

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO – EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA

ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERIA DE LEIOA

Trabajo Fin de Grado

VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA:
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EL
MANEJO DE LA INFECCIÓN

NAIARA FERNANDEZ CARBALLO

RESUMEN

Introducción. En la Comunidad Autónoma Vasca (CAPV) en los orígenes de la infección la principal vía de transmisión fue compartir material de inyección entre personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP). En los últimos años, la epidemiología de la infección ha cambiado y hoy, la principal vía de transmisión es sexual. Apenas existen estudios sobre los conocimientos, práctica y actitudes de la población vasca sobre el VIH.

Objetivo. Describir la evolución de los casos de la infección de VIH/SIDA en CAPV e identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo en el manejo de la infección.

Metodología. Estudio descriptivo transversal basado en datos secundarios. Se utilizaron los datos de Plan del Sida del Departamento de Salud de la CAPV y la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (2003). Los análisis fueron descriptivos y desagregados por sexo.

Resultados. Los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA en la CAPV están descendiendo, aunque se ha encontrado inconsistencia en el uso del preservativo y conocimientos inadecuados sobre la transmisión y la prevención del VIH/SIDA, así como, actitudes discriminatorias hacia las personas que están viviendo con el VIH/SIDA.

Conclusiones. Los hallazgos requieren de medidas de promoción de salud en la población vasca para aumentar la percepción de riesgo, reducir el estigma y la discriminación y mejorar los conocimientos sobre el VIH. Medidas que pueden contribuir, a reducir el retraso en el diagnóstico de la infección, y el número de infecciones por VIH, todavía mayores que en los países de la Unión Europea.

Palabras Clave: Infección VIH. Sida. Conocimientos. Actitudes. Hábitos sexuales.

INDICE

1. INTRODUCCION.....	1
2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA	5
2.1. Hipótesis	5
2.2. Objetivos	5
2.3. Metodología	6
3. RESULTADOS	7
3.1. Evolución del VIH y del SIDA transmitido sexualmente en la Comunidad Autónoma País Vasco.....	7
3.2. Características sociodemográficas, de salud, de hábitos sexuales y de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH en la población vasca	10
4. DISCUSIÓN.....	16
5. CONCLUSIONES.....	18
6. BIBLIOGRAFIA.....	19

1. INTRODUCCION

La epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) comenzó en 1981, el 5 de junio se describieron los primeros casos de Sida en EEUU y, desde entonces, la infección por VIH ha constituido uno de los mayores retos de nuestra sociedad en los niveles científico, sanitario, social y político (Gorostiza et al., 2013). El VIH fue aislado por primera vez en 1983, y caracterizado posteriormente como un virus de la familia de los retrovirus humanos y de la subfamilia de los lentivirus. Pronto, también, se identificaron las vías por las cuales el virus se transmitía, la vía sexual (considerada la principal vía de transmisión), la vía parenteral (en personas usuarias de drogas que comparten material de inyección y en transfusiones de sangre y hemoderivados) y vía la materno fetal (durante el embarazo, el parto y la lactancia) (Moreno, 2010).

El VIH, es el agente causante de la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), debido a su capacidad para destruir un tipo de linfocitos T, los CD4, principales directores de las defensas inmunitarias. Como consecuencia de la supresión y destrucción progresiva del sistema inmune, las personas ven aumentado el riesgo de contraer infecciones oportunistas y neoplasias y finalmente se llega a producir la muerte (Moreno, 2010; Fuster, 2011). A lo largo del tiempo, han sido diversos los criterios para determinar la enfermedad de SIDA y actualmente es tener menos de 200 CD4 por microlitro de sangre (Carnicer-Pont et al., 2011). Se considera que una persona está viviendo con el VIH (PVVS) cuando el virus ha entrado en el organismo. A partir de ahí, pasa por diferentes fases, desde la asintomática hasta la de SIDA (Carnicer-Pont et al., 2011). Hasta mediados de la década de los 90 no existía un tratamiento capaz de controlar la evolución de la infección por el VIH. La aparición de nuevas familias de fármacos y su uso en combinación, significaron un cambio radical, hablando hoy de una enfermedad crónica (Gorostiza et al., 2013).

Durante los primeros años de la epidemia, el mayor número de casos se localizó en cuatro zonas geográficas bien delimitadas EEUU, Europa Occidental, Caribe y África Ecuatorial, especialmente el Zaire, aunque, rápidamente se expandió por todo el mundo. Según los datos de ONUSIDA (2012), el VIH/SIDA continúa siendo un importante problema de salud pública, con 33,3 millones de personas

en el mundo afectadas y 1,8 millones de defunciones en el último año registrado. Anualmente se producen más de 7.000 nuevas infecciones, el 41% en jóvenes de entre 15 y 24 años (ONUSIDA, 2012). Entre el 75% y el 80% de las infecciones por VIH ocurren como consecuencia de una relación sexual no protegida, y un tercio de los casos tiene lugar al mantener relaciones heterosexuales (ONUSIDA, 2012).

