. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. Tel.:93-4150066. Fax:93-2173197)

López, F. *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid: Siglo XXI, 1995.

Ubillos, S. *Recursos para diseñar un Programa de Educación Sexual* (Guía de educación sexual para jóvenes; II). San Sebastián: Diputación Foral de Guipuzkoa, 1995.

Urruzola, MJ. *Colección de vídeos y guías educativas*. Bilbao: Maite Cana, 19921.  
(Pedidos: Editorial Maite Canal. C/ Gabriel Aresti, 6, 6º 48004 Bilbao. Tel.: 94-4125553)

Para mayor información bibliográfica (incluyendo materiales didácticos y audiovisuales) y para información sobre oferta formativa en jóvenes y VIH/Sida:

Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP)  
Campus Universitario de Cartuja  
Apartado de Correos 2070  
18080 Granada  
Tel.: 958-16.10.44  
fax: 958-16.11.42

## APÉNDICES



**APÉNDICE I**  
**SEGMENTACIÓN DE LOS GRUPOS**  
**EDAD, GÉNERO, HÁBITAT, SITUACIÓN SOCIO-LABORAL**

<b>GRUPO</b>	<b>EDAD</b>	<b>GÉNERO</b>	<b>HÁBITAT</b>	<b>SITUACIÓN</b>
GRUPO 1	14-16	CHICOS	ALGECIRAS (CÁDIZ)	1º BUP
GRUPO 2	14-16	CHICAS	UTRERA (SEVILLA)	FP
GRUPO 3	14-16	CHICOS	UTRERA (SEVILLA)	FP
GRUPO 4	17-20	CHICAS	MÁLAGA	BUP
GRUPO 5	17-20	CHICOS	ARACENA (HUELVA)	BUP
GRUPO 6	17-20	CHICAS	ARACENA (HUELVA)	BUP
GRUPO 7	17-20	CHICOS	GRANADA	NO ESCOLARIZADOS PARADOS
GRUPO 8	21-24	MIXTO	LOJA (GRANADA)	ESCUELA TALLER
GRUPO 9	21-24	MIXTO	SEVILLA	UNIVERSITARIOS/AS
GRUPO 10	21-24	MIXTO	CÁDIZ	TRABAJADORES + EN PARO
GRUPO 11	21-24	MIXTO	GRANADA	UNIVERSITARIOS/AS

## APÉNDICE II

### GUIÓN-BASE PARA LA REALIZACIÓN DE LOS GRUPOS

#### Presentación

(ya están sobre la mesa las *Coca-Colas* y *Fantas*)

“Buenos días. Mi nombre es ..... y él/ella es.....”

Estamos hoy aquí como miembros del equipo de investigación que la Escuela Andaluza de Salud Pública y la Consejería de Salud han puesto en marcha para realizar un estudio en toda Andalucía respecto a los jóvenes y sus prácticas sexuales.

Por ello nos gustaría recoger vuestras opiniones, comentarios, sugerencias y dudas en relación al tema propuesto.

Si no os importa nos gustaría grabar esta reunión; a fin de que no se nos escape ningún detalle y poder ser muy fieles a lo que expreséis. Desde luego, os garantizamos la absoluta confidencialidad del material

#### *a. Instrucciones globales*

Para agilizar la reunión os damos a continuación algunas sugerencias que nos pueden ayudar a todos:

- (1) se trata de que habléis no con nosotros, si no entre vosotros, tal como os vaya apeteciendo, sin ningún orden especial.
- (2) evitad pisaros la palabra o hablar más de uno a la vez; porque sería difícil poder recoger luego todas esas opiniones.
- (3) yo sólo intervendré excepcionalmente y ...(nombre)... que está como observador/a y cuidador/a de la grabación, no lo hará en ningún caso.
- (4) la duración de esta reunión será de entre 1 1/2 y 2 horas; al final os daremos algunos obsequios que creemos pueden ser de vuestro agrado.

