



Máster en Bioinformática

RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO, LAS ACTITUDES Y LOS HáBITOS DE RIESGO CON RESPECTO AL VIH EN ADOLESCENTES Y JÓVENES ESPAÑOLES.

Autora: Elisa Álvarez Menéndez

Tutora: María Sánchez Ronco

Curso 2023-24

RESUMEN

El VIH sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial, con 39,9 millones de personas infectadas con el virus del VIH en el mundo en 2023. Los jóvenes y adolescentes son un grupo especialmente vulnerable con 360.000 nuevos casos en ese mismo año, de acuerdo con los últimos datos de ONUSIDA. Entender cómo su conocimiento sobre el VIH, sus actitudes hacia las personas con VIH/SIDA y sus prácticas de riesgo se relacionan entre sí es fundamental para mejorar las estrategias de prevención y educación.

Objetivos:

El objetivo principal de este Trabajo de Fin de Máster fue analizar la relación entre el conocimiento sobre el VIH, las actitudes hacia las personas enfermas de SIDA y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes españoles, mediante la elaboración de un cuestionario online con REDcap y el análisis posterior de los datos obtenidos a través del software estadístico Jamovi.

Material y métodos:

La investigación llevada a cabo es de tipo observacional, transversal, descriptiva y analítica. La población de estudio incluyó a adolescentes y jóvenes españoles de entre 16 y 25 años, y la muestra final estuvo compuesta por 87 participantes obtenidos mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve. El cuestionario, elaborado en la plataforma REDCap y distribuido por WhatsApp, incluyó 37 ítems agrupados en bloques temáticos sobre variables sociodemográficas, nivel de conocimiento sobre el VIH, actitudes hacia personas con VIH y hábitos de riesgo. Para el análisis descriptivo, se calcularon medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las cualitativas; para el inferencial se realizaron tablas de contingencia, pruebas de Chi-cuadrado y no paramétricas.

Resultados:

Los resultados permitieron confirmar parcialmente la hipótesis planteada: un mayor conocimiento sobre el VIH se asoció con actitudes más positivas hacia las personas que viven con VIH, sin embargo, la relación entre el conocimiento y las prácticas de riesgo fue menos fuerte de lo esperado, sugiriendo que existen factores adicionales que influyen en estos comportamientos. También se observó una diferencia significativa en el nivel de conocimiento entre los jóvenes con y sin estudios biosanitarios, así como una asociación estadísticamente significativa entre la autopercepción del conocimiento y el nivel de conocimiento real.

Conclusiones:

Este estudio destaca la importancia de reforzar la educación sobre el VIH en las etapas educativas básicas y de aprovechar las redes sociales y otros medios digitales para campañas de concienciación entre jóvenes. Los resultados sugieren que una educación integral en salud debe enfocarse no solo en proporcionar información, sino también en mejorar las actitudes y la toma de decisiones, fomentando prácticas de prevención más seguras en la población juvenil.

Palabras clave:

VIH/SIDA, conocimiento sobre el VIH, actitudes hacia personas con VIH, hábitos de riesgo, adolescentes.

ABSTRACT

HIV remains one of the major global public health problems, with 39.9 million people infected with the HIV virus worldwide in 2023. Young people and adolescents are a particularly vulnerable group with 360,000 new cases in that same year, according to the latest UNAIDS data. Understanding how their knowledge about HIV, their attitudes toward people with HIV/AIDS, and their risk practices relate to each other is critical to improving prevention and education strategies.

Objectives:

The main objective of this Master's Thesis was to analyze the relationship between knowledge about HIV, attitudes towards people with AIDS and sexual risk behaviors in Spanish adolescents and young adults, through the elaboration of an online questionnaire with REDcap and the subsequent analysis of the data obtained through the statistical software Jamovi.

