

Evolución de los conocimientos, actitudes y hábitos de la población general sobre la infección por el VIH

Ángel Chocarro^a, Óscar Alonso^{b,c}, Marta García^c, Silvia Alonso^c, M.^a Jesús Delgado^{b,c}, Sonia M.^a Merino^c, M.^a Isabel Conejo^c, Marino Lara^{c,d} y M.^a del Mar Martín^c

^aServicio de Medicina Interna. Unidad de Infectología. Hospital Virgen de la Concha. ^bConcejalía de Servicios Sociales y Mayores. Ayuntamiento de Zamora. ^cComité Ciudadano AntiSIDA de Zamora. ^dCentro de Salud de Aliste. Alcañices. Zamora. España.

INTRODUCCIÓN. El conocimiento de la evolución de la sociedad respecto a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) puede ayudar al diseño de estrategias preventivas más eficaces frente a esta epidemia. El objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios de los conocimientos, actitudes y hábitos conductuales de la población general frente al VIH entre 1997 y 2005.

MÉTODOS. Con este propósito, un equipo multidisciplinario elaboró una encuesta de 64 preguntas, y con ella se realizó una prueba piloto en 100 personas, corrigiéndose las deficiencias detectadas. La población diana la formaban los censados en la ciudad de Zamora con edades comprendidas entre 18 y 70 años, y fue estratificada según distrito (cinco en total), sexo y edad (mayor o menor de 40 años), con un resultado de 20 grupos. Se calculó el tamaño muestral y se obtuvo una muestra aleatoria para cada uno de los 20 grupos, así como tres listas de reservas para cada uno de ellos. La encuesta fue cumplimentada en el domicilio de los seleccionados en 1997, y con la misma metodología el estudio se repitió en 2005, pudiéndose de esta forma comparar los resultados.

RESULTADOS. En 2005, un porcentaje mayor se mostraba interesado en mejorar la información sobre esta enfermedad, y percibía mayor riesgo de infectarse. No se observaron cambios destacables en los conocimientos ni en los hábitos de conducta, pero han mejorado los porcentajes de encuestados con actitudes positivas frente a los enfermos. Persisten errores frecuentes en los conocimientos sobre la prevención sexual.

CONCLUSIONES. En los últimos años se ha avanzado en la aceptación de los pacientes, pero, a pesar de los esfuerzos realizados, no se objetivan progresos en los conocimientos de la población general sobre esta enfermedad. Son especialmente significativos los errores en la prevención sexual. La corrección de estas carencias podría contribuir al control de esta epidemia.

Palabras clave: Sida. Infección VIH. Conocimientos. Actitudes. Hábitos sexuales. Prevención. Encuesta.

Changes in knowledge, attitudes, and habits of the general population with regard to HIV infection

INTRODUCTION. Knowledge of the social changes related to HIV infection can be helpful in the attempts to design more effecting preventive strategies for this disease. The aim of this study was assess the progress that has occurred in the knowledge, attitudes and habits of the general population in relation to HIV infection between 1997 and 2005.

METHODS. With this objective, a multidisciplinary team designed a questionnaire survey containing 64 items, which was validated through a pilot study performed with 100 subjects. The target population included all residents of the city of Zamora aged 18 to 70 years old. The population was stratified by district (five), sex, and age (younger or older than 40 years old) into 20 groups. The sample size was calculated and a randomly selected list of participants was obtained for each group. The questionnaire was filled out at the homes of the selected population with the help of trained personal in 1997, and was repeated in 2005. Results from the two time points were compared.

RESULTS. In 2005, a larger number of people were interested in gaining more information about the disease and showed concern about the risk of infection. However, there were no significant changes in the related knowledge or habits, and frequent errors persisted regarding prevention of sexual transmission. Nonetheless, the attitude toward infected patients had improved.

CONCLUSIONS. Over the 8 years of the study, knowledge about HIV infection has not changed, and errors regarding sexual prevention remain, although there is a more positive attitude toward patients with this disease. Modifying this deficit in the understanding of HIV may contribute to preventing this disease.

Key words: AIDS. HIV infection. Knowledge. Attitudes. Sexual behavior. Prevention. Survey.

Introducción

En los últimos años, los progresos frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han sido muy significativos en el campo de la terapia, pero limitados en el área de la prevención. Globalmente, la cifra

Correspondencia: Dr. A. Chocarro Martínez.
Avda. Príncipe de Asturias, 8° 7ª 49012 Zamora. España.
Correo electrónico: achocarro@medynet.com

Manuscrito recibido el 15-3-2007; aceptado el 9-11-2007.

de afectados continúa incrementándose, y se calcula que 4,3 millones de personas se infectaron en 2006^{1,2}. En España, con una de las tasas de prevalencia más elevadas de Europa, se estima que cada año entre 2.000 y 4.000 personas adquieren la enfermedad³. Sin una vacuna eficaz, la prevención continúa siendo clave para frenar la expansión de la pandemia¹.

Los avances en la prevención se consiguen modificando costumbres y fomentando hábitos con menor riesgo de infección⁴. Los expertos consideran que para ello es útil mejorar los conocimientos de la población general sobre esta enfermedad⁴. Sin embargo, entre ambos objetivos, es decir, incremento de conocimientos y modificación conductual, puede haber un largo camino⁴.