- (5) para empezar podríais presentaros, diciendo vuestro nombre de pila.  
(se presentan)
- (6) recordad que podéis opinar y explicar/contar tanto sobre vuestra experiencia propia como la de vuestros amigos y conocidos.

“Bien, ya podemos empezar.”

*b. Pregunta motor. Después de las instrucciones globales*

Si planteáramos un debate, una discusión sobre el tema de los jóvenes y las practicas sexuales... ¿qué nos diríais? ¿qué opinaríais?

Preguntas clave (de las que tenemos que obtener respuestas y opiniones)

- (1) ¿Qué *cambios* ha provocado el *Sida* en vuestras prácticas sexuales?
- (2) Cuando la gente tiene relaciones sexuales a veces lo hace *seguro* (sin riesgos) y a veces lo hace *inseguro* (con riesgos)  
¿Por qué?
- (3) En general ¿se *negocia* hacer sexo más seguro? ¿Cómo?
- (4) Si pudieseis ¿qué os gustaría *cambiar* en relación a vuestras prácticas sexuales y a *todo* lo que las envuelve?
- (5) Respecto al VIH/Sida ¿qué os gustaría *saber*? ¿Qué *dudas* gustaría resolver?

*c. Duración propuesta*

- (1) 1'30 h. Grupo de discusión (a partir Pregunta-motor)
- (2) 0'30 h. Grupo focal (formulando las preguntas clave no contestadas)

### APÉNDICE III

#### GUIÓN-BASE PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS

Cuatro preguntas clave:

- a. ¿Cuáles son las características generales de los jóvenes con los que mantiene contacto -y qué tipo de contacto?
- b. ¿Que prácticas sexuales observan en los jóvenes?
- c. ¿Qué opinión les merecen esas prácticas?
- d. ¿Qué hacen, formal o informalmente en relación a dichas prácticas?

## EL PROGRAMA DE PUBLICACIONES DE LA EASP

*El Programa de Publicaciones de la EASP es el producto natural del quehacer docente, de investigación y de asesoría de la institución.*

*La política de publicaciones de la EASP tiene como propósito: a) Difusión de conocimientos actualizados sobre la promoción de la salud; b) Difusión de conocimientos que promuevan y faciliten la cooperación técnica de la EASP con Andalucía y España y otros países; c) Desarrollo de la "memoria técnica" de la EASP mediante el registro e indización de su producto intelectual en forma de documentos científico-técnicos.*

*Para lograr los objetivos se pone énfasis en la selección y el balance de temas, el control de calidad del contenido de las publicaciones y la co-publicación con otras instituciones.*

*Los productos consisten en publicaciones de actualización de carácter técnico-general y de carácter técnico-especializado:*

*a. Serie de Monografías. Corresponden a obras específicas que contienen actualizaciones sobre temas relevantes. También hay monografías con información sobre recursos didácticos de promoción de salud, como es el caso de los Catálogos de material didáctico.*

*b. Serie de Documentos Técnicos. De contenido científico-técnico que versan sobre algún tema especializado.*

*c. Serie de Ponencias, Conferencias y Comunicaciones a Congresos y Jornadas.*

*d. Publicaciones CADIME. El Centro Andaluz de Información de Medicamentos (CADIME) elabora tres publicaciones periódicas: Boletín Terapéutico Andaluz, Monografías y Ficha de Novedad Terapéutica, y también edita y distribuye la Alerta de Farmacovigilancia que elabora el Centro Andaluz de Farmacovigilancia.*

*e. Serie Red de Actividades de Promoción de Salud. Se trata de una revista de idéntico título, de periodicidad anual, la cual reseña actividades y facilita contactos e intercambio de información entre los grupos constitutivos de la Red. Los números 4 y 5 se han dedicado a los temas de "Sexualidad y salud" y de "Sida y salud", respectivamente.*

*f. Publicaciones Misceláneas. Publicaciones no incluidas en las categorías anteriores.*