Material and methods:

The research carried out is observational, non-experimental, cross-sectional, descriptive and analytical. The study population included Spanish adolescents and young adults between 16 and 25 years of age, and the final sample consisted of 87 participants obtained by non-probabilistic snowball sampling. The questionnaire, developed on the REDCap platform and distributed by WhatsApp, included 37 items grouped into thematic blocks on sociodemographic variables, level of knowledge about HIV, attitudes towards people with HIV and risk habits. For the descriptive analysis, measures of central tendency were calculated for quantitative variables and frequencies and percentages for qualitative variables; for the inferential analysis, contingency tables, Chi-square and nonparametric tests were performed.

Results:

The results allowed partial confirmation of the hypothesis posed: greater knowledge about HIV was associated with more positive attitudes towards people living with HIV, however, the relationship between knowledge and risk practices was less strong than expected, suggesting that there are additional factors influencing these behaviors. A significant difference in knowledge level was also observed between young people with and without biosanitary studies, as well as a statistically significant association between self-perceived knowledge and actual knowledge level.

Conclusions:

This study highlights the importance of reinforcing HIV education at basic educational stages and leveraging social networks and other digital media for awareness campaigns among young people. The results suggest that comprehensive health education should focus not only on providing information, but also on improving attitudes and decision making, encouraging safer prevention practices in the youth population.

Key words:

HIV/AIDS, knowledge about HIV, attitudes towards people with HIV, risk behaviors, adolescents.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	6
1.1	VIH/SIDA	8
2	HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	11
2.1	HIPÓTESIS DE TRABAJO	11
2.2	OBJETIVO PRIMARIO	12
2.3	OBJETIVOS SECUNDARIOS	12
3	METODOLOGÍA	12
3.1	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	12
3.2	POBLACIÓN	13
3.3	MUESTRA	14
3.4	VARIABLES	14
3.4.1	CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA	15
3.4.2	ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS CON VIH	16
3.4.3	HÁBITOS DE RIESGO CON RELACIÓN AL VIH	17
3.4.4	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	18
3.5	MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS	18
3.6	MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO	23
4	RESULTADOS	24
4.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO	24
4.1.1	VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	24
4.1.2	VARIABLES RELATIVAS AL CONOCIMIENTO	25
4.1.3	VARIABLES RELATIVAS A LAS ACTITUDES HACIA LOS INFECTADOS	28
4.1.4	VARIABLES RELATIVAS A LOS HÁBITOS DE RIESGO.	29
4.1.5	OTRAS VARIABLES	31
4.2	ANÁLISIS INFERENCIAL	32
5	DISCUSIÓN	37
6	CONCLUSIONES	39
7	BIBLIOGRAFÍA	42
8	ANEXOS	46
8.1	ANEXO 1: RESOLUCIÓN POSITIVA DEL CEIM	46
8.2	ANEXO 2: CUESTIONARIO VIH/SIDA COMPLETO	46
8.3	ANEXO 3: TABLA COMPLETA DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO	49
9	DECLARACIÓN OBLIGATORIA DEL USO DE HERRAMIENTAS DE IA	53

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TASAS ANUALES DE NUEVOS CASOS DE VIH (TOTALES Y POR SEXO) EN ESPAÑA DESDE 2013	6
FIGURA 2. NUEVOS CASOS DE VIH A NIVEL MUNDIAL EN JÓVENES Y ADOLESCENTES (15-24) POR SEXOS.....	7
FIGURA 3. CICLO VITAL DEL VIH.....	9
FIGURA 4. FASES DE LA INFECCIÓN POR VIH	10