En la Comunidad Autónoma Vasca (CAPV), el primer caso de VIH se registró en 1984 y, en la década de los años noventa los casos de VIH/SIDA llegaron a su punto más alto, con alrededor de 500 nuevos casos anuales de SIDA, lo que situó a la CAPV entre las comunidades autónomas con un mayor número de personas afectadas junto con Madrid, Cataluña, y Andalucía (Plan de SIDA e ITS, 2012; Bermúdez, 2009). Durante las dos primeras décadas de la epidemia, la principal vía de transmisión del VIH fue compartir material de inyección entre personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP), convirtiendo a este mecanismo de transmisión en el responsable de más de dos tercios de los casos (Plan de SIDA e ITS, 2010). La mayoría de estas personas eran jóvenes y sexualmente activas, lo que dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal. En los comienzos de los años noventa, ya se habían producido más de 100.000 infecciones por el VIH, y la mortalidad llegó a ocupar el primer lugar entre las principales causas de años potenciales de vida perdidos tanto en la CAPV como en el Estado (Plan de SIDA e ITS, 2010). Esta situación determinó que los principales esfuerzos, desde las políticas públicas, se enfocaran hacia el desarrollo de actividades preventivas, asistenciales y sociales en este colectivo (programas de intercambio de jeringuillas y preservativos, programas de asistencia social de baja exigencia y las salas de inyección segura), lo cual junto con la extensión de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, supuso que las nuevas infecciones comenzaran a disminuir en este colectivo (Plan de SIDA e ITS, 2010). El VIH, también, se extendió en estas primeras décadas entre el colectivo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aunque con una propagación menos abrupta y dio lugar al desarrollo de campañas específicas de prevención del VIH dirigidas al cambio de conductas sexuales entre las personas (Plan de SIDA e ITS, 2010).

En los últimos años, el patrón epidemiológico del VIH ha cambiado y la vía sexual ha pasado a convertirse en el principal mecanismo de transmisión, de

forma que el VIH/SIDA se asimila, hoy en día, a una enfermedad de transmisión sexual (Zulaika et al., 2004; Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España, 2012). Desde el inicio de la epidemia, la combinación de estrategias de prevención, de reducción de riesgos y daños, de vigilancia epidemiológica, de diagnóstico y de tratamiento ha llevado a que los casos notificados de VIH/SIDA en el año 2012, hayan descendido un 68% respecto al año 1997. Aunque éstos aún siguen siendo elevados y, más altos que los notificados en la Unión Europea, que presentó una tasa de incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes de 5,8, y de 6,4 en la CAPV (Plan de Sida y otras ETS, 2012).

A pesar de los cambios producidos, tanto en la CAPV como en el resto del estado, con una notable disminución de los casos de infección por el VIH atribuidos a UDVP y un aumento relativo de los casos cuya vía de transmisión son las relaciones sexuales, existe todavía un alto porcentaje de diagnósticos tardíos o retrasos diagnósticos de infección por el VIH (Moreno, 2010). El diagnóstico tardío es considerado cuando transcurren 12 meses o menos entre el diagnóstico de VIH y el desarrollo de alguna enfermedad indicativa de Sida o bien tener un número de linfocitos CD4 menor de 350/ml y, constituye un problema importante para la disminución de la transmisión del virus y el control de la epidemia (Carciner-Pont et al., 2011; Moreno, 2010; Garcia et al., 2009). Así, en 2010 se notificaron en España 2.907 nuevos casos de VIH, 88,5 casos por millón de habitantes (82% hombres, con una edad media 37 años) la forma de transmisión mayoritaria fue entre hombres que tienen sexo con hombres (46,1%), seguida de la heterosexual (33,1%) y de las personas UDVP (5,9%). Se estima que en España, unas 120.000 personas viven actualmente con el VIH y que alrededor del 30% de estas personas no lo saben, cifras similares se recogen en la CAPV y en el resto de Europa (Marks et al., 2006; Carnicer et al., 2011; Gorostiza et al., 2013). El retraso diagnóstico, tiene consecuencias negativas, tanto individuales, como de salud pública (García San Miguel et al., 2009). Por una parte, las PVVIH con un estadio avanzado de inmunosupresión presentan peor respuesta al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) y tienen mayor riesgo de presentar Sida o muerte (Jaén et al., 2008). Por otro lado, desde la perspectiva de salud pública, la probabilidad de transmitir el VIH es 3,5 veces mayor que cuando conoce el estado serológico ya que no se adoptan comportamientos de menor riesgo y no se tiene el beneficio de iniciar TARGA de forma temprana (Marks et al., 2006).

En el momento actual, tenemos que en contraste con los progresos terapéuticos, los esfuerzos en lograr un diagnóstico precoz no han sido suficientes y han sido más limitados, todavía, en el área de la prevención. La efectividad de las nuevas terapias antirretrovirales y la facilidad de acceso a ellas se apuntan como elementos claves en la disminución de la percepción de riesgo frente a la infección, lo que conlleva la no adopción de comportamientos sexuales seguros. Sin una vacuna eficaz, la prevención continúa siendo clave para frenar la expansión de la pandemia. Los avances en la prevención se consiguen modificando costumbres y fomentando hábitos con menor riesgo de infección (Signorelli et al., 2006). Los expertos consideran que para ello es útil mejorar los conocimientos de la población general sobre esta enfermedad, que todavía son escasos, especialmente en el conocimiento de la población general sobre la infección (Chocarro et al., 2008).

La Atención Primaria de Salud, es el primer nivel asistencial y prácticamente el 95% de las personas acuden en alguna ocasión en un plazo de cinco años. Además su naturaleza longitudinal, proporciona múltiples oportunidades para que el profesional médico y de enfermería intervengan a lo largo del tiempo sobre los factores de riesgo y los estilos de vida en la población general (Hernandez, 2001). Ningún otro nivel asistencial está en mejor disposición para poder valorar el estado de salud de la persona en su globalidad y cuáles son las medidas prioritarias a tomar en cada situación particular. En España, la Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) puso en marcha el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS) con el fin de orientar y facilitar la integración de dichas actividades en la práctica clínica y entre estas medidas se encuentra el consejo sanitario sobre Sida (Departamento de sanidad del Gobierno Vasco, 2002 y 2007). Además, en la Atención Primaria, se realizan la mayor parte de las serologías de VIH por lo que, entre otras razones, se considera el lugar idóneo para introducir las modificaciones oportunas para mejorar el abordaje de esta epidemia (García San Miguel et al., 2009). El primer paso para priorizar aquellas estrategias que mejoren la prevención del VIH y la promoción de hábitos sexuales saludables, resulta fundamental identificar las prácticas, conocimientos y actitudes de las personas que pueden ponerles en riesgo de adquirir el VIH y de ahí que se planteará la realización de este trabajo.