El diseño de estrategias que mejoren la prevención requiere explorar los conocimientos y hábitos conductuales de la sociedad^{5,6}. Con este propósito se han realizado en diferentes países múltiples trabajos, tanto en población general^{5,7-11} como en estratos sociales específicos^{4,12,13}. Los datos así obtenidos son de gran utilidad, especialmente cuando pueden ser comparados con los observados en estudios anteriores^{7,9,14}. Esto puede proporcionar información adicional sobre la eficacia de las iniciativas adoptadas, y una mejor perspectiva de los cambios acontecidos tras una generación de convivencia con esta pandemia. En nuestro país, las publicaciones en esta dirección son escasas^{12,15-17}. Por estas razones nos propusimos un trabajo con el objetivo de evaluar los cambios entre 1997 y 2005 de conocimientos, actitudes y hábitos de la población general frente a la infección por el VIH.

Material y métodos

Encuesta

En 1997 se diseñó un estudio transversal sobre conocimientos, actitudes y hábitos con relación con el VIH/sida en la población de Zamora. El instrumento de medida fue una encuesta personal con 58 preguntas y 4 variables sociodemográficas: distrito de residencia, sexo, edad y nivel académico. Esta encuesta fue confeccionada por un grupo multidisciplinario (psicólogos, sociólogos, médicos, ATS y voluntarios), y una vez elaborada se realizó una prueba piloto en 100 voluntarios, corrigiéndose las deficiencias detectadas, como han realizado otros au-

tores¹⁸. El estudio fue repetido en el año 2005. De la encuesta original se retiraron dos preguntas y se añadieron ocho, aunque estas modificaciones afectaron básicamente al apartado "Conocimientos de la enfermedad". La encuesta de 2005 constaba de 64 preguntas (anexo 1).

Las preguntas sobre conocimientos se agruparon en los siguientes apartados: conocimientos sobre las estrategias de información (9 preguntas), vías de transmisión (12 preguntas), prevención (8 preguntas) y enfermedad (10 preguntas) (anexo 1). A su vez, las actitudes fueron clasificadas en actitudes relacionadas con las estrategias de información (8 preguntas), métodos de prevención (3 preguntas) y aceptación de los enfermos (6 preguntas). Por último, se interrogó sobre hábitos de conducta (7 preguntas) y percepción del riesgo (1 pregunta).

Las preguntas de conocimientos presentaban como opción de respuesta sí, no o ns/nc (no sabe/no contesta). Para las actitudes se utilizó la escala de Likert modificada con 4 opciones de respuesta (totalmente de acuerdo, bastante de acuerdo, bastante en desacuerdo, totalmente en desacuerdo). Para el análisis posterior, las respuestas sobre actitudes se agruparon en cuatro categorías: actitud muy positiva, positiva, negativa y muy negativa. Se considera actitud muy positiva o positiva la de aquellos encuestados que se manifiestan totalmente o bastante de acuerdo con una aseveración positiva o integradora, o bien totalmente o bastante en desacuerdo con las afirmaciones opuestas. En cuanto a la percepción del riesgo o probabilidad de infectarse, se ofrecieron cuatro opciones de respuesta: ninguna, baja, alta o muy alta. El interés en recibir información fue clasificado en muy interesado, poco interesado o nada interesado. Las preguntas sobre hábitos ofrecían como opción de respuesta sí, no o ns/nc, y para facilitar la confidencialidad, eran cumplimentadas directamente por el propio encuestado al final de la entrevista.

Población y muestra

La población diana la formaban los censados en el padrón municipal de Zamora con edades entre 18 y 69 años (ambas incluidas), según los datos actualizados del Ayuntamiento correspondientes a 1997 en el primer estudio y a 2005, en el segundo. En ambos períodos se realizaron los mismos procedimientos. La población diana fue dividida en 20 estratos o grupos de acuerdo con tres variables: distrito municipal (cinco en total), sexo al que pertenecía y edad: jóvenes (≤ 40 años) o mayores (> 40 años) (tabla 1). Posteriormente, se calculó el tamaño muestral y se obtuvo una muestra aleatoria de cada estrato según se detalla a continuación.

Para el cálculo del tamaño muestral, la población fue dividida en los cinco distritos municipales. Se aceptó un nivel de conocimientos del 50% (es decir, el escenario más desfavorable), una precisión de $\pm 0,1$ y un nivel de significación de $p < 0,05$. Una vez determinado el tamaño

TABLA 1. Características basales de la población y de las muestras en ambos períodos

	1997				2005			
	Población		Muestra		Población		Muestra	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Varones								
≤ 40 años	11.017	25,02	118	24,9	10.891	23,58	121	24,6
> 40 años	10.026	22,77	116	24,5	11.196	24,24	125	25,4
Mujeres								
≤ 40 años	11.658	26,48	123	26,0	11.394	24,67	123	25,0
> 40 años	11.318	25,71	116	24,5	12.699	25,81	123	25,0
Distritos								
1	14.860	33,75	99	20,9	14.812	32,07	98	19,9
2	15.348	34,86	96	20,3	15.523	31,55	99	20,1
3	2.340	5,31	86	18,2	2.862	6,19	99	20,1
4	3.877	8,80	96	20,3	4.523	9,79	98	19,9
5	7.594	17,25	96	20,3	8.460	18,32	98	19,9
Total	44.019		473		46.180		492	

muestral de los cinco distritos, se estratificó según edad y sexo, y se obtuvo el tamaño muestral de cada uno de los 20 estratos (tabla 1). A continuación, de acuerdo con el tamaño muestral de cada estrato, se realizó un muestreo aleatorio, y se obtuvo una muestra para cada uno de ellos. El mismo procedimiento fue repetido tres veces. Se obtuvieron tres listas de suplentes para cada estrato (pertenecientes al mismo distrito, sexo y grupo de edad).