ÍNDICE DE TABLAS

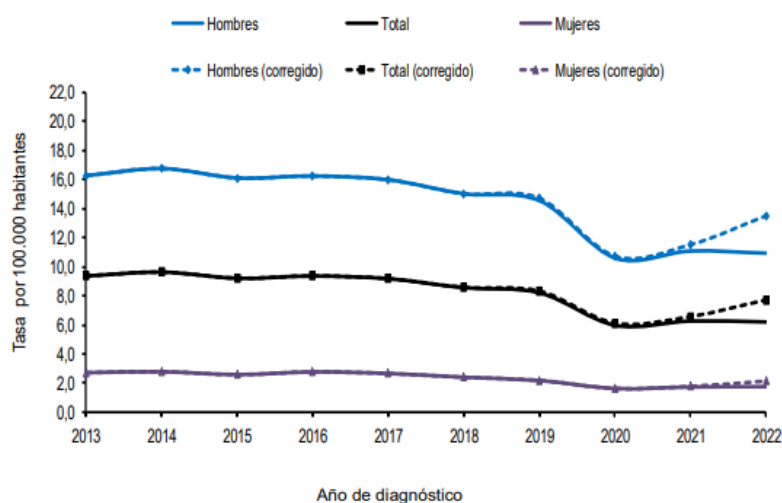
TABLA 1. BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	19
TABLA 2. BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE CONOCIMIENTO DEL VIH/SIDA	20
TABLA 3. BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS POR VIH.....	21
TABLA 4. BLOQUE DE PREGUNTAS SOBRE HáBITOS DE RIESGO EN RELACIÓN AL VIH/SIDA	22
TABLA 5. PREGUNTAS ADICIONALES SOBRE AUTOPERCEPCIÓN DE CONOCIMIENTO Y FUENTES DE INFORMACIÓN	22
TABLA 6. PREGUNTAS FINALES DE REFLEXIÓN SOBRE EL CUESTIONARIO	23
TABLA 7. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE NUESTRA POBLACIÓN DE ESTUDIO	25
TABLA 8. VARIABLES RELATIVAS AL CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH.....	25
TABLA 9. VARIABLES RELATIVAS A LAS ACTITUDES HACIA LOS INFECTADOS	28
TABLA 10. VARIABLES RELATIVAS A LOS HáBITOS DE RIESGO.....	29
TABLA 11. VARIABLES ADICIONALES	31
TABLA 12. VARIABLES FINALES.....	32
TABLA 13. RELACIÓN ENTRE LA VARIABLE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	34
TABLA 14. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y LAS ACTITUDES HACIA LOS CONTAGIADOS	35
TABLA 15. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA Y LOS HáBITOS DE RIESGO CON RESPECTO AL VIH.....	36

1 INTRODUCCIÓN

A pesar de los grandes avances médicos, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel global (Ballester et al., 2009). De acuerdo con las últimas estadísticas mundiales sobre el VIH, publicadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS, 2024a), en el año 2023 se contabilizaron 39,9 millones de personas infectadas con el virus del VIH en el mundo. La incidencia de nuevos casos en ese mismo año fue de 1,3 millones de personas, que, a pesar de ser una cifra todavía alarmante, sigue una tendencia descendente desde 1995, año en el que se diagnosticaron 3,3 millones de nuevas infecciones por VIH. Aun así, esta cifra está muy lejos del objetivo de UNAIDS para el año 2025, que pretende una incidencia inferior a 370.000 nuevos casos.

En España, según el Centro Nacional de Epidemiología dependiente del Ministerio de Sanidad, durante el año 2022 se notificaron 2.956 nuevos casos de VIH, que supone una tasa de 6,23 por 100.000 habitantes (sin ajustar por retraso en la notificación). Dicha tasa es similar a la de otros países de Europa Occidental, aunque es superior a la de la Unión Europea. Aun así, al igual que en el resto del mundo, la incidencia de nuevos casos de sida en España sigue una tendencia descendente desde la introducción de los tratamientos antirretrovirales a mediados de los años 90.