2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA

2.1. Hipótesis

Existen evidencias, nacionales e internacionales sobre el descenso, en los últimos años, en el número de infecciones por VIH, aunque con gran variabilidad en las diferentes regiones del mundo. A esta situación ha contribuido tanto el desarrollo de nuevos tratamientos antirretrovirales, como el acceso a ellos. Esta aparente mejora de la situación de la infección por VIH/SIDA puede estar llevando a una disminución de la percepción de riesgo en la población y por lo tanto a la no necesidad de adoptar medidas preventivas. Así comprender la epidemiología de la infección por VIH/SIDA, determinar cuáles son los conocimientos que influyen en la adopción de prácticas preventivas en las relaciones sexuales y cuál es la percepción del riesgo de infección resultan ser elementos clave para planificar la promoción de conductas sexuales saludables. De que la población adopte o no conductas sexuales saludables dependerá el futuro de la epidemia en nuestro país. Dada la relevancia social y sanitaria de la infección por VIH/SIDA y la ausencia de trabajos realizados desde esta perspectiva en la CAPV se considera pertinente realizar este estudio. Las hipótesis principales de las que partió este trabajo fueron:

1. Se ha producido un descenso en los casos de infección por VIH/SIDA en los últimos años.
2. Los conocimientos sobre las vías de transmisión y los métodos de prevención en la población vasca son todavía inadecuados para el manejo de la infección por VIH/SIDA.
3. Se mantienen en la población vasca conductas sexuales que suponen riesgo de infección por VIH/SIDA
4. Persisten en la sociedad vasca actitudes de discriminación hacia las personas viviendo con VIH/SIDA.

2.2. Objetivos

El objetivo general de este trabajo es describir la evolución de los casos de la infección de VIH/SIDA en la Comunidad Autónoma Vasca e identificar los

conocimientos, las actitudes y las prácticas de riesgo en el manejo de la infección en la población vasca. Para la consecución de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir la evolución de los casos de infección de VIH/SIDA transmitidos sexualmente.
2. Identificar los conocimientos sobre las vías de transmisión y los métodos de prevención de la infección por VIH/SIDA.
3. Identificar conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA
4. Identificar las actitudes hacia las personas que están viviendo con el VIH/SIDA.

2.3. Metodología

En este trabajo se describe la evolución de los casos de VIH/SIDA transmitidos sexualmente, así como los conocimientos, las actitudes y las prácticas en el manejo de la infección por VIH/SIDA en la población vasca.

Para ello se diseñó un estudio descriptivo transversal, a partir de fuentes de datos secundarias. Las bases de datos utilizadas han sido las siguientes:

- *Plan del Sida del Departamento de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca*: Se analizaron los datos de todos los nuevos diagnósticos notificados en la CAV de Sida desde el año 2008 hasta el año 2012. El diagnóstico tardío queda definido como la presencia de una cifra de CD4 inferior a 350 células/ μ l en la primera determinación tras el diagnóstico de la infección por VIH.
- *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) 2003*. Es la única encuesta realizada en todo el territorio del estado sobre hábitos sexuales. Se trata de una encuesta realizada por muestreo a una muestra de la población de 18 a 49 años de edad residentes en viviendas familiares principales. La EHS, recoge información sobre las características sociodemográficas, los estilos de vida, la experiencia sexual, así como sobre la salud sexual, la prueba del VIH y los conocimientos, actitudes y opiniones sobre la infección por VIH. Para el diseño muestral se utilizaron muestras independientes para cada comunidad autónoma y se utilizó un

muestreo estratificado bietápico. La selección de personas se realizó con igual probabilidad mediante muestreo sistemático con arranque aleatorio. La muestra total ascendió a 13.600 personas. En este trabajo se ha utilizado la muestra correspondiente a la CAPV cuyo tamaño muestral fue de 1.061 personas (514 hombres y 501 mujeres). Un mayor detalle de las características metodológicas de esta encuesta puede consultarse en la página web del Instituto Nacional de Estadística (INE).

- *Instituto Vasco de Estadística (Eustat)*. Se recogieron los datos de población total en la CAPV en el periodo de 2008 hasta el 2012.

Para el análisis de los datos, en algunas ocasiones se utilizó la información previamente elaborada por los organismos encargados de las fuentes de datos y en otros casos se realizó un análisis específico para el presente trabajo como el cálculo de las tasas de incidencia de VIH y SIDA. Esto ha hecho que los análisis se hayan visto condicionados por las características de las propias fuentes. Así, aunque en todos los casos los resultados se presentan desagregados por sexo, la edad se presenta en algunos casos para el grupo de 18 a 49 años y por intervalos en otras debido a la relevancia de la información.

3. RESULTADOS

Se describe a continuación la situación en la CAV de los casos notificados de VIH/SIDA cuya vía de transmisión ha sido la sexual y su evolución en el periodo, de 2008 a 2012. Posteriormente, se describirán los conocimientos sobre las vías de transmisión y los métodos de prevención así como las conductas sexuales de riesgo para la infección del VIH/SIDA en las personas de la CAPV. Finalmente, se describirán las actitudes hacia las personas viviendo con VIH/SIDA.