Los seleccionados que no estuvieran en el domicilio en dos visitas, declinaran responder a la encuesta o desconocieran el significado de la palabra sida fueron excluidos y sustituidos por reservas de la primera lista de suplentes, y si fuera necesario, de la segunda, y si fuera necesario, de la tercera.

Para llevar a cabo el trabajo se formó un equipo de encuestadores, que se encargó de trasladar y explicar la encuesta al domicilio de los seleccionados, solicitando su participación. Un responsable supervisó su formación, resolvió sus dudas y fue el encargado de sustituir a los excluidos.

Valoración de las respuestas

Para evaluar cada respuesta se contabilizan los conocimientos correctos y las actitudes positivas o muy positivas, y se expresan en porcentajes sobre el total de encuestados. La valoración de los conocimientos y actitudes sobre objetivos específicos (p. ej., conocimientos sobre las vías de transmisión) requiere sumar varias respuestas. Para ello se realizó una cuantificación de forma que para los conocimientos, cada acierto suma 1 punto y 0, el resto. Las actitudes se valoran con 3 puntos las muy positivas, 2 las positivas, 1 las negativas y 0 el resto (muy negativas o no contestadas).

En cuanto a la evaluación de los hábitos de conducta sexual se obtuvieron dos indicadores¹⁹:

– Número de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido al menos una pareja sexual distinta de la habitual en los últimos 12 meses/Número de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses.

– Número de personas de 18 a 70 años que refieren haber usado preservativo en la última relación sexual con una pareja distinta de la habitual/Número total de personas de 18 a 70 años que refieren haber tenido alguna relación sexual con una pareja no habitual en los últimos 12 meses.

Análisis estadístico

Análisis univariante

Los resultados de las variables cualitativas se muestran en porcentajes sobre la población encuestada. Las cuantitativas con distribución normal se describen con la media \pm desviación estándar (DE). El resto, con las medianas y el rango intercuartil (el comprendido entre los percentiles 25 y 75). El análisis de la bondad de ajuste a una distribución normal se realiza con la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Análisis bivariante

La comparación de proporciones se lleva a cabo con la prueba de la chi al cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Las diferencias entre variables cuantitativas con distribución normal se contrastan con la t de Student, y en caso contrario, con pruebas no paramétricas (Mann-Whitney). Las diferencias se consideran significativas para $p < 0,05$. Asimismo, se realiza un análisis por estratos según las variables sociodemográficas previamente mencionadas.

Análisis multivariante

Se realizó un análisis de regresión logística de los conocimientos y actitudes previamente cuantificados. Para ello, éstos fueron transformados en dicotómicos según el valor de la mediana (0 para valores inferiores y 1 para los superiores). En el análisis se incluyeron como variables independientes las sociodemográficas y la variable "año del estudio" (resultados en 2005 respecto a 1997).

La aleatorización y los cálculos estadísticos fueron realizados con los programas SPSS versión 11.5 para Windows (SPSS Inc.) y Epidat versión 3.0.

Resultados

Características basales

El estudio de 1997 consta de 473 encuestas válidas, y el de 2005, de 492. El número de seleccionados que no participaron en el estudio fue de 218 en 1997 y de 594 en 2005, y fueron sustituidos por otros de similares características. De las personas que no participaron en el estudio, se observa en 1997 un porcentaje mayor de mujeres (el 56,4% en 1997 frente al 47,8% en 2005; $p = 0,036$), sin diferencias en la distribución por edad (jóvenes: el 39,5% en 1997 frente al 47,1%; no significativo [ns]). Las razones para la no participación derivaban fundamentalmente de errores en la filiación. Concretamente, en 2005 fueron las siguientes: ausencia del domicilio, 297 casos; errores en el padrón, 223; negativa a participar, 57, y otras, 17.

La edad media de los encuestados fue similar en ambos períodos: $41,15 \pm 14,84$ años en 1997 frente a $40,99 \pm 14,36$ en 2005 (ns). Sin embargo, en 2005 mostraban mayor preparación académica: el 57% acreditaba estudios secundarios o superiores (nivel de estudios alto) frente al 49,9% en 1997; $p = 0,045$. Se realizó una validación interna del cuestionario de 2005. Para ello, fue dividido al azar en dos grupos sin observarse diferencias significativas en los resultados.