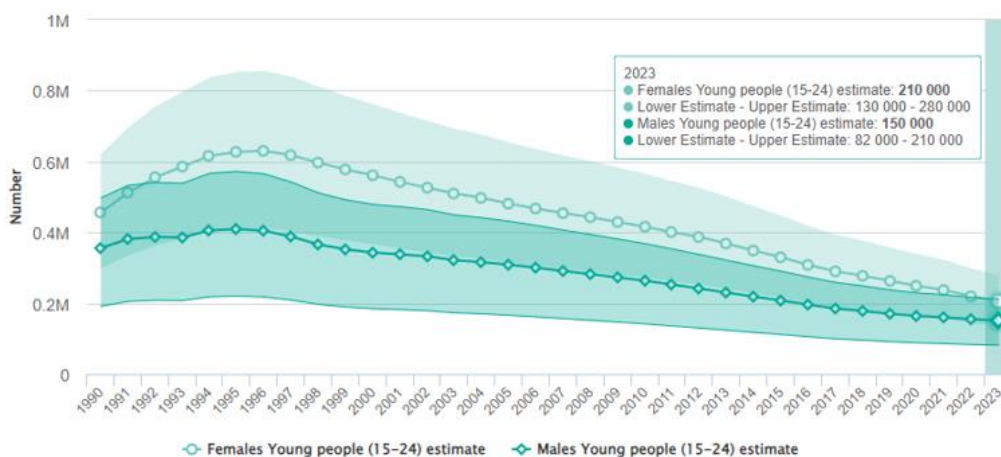
Figura 1. Tasas anuales de nuevos casos de VIH (totales y por sexo) en España desde 2013



Nota. Adaptado de “Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2022” (p. 35), por Ministerio de Sanidad, 2023.

A pesar del gran descenso de casos de SIDA en todo el mundo gracias a los métodos de prevención y a los fármacos antirretrovirales, que mejoran notablemente la vida de los enfermos, la transmisión del VIH sigue ocurriendo, siendo los adolescentes y jóvenes un grupo especialmente vulnerable (Ballester et al., 2009). De acuerdo con la última actualización de UNAIDS, se estima que, en el año 2023, alrededor de 1,2 millones de hombres de entre 15 y 24 años vivían con VIH, mientras que la cifra, en el caso de las mujeres en esta misma franja etaria, ascendía a 1,9 millones. Además, en ese mismo año, se registraron un total de 210.000 nuevos casos de VIH en mujeres adolescentes y jóvenes (15 a 24 años), siendo esta cifra cuatro veces superior al objetivo de UNAIDS de 50.000 para el año 2025 (UNAIDS, 2024b).

Figura 2. Nuevos casos de VIH a nivel mundial en jóvenes y adolescentes (15-24) por sexos.



Nota. Adaptado de "AIDSinfo: New HIV infections", por UNAIDS, 2024c.

Las causas de estas elevadas cifras de contagios entre los adolescentes y jóvenes son muy diversas, las más destacadas por los autores son las siguientes (Fernández y Pinzón, 2017; Villaseñor-Sierra et al., 2003):

- Inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.
- Escasos conocimientos sobre ITS/VIH.
- Inconsistencia en el uso de condón.
- Elevado número de compañeros sexuales.
- Consumo de sustancias psicotrópicas.
- Autopercepción de invulnerabilidad frente al contagio por VIH.

El principal objetivo del presente Trabajo de Fin de Máster es analizar la relación entre el conocimiento sobre el VIH, las actitudes hacia las personas enfermas de SIDA y las conductas sexuales de riesgo en adolescentes y jóvenes españoles. Mediante la elaboración de un cuestionario online y el análisis posterior de los datos obtenidos, se procurará evaluar la posible correlación entre dichas variables, tratando de identificar áreas de intervención educativa que pudieran contribuir a la disminución del alto número de contagios que se produce en esta franja etaria, incidiendo en la prevención, que es actualmente la única vía para detener la transmisión del virus (Ballester et al., 2009).

Es ampliamente considerado, que un conocimiento teórico extenso sobre el VIH y su transmisión es sinónimo de unas prácticas sexuales seguras (Bilbao et al., 2017). Sin embargo, en muchos casos estos conocimientos no se corresponden con una vida sexual saludable. Algunos autores han observado que en ocasiones existe una brecha significativa entre el saber teórico y la adopción de comportamientos preventivos en la población joven (Velo-Higueras et al., 2019; Villaseñor-Sierra et al, 2003). Mediante este Trabajo de Fin de Máster se pretende arrojar algo de luz sobre esta controversia.