3.1. Evolución del VIH y del SIDA transmitido sexualmente en la Comunidad Autónoma País Vasco

La Tabla 1 recoge los nuevos diagnósticos de VIH transmitidos por vía sexual en la CAV realizados entre los años 2008 y 2012 en hombres y mujeres. El número total de nuevos diagnósticos ha ido disminuyendo en el periodo estudiado pasando de 164 en el año 2008 a 139 en el 2012. Sin embargo, este descenso en los nuevos diagnósticos solo se produce entre los hombres y las mujeres

heterosexuales, ya que entre los HSH los nuevos diagnósticos han ido progresivamente aumentando pasando de 62 en el año 2008 a 79 en el 2012.

Tabla 1. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH, transmitidos por vía sexual en el País Vasco, según sexo (2008-2012)

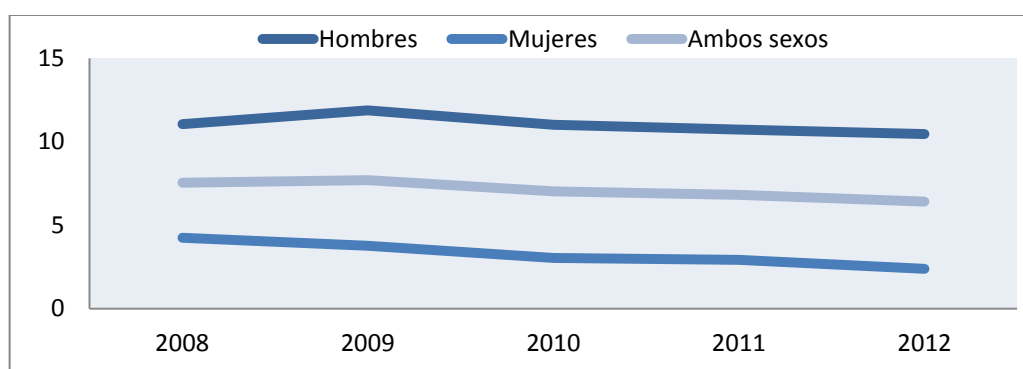
	Heterosexual		*HSH	TOTAL
	Hombre	Mujer		
2008	55	47	62	164
2009	57	42	69	168
2010	43	34	74	151
2011	42	33	73	148
2012	33	27	79	139
	N=230	N=183	N=357	N=770

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Plan de SIDA de la CAPV (2008-2012)

*HSH: Hombres que mantienen sexo con hombres

Si nos fijamos en la evolución de las tasas de incidencia del VIH transmitido sexualmente en la CAV, se puede comprobar una ligera tendencia descendente global (Gráfico 1). Los hombres mantienen una tasa de incidencia superior al de las mujeres. Además, el descenso en las mujeres ha sido mayor, en proporción con los hombres desde el 2008 hasta el 2012.

Gráfico 1. Tasa de incidencia de VIH, transmitidos por vía sexual en la Comunidad Autónoma Vasca por 100.000 habitantes, según sexo (2008-2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Plan de SIDA de la CAPV (2008-2012)

La Tabla 2 recoge la distribución de los nuevos diagnósticos transmitidos sexualmente en la CAPV durante los años 2008 a 2012. Se puede comprobar que los nuevos diagnósticos de SIDA son menos que los de por VIH. Aunque la trayectoria de los nuevos diagnósticos de SIDA es bastante irregular, la tendencia es descendente. Como ocurre con la infección por VIH, los nuevos diagnósticos de SIDA también son mayores en el grupo de los hombres que en las mujeres. Dentro del grupo de hombres, más de la mitad de los nuevos diagnósticos se producen en el colectivo de HSH.

Tabla 2. Distribución de los nuevos diagnósticos de SIDA transmitidos por vía sexual en el País Vasco según sexo (2008-2012)

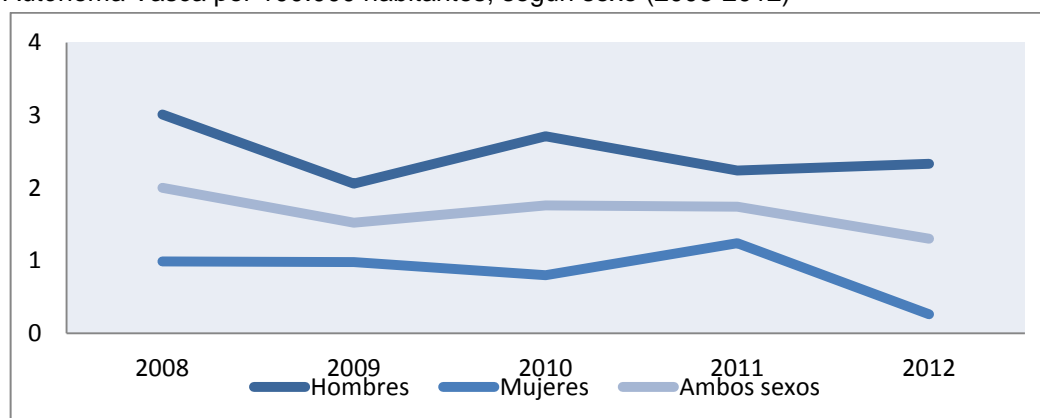
	Heterosexual		*HSH	TOTAL
	Hombres	Mujeres		
2008	21	11	11	43
2009	14	9	8	31
2010	18	9	11	38
2011	13	14	11	37
2012	10	3	15	28
	N=76	N=46	N=56	N=178

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Plan de SIDA de la CAPV (2008-2012)

*HSH: Hombres que mantienen sexo con hombres

Las tasas de incidencia del SIDA de transmisión sexual también muestran una tendencia descendente tanto en hombres como en mujeres (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tasa de incidencia de SIDA, transmitidos por vía sexual, en la Comunidad Autónoma Vasca por 100.000 habitantes, según sexo (2008-2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Plan de SIDA de la CAPV (2008-2012)

3.2. Características sociodemográficas, de salud, de hábitos sexuales y de conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH en la población vasca

Los datos sociodemográficos de las personas de la muestra analizada se recogen en la Tabla 3. Los hombres representan el 51,6% de la muestra y las edades menores o iguales de 25 años representan cerca del 25% de la muestra. La proporción de personas solteras fue diferente según el sexo (el 52,1% de los hombres frente a 40,6% de las mujeres). La situación de divorcio, separación o viudedad fue mayor entre las mujeres (5,5% frente al 2,9% de los hombres).