Conocimientos

Conocimientos sobre las vías de información

Al comparar ambos estudios, no se objetivan diferencias destacables en los porcentajes de personas que recuerdan campañas informativas en cualquier medio de comunicación (el 73,2% en 1997 frente al 70,9% en 2005; ns), ni específicamente en televisión (el 64,5% en 1997 frente al 60,2%; ns), radio (el 16,3% en 1997 frente al 14,4%; ns) o prensa (el 13,5% en 1997 frente al 16,3%; ns), pero sí en las presentadas mediante folletos y carteles (el 12,7% en 1997 frente al 20,1% en 2005; $p = 0,002$). Por el contrario, en 2005 se recuerdan peor los temas de las campañas (el 72,5% en 1997 frente al 57,9%; $p = 0,000$).

Conocimientos de las vías de transmisión

En este apartado, los porcentajes de aciertos son equiparables (tabla 2). Únicamente se aprecian diferencias significativas al responder sobre la transmisión del virus por compartir el mismo vaso. Continúan siendo frecuentes los errores acerca de la transmisión por picaduras o besos.

La suma de estos conocimientos es similar (mediana 10 y rango intercuartil 2 en ambos períodos). En el análisis estratificado (según sexo, edad o nivel académico) se aprecia en 2005 un descenso en la puntuación de los varones ($p = 0,004$), de los jóvenes ($p = 0,018$) y del grupo con mayor formación académica ($p = 0,008$).

Conocimientos sobre los métodos de prevención

Se aprecian pequeñas diferencias en los porcentajes de acierto sobre la necesidad de no compartir jeringuillas, utilidad del preservativo y confianza en la pareja (tabla 3).

TABLA 2. Comparación de los conocimientos de las vías de transmisión: número y porcentaje de encuestados que conocen acertadamente la forma de transmisión

Vías de transmisión	1997		2005		p
	n	%	n	%	
Infección por compartir jeringuillas	466	98,5	486	98,8	ns
Infección por relaciones sexuales sin protección	454	96,0	483	98,2	ns
Infección por transfusiones incontroladas	455	96,2	477	97,0	ns
Infección por contacto físico habitual	449	94,9	458	93,1	ns
Infección por inyectarse con jeringuilla nueva	421	89,0	444	90,2	ns
Infección transmitida por madre embarazada	411	86,9	423	86	ns
Infección por compartir objetos cortantes	386	81,6	394	80,1	ns
Infección por ser donante	349	73,8	360	73,2	ns
Infección por compartir baño	349	73,8	353	71,7	ns
Infección por compartir vaso	354	74,8	334	67,9	0,017
Infección por picaduras de mosquito	297	62,8	285	57,9	ns
Infección por besar en la boca	282	59,6	279	56,7	ns

ns: no significativo.

TABLA 3. Comparación de los conocimientos de los métodos de prevención: número y porcentaje de encuestados que conocen correctamente las estrategias preventivas

Método de prevención	1997		2005		p
	n	%	n	%	
No compartir jeringuillas	446	94,5	480	97,6	0,014
Uso adecuado del preservativo	443	93,7	478	97,2	0,009
Tratamiento durante el embarazo	365	77,2	381	77,4	ns
Ineficacia de otros anticonceptivos	–	–	348	70,7	–
Evitar la lactancia de madres infectadas	201	42,5	226	45,9	ns
Relaciones sexuales sólo con conocidos	103	21,8	127	25,8	ns
Cuidar las personas con las que nos relacionamos	141	29,8	120	24,4	ns
Confianza en la pareja	65	13,7	45	9,1	0,024

ns: no significativo.

En la prevención sexual, tanto en 1997 como en 2005, se observan en algunas respuestas un nivel de aciertos bajo.

La suma de estos conocimientos es similar en los dos periodos (mediana 4 y rango intercuartil 1). En el análisis estratificado tampoco se aprecian cambios significativos.

Conocimientos de la enfermedad

En 2005, los encuestados conocen con mayor frecuencia personas infectadas (el 28,8% frente al 36,8% en 2005; $p = 0,008$). Este hecho, es decir, conocer personas infectadas, se asocia significativamente en ambos periodos con un mayor nivel de conocimiento de las vías de transmisión, de las formas de prevención, así como mejores actitudes frente a las estrategias de prevención y ante los enfermos. En los dos estudios, un porcentaje similar de entrevistados sabe dónde realizarse las pruebas para el diagnóstico (el 74% en 1997 frente al 73,4%; ns), y conoce que en un análisis habitual no se detecta la infección (el 55,4% en 1997 y el 58,9%; ns). En 2005, la mayoría de los encuestados opina que la enfermedad no se limita a drogadictos, prostitutas u homosexuales (85,8%), que los infectados no se diferencian a simple vista (80,1%), que los tratamientos han modificado la evolución de la enfermedad (80,5%), que el VIH es la causa del sida (71,5%) y que cualquier infectado

puede transmitir este virus (64,8%). Estas cinco últimas preguntas no figuraban en la encuesta de 1997, por lo que en este apartado no se lleva a cabo una comparación global entre los dos periodos.

Actitudes

Actitud frente a las estrategias de información

En 2005, un porcentaje mayor de encuestados se muestra muy interesado en recibir información adicional (el 38,1% en 1997 frente al 53,2%; $p = 0,000$). Para ello, eligen profesionales sanitarios (el 14,2% en 1997 frente al 24,4% en 2005; $p = 0,000$), así como charlas (el 17,5% en 1997 frente al 27,6% en 2005; $p = 0,000$) y folletos (el 12,9% en 1997 frente al 27,6% en 2005; $p = 0,000$), sin apreciarse cambios significativos en la solicitud de información a través de televisión (el 44,2% en 1997 frente al 47,6%; ns) o radio (el 15,4% en 1997 frente al 18,5%; ns).