1.1 VIH/SIDA

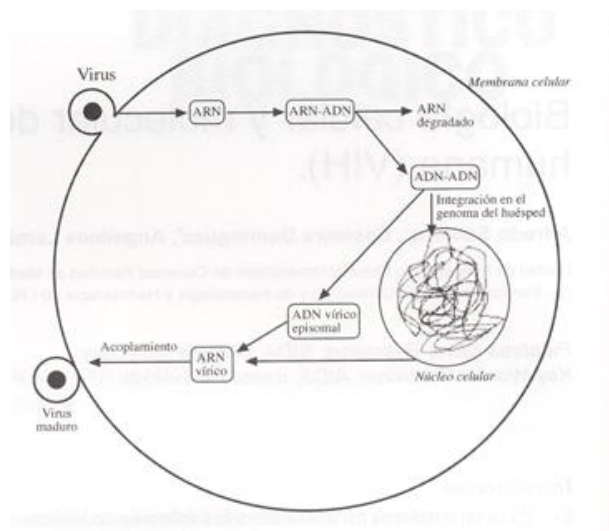
El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un retrovirus que pertenece a la familia de los *lentivirus*. Los retrovirus son virus de ARN que se caracterizan por poseer la enzima retrotranscriptasa o transcriptasa inversa que les permite sintetizar ADN a partir de ARN. Este proceso de síntesis, exclusivo de este tipo de virus, les capacita para transcribir el genoma vírico (ARN) en ADN e integrarlo en el material genético de las células a las que infecta, haciendo que dichas células fabriquen nuevas copias del virus (Delgado, 2011).

El VIH se clasifica en dos tipos: VIH-1 y VIH-2, que, aunque son genéticamente similares, es el VIH-1 el responsable de la epidemia global de SIDA, siendo el VIH-2 menos patogénico y transmisible, aunque también es capaz de producir SIDA (Sharp y Hahn, 2011).

La principal célula diana del VIH son los linfocitos T CD4, que expresan en su superficie celular dos receptores imprescindibles para la infección de la célula huésped por el VIH.

Estos receptores son: la molécula CD4 y un receptor de quimiocinas, habitualmente es el CCR5 aunque en algunos casos utilizan el CXCR4. El virus interactúa con ambos receptores (doble reconocimiento) lo que provoca la fusión de la membrana viral con la celular y la entrada del VIH en el linfocito (Delgado, 2011). Una vez dentro de los linfocitos T CD4, el virus comienza a replicarse para, posteriormente, destruir la célula huésped, lo que trae como consecuencia una lenta y progresiva disminución de la población linfocitaria. Aunque el sistema inmunológico trata de compensar dicha merma, la reposición linfocitaria nunca vuelve a alcanzar los valores iniciales, llegando a un punto en el que el recuento de linfocitos es tan reducido que el sistema inmunológico no es capaz de hacer frente a infecciones y/o tumores, apareciendo la sintomatología del SIDA (Lamotte, 2014).