Tabla 3. Distribución de las características sociodemográficas, según sexo 2003.

	Hombres N=534	Mujeres N=501
<i>Edad (años)</i>		
<25	24,5	23,1
25-34	33,2	31,3
> 35	42,3	45,6
<i>Estado civil</i>		
Soltero	52,1	40,6
Casado	45,0	53,9
Separado/divorciado/viudo	2,9	5,5
<i>Estudios</i>		
Primarios	24,1	24,6
Secundarios	57,7	51,9
Universitarios	18,2	23,5
<i>Situación laboral (últimos 12 meses)</i>		
Trabajando	69,8	60,6
Estudiante	23,9	13,0
En paro	4,5	9,3
Buscando 1º empleo	1,7	1,8
Labores de hogar	0,1	15,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales, 2003

El 24% de las personas refirieron tener estudios primarios y más del 50% tener estudios secundarios, sin apenas diferencias en estos niveles de formación según sexo. Estudios universitarios fueron referidos en mayor proporción por las mujeres (el 23,5% de las mujeres frente a 17,2% de los hombres).

En relación a la situación laboral, algo más del 60% de la muestra analizada estaba trabajando, estaban estudiando el 23,9% de los hombres y el 13% de las mujeres. La situación de desempleo de las mujeres duplicaba a la de los hombres (9,3% en las mujeres frente al 4,5% en los hombres). Asimismo, el 15,3% de las mujeres refieren dedicarse a las labores del hogar.

Las características de la salud sexual y de hábitos sexuales de la muestra analizada se recogen en la Tabla 4. Hay que tener en cuenta que en este estudio se considera relación sexual toda aquella en la que se ha mantenido penetración vaginal, anal u oral del órgano masculino independientemente de si hubo orgasmo o no. Según se recoge en la tabla alrededor del 10% de los hombres y el 5% de las mujeres iniciaron sus relaciones sexuales con 15 años o menos. Más del 50% refirió haber iniciado sus relaciones sexuales entre los 16 y 19 años. El 36,3% de los hombres y el 45% de las mujeres refirieron haber iniciado sus relaciones sexuales a partir de los 20 años.

Respecto al número de parejas sexuales a lo largo de la vida, se puede observar que existen diferencias entre los hombres y las mujeres. Así, la mitad de las mujeres afirmaron haber tenido una única pareja a lo largo de la vida, mientras que un 24,8% de los hombres refirieron esa situación. Por otra parte, el 38,8% de los hombres y el 23,3% de las mujeres estudiadas afirmaron haber tenido entre 3 y 9 parejas a lo largo de la vida. Un número superior a 10 parejas fue referido por el 21,8% de los hombres y por el 3,6% de las mujeres.

Las diferencias entre hombres y mujeres, también se pueden observar en el número de parejas ocasionales en el último año. Mientras que un 92,3% de las mujeres afirma no haber tenido ninguna pareja ocasional en el último año, casi un 21% de los hombres afirma si haberlas tenido. Por otra parte, la proporción de hombres que han pagado alguna vez por tener relaciones sexuales fue del 28,7% y, además, un 7,4% declaró haber pagado por las relaciones sexuales en el último año.

El uso del preservativo la primera vez que se tienen relaciones sexuales es referido por algo más de la mitad de los hombres y de las mujeres estudiadas (54,7% de los hombres y 58% de las mujeres). Sin embargo, el uso del preservativo desciende, en los hombres y en las mujeres en la última relación

sexual. También, es destacable que la utilización del preservativo con las parejas ocasionales sea referida en torno al 60% en ambos sexos.

Tabla 4. Distribución porcentual de las características relacionadas con la salud sexual, según sexo, 2003.

	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Edad de inicio de las relaciones sexuales			
<14	3,2	0,4	1,8
14-15	8,2	4,2	6,2
16-17	25,4	17,3	21,4
18-19	27,0	33,0	30,0
>20	36,3	45,0	40,5
Número de parejas en la vida			
1	24,8	50,1	37,6
2	14,6	22,9	18,8
3-4	22,5	20,0	21,2
5-9	16,3	3,3	9,7
>10	21,8	3,6	12,6
Ha tenido parejas ocasionales en el último año			
Si	20,9	7,7	14,4
No	79,1	92,3	85,6
Ha hecho uso de la prostitución			
Alguna vez en la vida	28,7	-	-
En el último año	7,4	-	-
No	63,9	-	-
Ha usado el preservativo			
En la primera relación sexual	54,7	58,0	56,3
En la última relación sexual	48,2	39,6	44,0
Con las parejas ocasionales	59,5	60,6	59,9
En la última relación con prostitución	83,8	-	-
Ha sido Diagnosticado de alguna ETS			
Si	4,7	4,2	4,4
No	95,3	95,8	95,6
Ha realizado la de la prueba del VIH			
Si	36,9	34,5	35,7
No	63,1	65,5	64,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003.