Actitud frente a los métodos de prevención

Se observa que en los dos periodos la mayoría se muestra totalmente o bastante de acuerdo con estrategias preventivas tales como la utilización de preservativos (el 93,2% en 1997 frente al 95,1%; ns) o la conveniencia de

TABLA 4. Comparación de las actitudes frente a los enfermos: número y porcentaje de encuestados que se manifiestan “de acuerdo” o “muy de acuerdo”

Actitudes frente a los enfermos	1997		2005		p
	n	%	n	%	
No aceptan que los pacientes merezcan la enfermedad	387	81,8	469	95,3	0,000
Rechazan campañas informativas sólo para jóvenes	412	87,7	450	91,7	0,028
No objeción por compartir trabajo con infectado	389	82,2	424	86,2	ns
Aceptan comprar en una tienda donde trabaje algún infectado	344	74,0	400	81,3	0,001
Rechazan que los enfermos deban de estar en centros especiales	300	63,4	396	80,5	0,000
Aceptan un niño infectado en clase	251	53,1	372	75,6	0,000

ns: no significativo.

TABLA 5. Análisis multivariante: influencia de la variable “año del estudio” en conocimientos y actitudes en los diferentes estratos sociodemográficos*

	Conocimientos de las vías de transmisión		Conocimientos de la prevención		Actitudes frente a los enfermos		Actitudes frente a la prevención	
	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	p
Varones	0,52 (0,35-0,78)	0,001	0,92 (0,64-1,33)	0,679	1,50 (1,00-2,23)	0,048	1,15 (0,78-1,68)	0,484
Mujeres	0,96 (0,65-1,43)	0,843	1,22 (0,83-1,78)	0,308	2,90 (1,94-4,32)	0,000	1,24 (0,85-1,81)	0,262
≤ 40 años	0,54 (0,37-0,79)	0,002	0,84 (0,58-1,21)	0,344	2,32 (1,57-3,43)	0,000	1,77 (1,21-2,58)	0,003
> 40 años	1,35 (0,93-1,97)	0,114	0,99 (0,68-1,49)	0,981	1,90 (1,26-2,88)	0,002	0,80 (0,54-1,17)	0,252
Bajo nivel de estudios	0,91 (0,60-1,40)	0,751	1,13 (0,77-1,66)	0,532	2,12 (1,37-3,27)	0,001	0,86 (0,58-1,28)	0,460
Alto nivel de estudios	0,59 (0,40-0,85)	0,006	1,00 (0,69-1,44)	0,995	2,11 (1,46-3,04)	0,000	1,54 (1,06-2,23)	0,022
Total	0,71 (0,54-0,94)	0,017	1,07	0,604	2,06 (1,56-2,73)	0,000	1,19 (0,91-1,56)	0,199

*Odds ratio de las variables en 2005 en relación con 1997. IC: intervalo de confianza; OR: odds ratio.

disponer de preservativos baratos (el 95,7% en 1997 frente al 95,5%; ns) o de jeringuillas estériles (el 84,2% en 1997 frente al 87%; ns).

No se aprecian diferencias significativas al cuantificar estas actitudes (mediana 8 y rango intercuartil 3 en ambos estudios). Por el contrario, en el análisis estratificado se observa que ha mejorado la puntuación de las mujeres (p = 0,015), la del grupo más joven (p = 0,001) y la de aquéllos con mayor acreditación académica (p = 0,014).

Actitudes frente a los enfermos

Al comparar los dos estudios, se observa en 2005 mejor aceptación de los enfermos (tabla 4), lo que se traduce en más puntuación (mediana 12 y rango intercuartil 5 en 1997 frente a 14 y 5 en 2005; p = 0,000). En el análisis estratificado se aprecia que esta mejoría ha ocurrido en todos los grupos.

Probabilidad de infectarse y hábitos conductuales

En 2005 se asume una probabilidad mayor de infectarse, que es cuantificada de la siguiente forma: ninguna probabilidad de infectarse: el 42,5% en 1997 frente al 36,1% en 2005; baja probabilidad: el 46,9% en 1997 frente al 58,3%; alta: el 2,7% en 1997 frente al 4,3%; muy alta: el 0,6% en 1997 frente al 0,8%; p = 0,036.

De las personas sexualmente activas en los últimos 12 meses, el 9,1% (30/327) en 1997 y el 14,3% (56/392) en 2005 refieren relaciones sexuales con una pareja no habitual. En estos casos, la utilización del preservativo en la

última relación fue similar (el 66,7% en 1997 frente al 71,4%; ns).

Un total de 4 encuestados en 1997 y 5 en 2005 refirieron haber consumido drogas por vía parenteral en los últimos 10 años, y de ellos, 1 y 4, respectivamente, habían compartido material con otros usuarios.