El 4,7% de los hombres y el 4,2% de las mujeres que ha tenido relaciones sexuales afirmaron haber sido diagnosticado de alguna infección de transmisión sexual. Entre la población objeto de estudio (36,8% de los hombres y el 34,5% de las mujeres) se habían hecho en alguna ocasión la prueba del VIH.

La Tabla 5 recoge los *conocimientos sobre el VIH* que la población vasca entrevistada tiene. Respecto a los conocimientos sobre las vías de transmisión, en general se puede observar que prácticamente la totalidad de las personas conocen que el VIH puede transmitirse a través de la vía sexual y, esta afirmación, es prácticamente igual de frecuente en los hombres (97,8%) que en las mujeres (98,5%). Algo más baja es la proporción de personas que cree que también el VIH se puede transmitir por vía sanguínea (90%). Un 37,6% de las personas (el 34,9% de los hombres y el 40,4% de las mujeres) señala que el VIH puede transmitirse al donar sangre. Todavía el 17,2% afirma que el VIH puede transmitirse por la picadura de un mosquito. La creencia errónea de que el VIH puede transmitirse por contacto social (en los lavabos públicos) es referida por el 6,5% de las personas, sin apenas diferencias entre hombres y mujeres.

Tabla 5. Distribución porcentual de los conocimientos sobre los mecanismos de transmisión y los métodos de prevención del VIH según sexo, 2003.

	Hombres N=534	Mujeres N=501	Ambos sexos N=1.061
Conocimientos sobre la transmisión			
A través de relaciones sexuales	97,8	99,1	98,5
Al recibir sangre	90,3	90,7	90,5
Al donar sangre	34,9	40,4	37,6
Por picadura de mosquito	15,4	15,2	15,3
En los lavabos publico	6,3	6,7	6,5
<i>VR de conocimiento adecuado de la transmisión</i>	17,1	15,9	16,5
Conocimientos sobre la prevención			
Usar un preservativo masculino	97,5	97,4	97,4
Preguntar a la pareja por su pasado sexual	39,2	43,8	41,5
Pedir un test de SIDA a la pareja	73,9	73,5	73,7
Hacerse la prueba del VIH con frecuencia	59,5	55,1	57,3
Lavarse después de las relaciones sexuales	18,1	18,5	18,3

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003.

Si se define que el conocimiento correcto de los mecanismos de transmisión del VIH es el que tienen las personas que han identificado correctamente cómo no se transmite el VIH (en los lavabos públicos, por picadura de mosquito y por donar sangre) y que además han respondido que el VIH se puede transmitir por vía sexual y a través de la sangre entonces únicamente el 16,5% de la población vasca estaría adecuadamente informada.

En cuanto a los conocimientos sobre la prevención del VIH, en general se puede observar que la mayoría de los hombres y de las mujeres reconocen el preservativo como método de prevención de la infección. Sin embargo, aún es elevado el porcentaje de personas que cree que se protegen del riesgo de la infección del VIH cuando piden la prueba del Sida a la pareja (73,7%), preguntan a las parejas por su pasado sexual (41,5%) o se hacen la prueba del VIH con frecuencia (57,3%). Además el 18,3% de personas considera que lavarse después de las relaciones sexuales son respuestas para prevenir el VIH.

Las conductas sexuales de riesgo quedan recogidas en la tabla 6. En ella podemos observar que un 60,64% de las personas que habían referido tener parejas sexuales ocasionales, habían usado siempre el preservativo, sin observarse diferencias por sexo (59,8% en hombres y 59,8% en mujeres). El 83,8% de los hombres utilizó el preservativo la última vez que mantuvo relaciones sexuales con una persona que ejercía la prostitución. En cuanto a las opiniones sobre el preservativo mayoritariamente la opinión es que éste es seguro (89%) sin apenas diferencias entre sexos. Sin embargo las mujeres (60,5%) defienden en mayor proporción que los hombres (43,4%) el aumento del disfrute como consecuencia de la seguridad que el preservativo proporciona. La relación ente el preservativo y la disminución del deseo sexual es referido por el 35% de las personas. Asimismo, la opinión de que el uso del preservativo crea desconfianza en la pareja es referida por el 10,5% de los hombres y el 7,6% de las mujeres.

Tabla 6. Distribución porcentual de las conductas sexuales de riesgo, según sexo, 2003.

	Hombres N=534	Mujeres N=501	Ambos sexos N=1.061
Uso del preservativo con parejas ocasionales			
Siempre	59,8	60,64	59,88
No siempre	40,42	39,36	40,12
Uso de preservativo en su última relación con prostitución			
No	83,8	-	-
Si	16,2	-	-
Opiniones sobre el preservativo			
Crean desconfianza entre la pareja	10,5	7,6	9,1
Corta el deseo sexual	-	-	35,1
Permiten disfrutar más por la seguridad que dan	43,4	60,5	51,7
Son seguros	91,2	86,5	89,0

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003

Respecto a las *actitudes de discriminación hacia las personas viviendo con el VIH*, tal y como se recoge en la Tabla 7 se puede observar que un 5,5% de las personas no compartiría un vaso con una persona con VIH y un 7,9% afirma que tampoco compartiría estando hospitalizada en el mismo espacio. El rechazo a las personas viviendo con VIH/SIDA es manifestado por el 23,3% de las personas.

Tabla 7. Distribución porcentual de las actitudes hacia las personas viviendo con el VIH y SIDA, según sexo, 2003.

	Hombres N=534	Mujeres N=501	Ambos sexos N=1.061
Bebería del vaso de una persona infectada			
Si	94,6	94,5	94,5
No	5,4	5,5	5,5
Compartiría, estando hospitalizada, el mismo sitio que una persona infectada			
Si	91,8	92,4	92,1
No	8,2	7,6	7,9
Mantienen una actitud discriminatoria con *PVVS			
Si	21,1	25,5	23,3
No	78,9	74,5	76,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003
*PVVS: Personas que viven con VIH/SIDA

4. DISCUSIÓN

En el presente estudio se ha descrito la evolución del VIH/SIDA en la población vasca, así como, la situación frente a los conocimientos, las actitudes y las prácticas en el manejo de la infección por VIH/SIDA. Los resultados de nuestro estudio indican que los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA en la CAPV están en descenso. A pesar de este descenso, todavía la incidencia de la epidemia del VIH es mayor que en los países de la Unión Europea (ONUSIDA, 2012). Además el presente estudio muestra que existe inconsistencia en el uso del preservativo y que aún existen conocimientos inadecuados sobre la transmisión y la prevención del VIH así como actitudes discriminatorias hacia las personas que están viviendo con el VIH.

Más de la mitad de las personas entrevistadas iniciaron sus relaciones sexuales entre los 16 y los 19 años, y un alto porcentaje consideró que el preservativo es seguro. A pesar de la seguridad que se otorga al preservativo, este es utilizado de forma inconsistente ya que su uso con las parejas ocasionales es referido por algo más de la mitad de las personas entrevistadas y también entre las personas que han utilizado la prostitución. Estas conductas sexuales de riesgo, comprobadas en este estudio por el uso inconsistente del preservativo son coincidentes con los estudios que recogen un empeoramiento general de la situación con respecto a las ITS y VIH (Calatrava et al., 2012). Este empeoramiento, se ha relacionado con un incremento de las prácticas sexuales de riesgo de la población como una iniciación sexual más precoz, el aumento del número de parejas sexuales, el uso inconsistente del preservativo y las relaciones sexuales entre HSH (Calatrava et al., 2012; Failde et al., 2008; Folch et al., 2010; Lameiras et al., 2004).

Por otra parte, el porcentaje de personas que identificó correctamente todas las vías de transmisión fue alto, especialmente para la transmisión sexual. Sin embargo se aprecian errores en la adquisición de la infección por la picadura de mosquito y en situaciones derivadas de la convivencia (lavabos públicos). Estos resultados son coincidentes con los encontrados en otros estudios previamente realizados en España (Santin et al., 2003; Cocharro et al., 2008). La importancia que tiene vincular la transmisión con la picadura del mosquito o con situaciones derivadas de la convivencia es que debilita la motivación para adoptar comportamientos sexuales seguros. También la interpretación de que el VIH puede transmitirse en las situaciones de convivencia puede concluir en

relaciones sexuales sin protección con una persona infectada y pueden estar resultando factores claves para la explicación del aumento en el número de infecciones por VIH transmitidas sexualmente que se recogen en diversos estudios (Cocharro et al., 2008)

En este estudio también se han detectado deficiencias en los conocimientos sobre la prevención del VIH. Aunque el preservativo es referido como método de prevención del VIH prácticamente por todas las personas entrevistadas, también son señalados como medidas eficaces para prevenir el VIH “lavarse después de las relaciones sexuales” y “hacerse la prueba de VIH con frecuencia”. Estas deficiencias en los conocimientos sumadas a las actitudes hacia el preservativo encontradas en este estudio, como son la disminución del deseo sexual y la desconfianza en la pareja si se utiliza el preservativo coinciden con los resultados encontrados en diversos estudios sobre la pérdida de percepción de riesgo frente al VIH actualmente (Marks et al., 2009; Signorelli et al., 200;). Esta pérdida de percepción de riesgo en diversos estudios la relacionan con la cronificación de la infección del VIH tras la introducción del tratamiento antirretroviral TARGA (Demmer et al., 2001). Factores adicionales señalados en otros estudios incluyen la asociación del VIH con poblaciones más expuestas al riesgo de infección como son HSH, personas usuarias de drogas inyectadas y los y las profesionales del sexo (Plan de SIDA e ITS, 2010). El hecho de que el test de VIH y lavarse con frecuencia tras una relación sexual se empleen como métodos de prevención pueden estar conduciendo a aumentar la probabilidad de mantener conductas sexuales de riesgo y con ello, al aumento de las ITS y del VIH/SIDA. Esto ha sido referido como posibles explicaciones en diversos estudios (Cocharro et al., 2008; Faile et al., 2008; Calatrava et al., 2012).

Por otra parte, la infección por el VIH ha estado ligada desde sus orígenes, a comportamientos discriminatorios y estigmatizantes hacia las personas que vivían con el virus (Fuster, 2010). En este estudio, se ha podido comprobar que todavía un número importante de personas, manifestaban mantener una actitud discriminatoria frente a la PVVS y también que no beberían o compartirían el mismo espacio con ellas. Nuestros resultados son coincidentes con otros estudios realizados previamente en España (Ballester et al., 2009). Las consecuencias de la discriminación pueden ser tanto individuales como de salud pública. Por una parte a nivel individual, además de, atentar contra los derechos humanos (Onusida, 2012) el comportamiento inapropiado hacia los que están

enfermos puede conducir a la depresión, aislamiento social y empeoramiento de la enfermedad, lo cual impone una carga más pesada aún en las personas que proporcionan cuidados (Fuster 2010). Por otra parte, desde el ámbito de la salud pública el temor a ser considerado vulnerable a la infección o VIH positivo puede estar impidiendo que la persona se hagan la prueba del VIH, y por consiguiente, es menos probable que esas personas tomen medidas para protegerse y proteger a otros (Ballester et al., 2009; Fuster, 2010). Esto puede ser uno de los factores relacionados con el alto porcentaje de diagnósticos tardíos referido en la literatura (Marks et al., 2006; Carnicer et al., 2011; Gorostiza et al., 2013).