Análisis multivariante de conocimientos y actitudes

Mediante este análisis, después de ajustar la influencia de las variables sociodemográficas, se intentó determinar si los conocimientos y las actitudes han variado en 2005 respecto a 1997. Así se aprecia que los conocimientos sobre las vías de transmisión tienden a disminuir en 2005 respecto a 1997 (tabla 5). Esta evolución afecta fundamentalmente a los varones, a los jóvenes y al grupo con mayor nivel académico. No se aprecian cambios en los conocimientos de las estrategias de prevención.

Por el contrario, en 2005 se observa mejor actitud respecto a los enfermos, tanto globalmente como en todos los grupos analizados. La actitud frente a las estrategias de prevención no se ha modificado salvo en jóvenes y en los encuestados con mayor formación.

Discusión

La prevención es la principal herramienta para el control de la epidemia causada por el VIH^{1,18,20}. Así, es desea-

ble mejorar los conocimientos y los hábitos de conducta. Sin embargo, a pesar de las iniciativas realizadas, en este trabajo sólo se constatan avances significativos en las actitudes frente a los enfermos, sin apreciarse progresos destacables en las prácticas de riesgo ni en los conocimientos de la infección.

Analizando los conocimientos concretos sobre las vías de transmisión, se aprecian errores frecuentes en la adquisición de la enfermedad por picaduras, besos o la convivencia habitual. Estas ideas equivocadas son más frecuentes que en otros estudios y pueden fomentar el rechazo de los enfermos^{5,15,20}.

En conjunto, se observa un buen conocimiento de algunas de las vías de transmisión y estrategias preventivas. Quizás las mejor recordadas son las asociadas a los denominados inicialmente "grupos de riesgo", básicamente personas relacionadas con la adición parenteral, homosexualidad y/o prostitución. Por el contrario, la comprensión de algunas estrategias preventivas relacionadas con la transmisión heterosexual es menor. Así, en algunas de las preguntas referentes a la prevención sexual se aprecian errores frecuentes, tanto en 1997 como en 2005. Este hecho debe ser enfatizado, especialmente si consideramos que, en nuestro país, la transmisión heterosexual es actualmente la vía principal de adquisición de la enfermedad³. Quizás algunos ciudadanos siguen ignorando el concepto y el alcance de las prácticas sexuales de riesgo. En este estudio, hasta el momento no se aprecian avances sustanciales en los conocimientos de la población en este terreno.

Continuando con la transmisión sexual, el número de personas que reconoce prácticas de riesgo es escaso, lo que dificulta extraer conclusiones²¹. No obstante, se observa que el porcentaje de entrevistados que utilizaron el preservativo en la última relación con una pareja no habitual permanece estable. Posiblemente puede afirmarse que al menos el 3% de los entrevistados mantiene prácticas sexuales de riesgo, cifra similar a la encontrada en trabajos previos⁹.

En el terreno de las actitudes, los datos son más favorables. Por una parte, se observa tanto en 1997 como en 2005, una amplia aceptación de los métodos preventivos, y al margen de otras consideraciones la mayoría de los encuestados asume su utilidad. Por otra, los enfermos son hoy mejor aceptados que en 1997, y posiblemente la convivencia con ellos produce ahora menor rechazo¹⁵. Quizás el tiempo transcurrido, así como un mayor conocimiento de los infectados, facilita la aceptación de los pacientes.

Es interesante señalar que los cambios descritos no ocurren de forma homogénea en todos los grupos sociales. Tanto en el análisis bivariante como en el multivariante destacan los progresos de las mujeres frente a los varones¹⁵.

Este estudio presenta, además de las ya comentadas, otras limitaciones que deben de resaltarse. Como ocurrió en trabajos previos, el número de seleccionados que finalmente no participó en las encuestas fue importante^{9,20}. El impacto en los resultados es desconocido, pero creemos que puede ser menor al elegirse suplentes de similares características, y fundamentalmente por tratarse de una comparación de datos obtenidos con la misma metodología. También debe de considerarse que la razón para sustituir a las personas seleccionadas no fue en la mayoría de los casos la negativa a participar, sino errores de filia-

ción. En segundo lugar, la encuesta no ha sido suficientemente validada para cada uno de los objetivos. No obstante, se realizó una prueba piloto de forma similar a la llevada a cabo en anteriores publicaciones¹⁸, y además se realizó una validación interna sin encontrarse diferencias. Por último, los datos obtenidos pueden no ser extrapolables a toda la sociedad. Cabe destacar que, comparada con otras poblaciones españolas, la ciudad donde se realizó el estudio presenta una tasa de envejecimiento elevada y una inmigración escasa. Sin embargo, este hecho, aunque impone limitaciones, ofrece la oportunidad de examinar en ausencia de otros factores, la evolución de la sociedad y el impacto de las iniciativas adoptadas para prevenir la expansión de la enfermedad.

Los resultados expuestos suponen un estímulo en la búsqueda de respuestas a las demandas de una sociedad, actualmente más receptiva, pero con importantes carencias para enfrentarse a esta pandemia.