Este estudio tiene una serie de limitaciones, como son el tipo de diseño que al ser descriptivo transversal, no permite establecer relaciones causales. Además el tipo de análisis descriptivos realizados no permite conocer los factores relacionados con los conocimientos, prácticas y actitudes en el manejo de la infección como pudieran ser la edad, el nivel de estudios. Sin embargo, este estudio, aún con sus limitaciones, aporta información sobre una realidad poco abordada en nuestro entorno sobre los conocimientos del VIH en la población vasca.

5. CONCLUSIONES

En este estudio se han identificado deficiencias en los conocimientos sobre la transmisión y la prevención del VIH/SIDA, así como, actitudes discriminatorias hacia las personas que están viviendo con el VIH/SIDA, además de un uso inconsistente del preservativo. Estos hallazgos requieren de medidas de promoción de salud en la población vasca para aumentar la percepción de riesgo, reducir el estigma y la discriminación y mejorar los conocimientos sobre el VIH. Medidas que deben ser sensibles a las necesidades de la población e integrar en ellas la perspectiva de género y que pueden así contribuir, tanto a reducir el retraso en el diagnóstico de la infección como el número de infecciones por VIH, que a pesar de su disminución todavía se mantiene en tasas más altas que los países de la Unión Europea.

6. BIBLIOGRAFIA

Bermúdez MP, Castro A, Casal GA. SIDA en España e inmigración: análisis epidemiológico. Univ. Psychol. 2009;(8):1, 37-48.

Ballester R, Gil MD, Giménez C, et al. Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en los jóvenes españoles. Revista de Psicopatología y Psicología clínica 2009; 14(3):181-191.

Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2011;29(2):144–151

Chocarro A, Alonso O, García M, et al. Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH, Enferm Infecc Microbiol Clin. 2008; 26(6):330-337.

Calatrava M, López-del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Medicina Clínica. 2012; 138 (12): 534-540.

Demmer C, Caroleo O. College students' perception of advances in HIV treatment and the need for safer sex practices. Psychol Rep. 2001; 88 (2):431-442.

Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2002. Departamento de sanidad del gobierno vasco. Vitoria. Disponible online en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/encuesta_salud/es_escav/r01hRedirectCont/contenidos/informacion/encuesta_salud_historial/es_escav/adjuntos/encuesta2002.pdf

Encuesta de salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco 2007. Departamento de sanidad del Gobierno Vasco. Vitoria. Disponible online en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav/adjuntos/Encuesta%20salud%202007.pdf

Failde JM, Lameiras M, Bimbela JM. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit. 2008; 22(6):511-519.

Folch C, Casabona J, Muñoz R, et al. Incremento de la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. Gac Sanit. 2010; 24(1):40-46.

Fuster, MJ. La percepción del estigma en las personas con VIH: sus efectos, y formas de afrontamiento [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Nacional de Educación a distancia; 2011.

García L, Busto MJ, Bermúdez E. El problema del retraso en el diagnóstico de la infección por VIH en España. ¿Podemos hacer un mejor abordaje de la epidemia desde la atención primaria?. *Aten Primaria*. 2009; 41(4): 213-215.

Gorostiza I, Elizondo I, Braceras L. Programa de cribado de VIH/SIDA en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac.Sanit*.2013; 27 (2): 164-166.

Informe de ONUSIDA para el Día mundial del sida 2012. ONUSIDA. Disponible online en: <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2012/name,76120,es.asp>

Informe mundial: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA. ONUSIDA, 2012. Disponible en pdf en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf

Jaén A, Esteve A, Miró J et al. Determinants of HIV Progression and Assessment of the Optimal Time to Initiate Highly Active Antiretroviral Therapy: PISCIS Cohort (Spain), *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2008; 47(2): 212-220.

Lameiras M, Rodríguez Y, Calado M, et al. Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Univ Psychol Bogotá (Colombia)*. 2004; 3(1):27-34.

Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006; 20(10):1447-1450.

Moreno Guillén S. Coordinador. Infección por VIH: Consejos. 2ªed.Barcelona. Publicaciones Permanyer; 2010.

Memoria del plan de prevención y control del SIDA, 2010. Servicio vasco de salud Osakidetza. Disponible online en: https://www.euskadi.net/r85-cksida12/es/contenidos/informacion/sida_manuales_folletos/es_sida/adjuntos/MEMORIA_2010.pdf

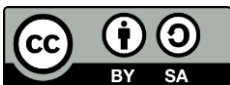
Plan del SIDA e infecciones de transmisión sexual 2012. Servicio vasco de salud Osakidetza Disponible online en: https://www.euskadi.net/r85-cksida05/es/contenidos/informacion/sida_epidemiologia/es_sida/adjuntos/infecciones_vih_2012.pdf

Santin C, Torrico E, López MJ, et al. Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales de psicología*. 2003; 19(1): 81-90.

Signorelli C, Pasquarella C, Limina RM, et al. Third Italian national survey on knowledge, attitudes, and sexual behavior in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns, *Eur J Public Health*. 2006; 16(5): 498-504.

Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012. Disponible online en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHsida_Junio2012.pdf

Zulaika D, Agirrebengoa K, Ander A, et al. Características epidemiológicas de las nuevas infecciones causadas por el VIH comparadas con los casos de SIDA. La epidemia del VIH/SIDA en el país vasco. Gac Sanit. 2004; (18):2, 145-149.



Esta obra está sujeta a la licencia Reconocimiento-CompartirIgual 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.