Bibliografía

- UNAIDS/WHO AIDS Epidemic Update: December 2006. Disponible en: http://www.unaids.org/en/HIV_data/epi2006/default.asp
- Steinbrook R. Message from Toronto-Deliver AIDS Treatment and Prevention. *N Engl J Med.* 2006;355:1081-4.
- Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_nuevos_diagnosticos.jsp
- Eriksson T, Sonesson A, Isacson A. HIV/AIDS-Information and knowledge: a comparative study of Kenyan and Swedish teenagers. *Scand J Soc Med.* 1997;25:111-8.
- Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Salud y hábitos sexuales: Las conductas sexuales desde la perspectiva del SIDA. Disponible en: http://www.ine.es/revistas/cifra/cifra/cifra_sid0704.pdf
- Anderson JE, Stall R. How many people are at risk for HIV in the United States? The need for behavioral surveys of at risk populations. *J AIDS.* 2002;29:104-5.
- Mwaluko G, Urassa M, Isingo R, Zaba B, Boerma JT. Trends in HIV and sexual behaviour in a longitudinal study in a rural population in Tanzania, 1994-2000. *AIDS.* 2003;17:2645-51.
- Renzi C, Zantesdechi E, Signorelli C, Osborn JF. Factors associated with HIV-testing: results from an Italian general population survey. *Prev Med.* 2001;32:40-8.
- Castilla J, Barrio G, Fuente L, Belza MJ. Sexual behaviour and condom use in the general population of Spain, 1996. *AIDS Care.* 1998;10:667-76.
- Porta D, Peducci CA, Forestiere F, De Luca A. Temporal trend of HIV infection: an update of the HIV surveillance system in Lazio, Italy, 1985-2000. *Eur J Public Health.* 2004;14:156-60.
- Holtzman D, Chen S, Zhang S, Hsia J, Robinson R, Yon Bao F, et al. Current HIV/AIDS-related knowledge, attitudes, and practices among the general population in China: Implications for action. *AIDScience* (revista electrónica) [consultada el 17 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://aidscience.org/Articles/AIDScience028.asp>
- Fernández C, Molina R, Ramírez C, Pérez E, Castilla J, Marradán J, et al. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. *Rev Esp Salud Pública.* 2000;74:163-76.
- Vera-Gamboa L, Sánchez-Mogollón F, Góngora-Biachi RA. Conocimiento y percepción del riesgo sobre el sida en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Rev Biomed.* 2006;17:157-68.
- Anderson JE. Condom use and HIV risk among US adults. *Am J Public Health.* 2003;93:912-4.
- Herlitz CA, Steel JL. A decade of HIV/AIDS prevention in Sweden: changes in attitudes associated with HIV and sexual risk behaviour from 1987 to 1997. *AIDS.* 2000;14:881-90.
- Uno de cada cuatro españoles desconoce lo que significan las siglas VIH y SIDA. *Jano-on line.* 2005;15:19. Disponible en: <http://www.doyma.es/cgi-bin/wdbegi.exe/doyma/press.plantilla?ident=41872>
- Tesić V, Kolaric B, Begovac J. Attitudes towards HIV/AIDS among four year medical students at the University of Zagreb Medical School. Better in 2002 than in 1993 but still unfavourable. *Coll Antropol.* 2006;30 Suppl 2:89-97.

18. Signorelli C, Pasqurella C, Limina RM, Colzani E, Fanti M, Cielo A, et al. Third Italian national survey on knowledge, attitudes and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *Eur J Public Health.* 2006;16:498-504.

19. Mertens T, Carael M, Sato P, Cleland J, Ward H, Smith GD. Prevention indicators for evaluating the progress of national AIDS programmes. *AIDS.* 1994;8:1359-69.

20. Bastani R, Erickson PA, Marcus AC, Maxwell AE, Capell FJ, Freeman H, et al. AIDS-Related attitudes and risk behaviors: a survey of a random sample of California heterosexuals. *Prev Med.* 1996;25:105-17.

21. Holtzman D, Bland SD, Lansky A, Mack KA. HIV-related behaviors and perceptions among adults in 25 states: 1997 behavioral risk factor surveillance system. *Am J Public Health.* 2001;91:1882-8.

ANEXO 1

Edad: ____ años Sexo: M F Distrito: 1 - 2 - 3 - 4 - 5

Nivel de estudios*: sin estudios primarios secundarios superiores

		Opciones de respuesta			
1. En una palabra: ¿qué le sugiere sida?					
2. ¿El VIH causa el sida? **		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
3. ¿Toda persona infectada por el virus VIH puede transmitirlo aunque no tenga sida?***		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
4. ¿Solo los drogadictos, prostitutas y homosexuales pueden infectarse por el virus del sida?***		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
5. ¿Recuerda alguna campaña informativa sobre sida?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
¿En qué medio?					
6. Radio					
7. Prensa					
8. Televisión					
9. Carteles y folletos					
10. Internet**					
11. Otros (citar)					
12. No sabe/no se define					
13. ¿Sobre qué tema? (citar)					
14. ¿Qué interés tiene en recibir información sobre el sida?			Mucho <input type="checkbox"/>	Poco <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/>
¿Cómo le parecería más adecuado recibir información sobre el sida?					
15. Profesionales sanitarios					
16. Charlas					
17. Folletos					
18. Televisión					
19. Radio					
20. Otros (citar)					
21. No sabe/no se define					
22. ¿Sabe dónde puede acudir para hacer la prueba del virus del sida?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>		
23. En caso afirmativo, ¿dónde? (citar)					
24. En un análisis de rutina, ¿una persona puede saber si tiene el virus del sida?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
25. ¿Los tratamientos actuales han cambiado sustancialmente la evolución de la enfermedad?***		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
Una persona puede infectarse por el virus del sida:					
26. Por tener relaciones sexuales con penetración sin utilizar preservativo		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
27. Por picaduras de mosquitos		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
28. Por contacto físico habitual como dar la mano, acariciar o jugar		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
29. Por besar en la boca		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
30. Por utilizar el mismo servicio que una persona infectada por el virus del sida		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
31. Por recibir transfusiones de sangre no controlada		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
32. Por inyectarse drogas con una jeringuilla nueva		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
33. Por beber del mismo vaso que un enfermo de sida		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
34. Por compartir el cepillo de dientes o la maquinilla de afeitarse		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
35. Por ser donante de sangre		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
36. Por compartir jeringuillas usadas		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	
37. Si una mujer infectada por el virus del sida queda embarazada, ¿puede transmitir el virus a su hijo?		Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Ns/nc <input type="checkbox"/>	

(Continúa)

ANEXO 1 (Continuación)

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

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 38. La confianza en la pareja | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 39. Utilizar preservativo en las relaciones sexuales con penetración | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 40. Tener cuidado con el tipo de personas con las que nos relacionamos | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 41. Que una mujer embarazada e infectada por el virus del sida reciba tratamiento para prevenir la enfermedad en el niño | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 42. Tener relaciones sexuales sólo con personas que se conocen bien | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 43. Cualquier método anticonceptivo** | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 44. No compartir jeringuillas o agujas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 45. Evitar que una madre infectada por el virus del sida amamante a su hijo | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 46. Las personas infectadas por el virus del sida se distinguen a simple vista de las que no lo están | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 47. ¿Ha conocido a alguien infectado por el virus del sida? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | |
| 48. Si le dicen que en la tienda en la que habitualmente compra alimentos trabaja una persona enferma de sida, ¿procuraría comprar en otra tienda? | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> |
| 49. Las campañas informativas sobre el sida deberían dirigirse únicamente a los jóvenes | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> |
| 50. Si uno de sus compañeros de trabajo estuviera infectado por el virus del sida, ¿preferiría no tener que trabajar directamente con él/ella? | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> |
| 51. El preservativo es la mejor forma de prevenir el sida por vía sexual | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> |
| 52. Si un niño de su familia tuviera un compañero de clase infectado por el virus del sida, ¿preferiría que le cambiaran de aula? | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> TD <input type="checkbox"/> |

Indique su opinión acerca de las siguientes medidas para combatir el sida:

- | | | | | |
|--|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 53. Los enfermos de sida deberían estar en centros especiales para evitar que transmitan la enfermedad | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | TD <input type="checkbox"/> |
| 54. Los preservativos deberían ser baratos y accesibles | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | TD <input type="checkbox"/> |
| 55. Se deberían dar gratis jeringuillas estériles a las personas que se inyectan drogas | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | TD <input type="checkbox"/> |
| 56. Los enfermos de sida merecen tener la enfermedad | TA <input type="checkbox"/> | A <input type="checkbox"/> | D <input type="checkbox"/> | TD <input type="checkbox"/> |
| 57. ¿Cuál cree que es su probabilidad de infectarse por el virus del sida? | Ninguna <input type="checkbox"/> | Baja <input type="checkbox"/> | Alta <input type="checkbox"/> | Muy alta <input type="checkbox"/> |
| 58. ¿En los últimos 12 meses ha tenido relaciones sexuales con penetración? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> | |
| 59. Si es así, ¿alguna de ellas ha sido con una persona que no fuera pareja habitual? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> | |

Si ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses con una pareja que no fuera habitual...

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 60. ¿Utilizó preservativo siempre?*** | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 61. ¿Utilizó preservativo la última vez? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 62. ¿Utilizó algún otro método anticonceptivo que no fuera el preservativo?*** | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 63. En los últimos 10 años, ¿ha consumido drogas por vía intravenosa? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |
| 64. Si ha consumido drogas por vía intravenosa en los últimos 10 años, ¿compartió jeringuillas alguna vez? | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Ns/nc <input type="checkbox"/> |

*La clasificación académica fue la siguiente: sin estudios: no graduado escolar (8° de EGB o equivalente); estudios primarios: graduado escolar; secundarios: bachillerato o FP; superiores: carreras universitarias técnicas o superiores. Posteriormente, se considera nivel de estudios alto el de aquéllos con estudios secundarios o superiores.

**Estas preguntas no aparecen en la encuesta de 1997.

Las preguntas pertenecen a los siguientes objetivos: conocimientos sobre las estrategias de información: preguntas 5-13; conocimientos sobre las vías de transmisión: 26-37; conocimientos de los métodos de prevención: 38-45; conocimientos generales: 1-4,22-25,46 y 47; actitud frente a las estrategias de información: 14-21; actitud frente a los métodos de prevención: 51,54 y 55; actitud frente a los enfermos: 48-50,52,53 y 56; percepción del riesgo: 57; hábitos conductuales: 58-64.

TA: totalmente de acuerdo; A: de acuerdo; D: en desacuerdo; TD: totalmente en desacuerdo.