Figura 3. Ciclo vital del VIH

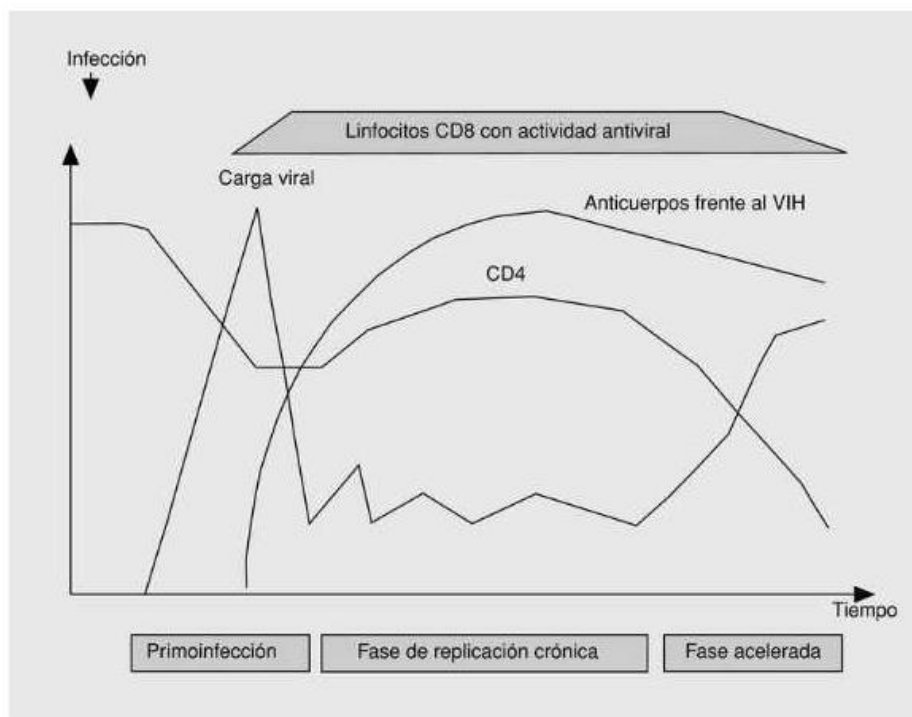


Nota. En la figura se aprecia la entrada del virus del VIH en un linfocito CD4, su replicación en el genoma de la célula huésped y la salida de un nuevo virus de VIH. Adaptado de “Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)”, por Santana et al., 2003, Revista de Diagnóstico Biológico, 52(1)

Hay que tener en cuenta, que el proceso de agotamiento linfocitario anteriormente descrito no ocurre inmediatamente. La infección por VIH progresa al SIDA en un periodo de aproximadamente 10 años, pasando por una amplia variedad de fases clínicas a medida que el VIH avanza en el organismo. La mayoría de los autores describen 3 fases principales (Hernández-Vargas y Middleton, 2012; Villaseñor-Sierra et al., 2003): una fase de infección aguda inicial, una fase asintomática y finalmente, la fase de SIDA.

Al comienzo de la infección, durante la fase aguda (2-10 semanas), se produce un aumento significativo de los niveles de VIH circulante, junto con un brusco descenso en la concentración de linfocitos T CD4, lo que puede dar lugar a síntomas inespecíficos como fiebre, dolor de cabeza, linfadenopatía, etc, que suelen pasar desapercibidos. Tras este periodo, comienza la fase asintomática o de latencia (7 a 10 años), en ella el sistema inmunológico intenta contrarrestar la replicación viral, volviendo a niveles “casi normales” de linfocitos T CD4, además, la carga viral circulante disminuye. Durante este periodo el paciente no presenta síntomas evidentes, aunque el VIH continúa replicándose. Finalmente, si no se inicia el tratamiento oportuno, la carga viral aumenta bruscamente y el recuento linfocitario disminuye a niveles insalvables. Esta última etapa es lo que se denomina SIDA, caracterizada por la aparición de ciertos tipos de cáncer e infecciones oportunistas, así como por un recuento de células T CD4 por debajo de 200 células/mm³ (Hernández-Vargas y Middleton, 2012).

Figura 4. Fases de la infección por VIH



Nota. En la figura se pueden observar las variaciones en los niveles de carga viral, CD4 y anticuerpos que ocurren en las diferentes fases de la infección por VIH anteriormente explicado. La primoinfección se corresponde con la fase aguda, la fase de replicación crónica con la de latencia y la fase acelerada con la de SIDA. Adaptado de “Inmunopatología del SIDA” (p. 437), por Alcamí et al., 2001, Medicina integral, 10.

Tras comprender las fases clínicas de la infección por VIH, es fundamental conocer las principales vías a través de las cuales el virus se transmite (Lamotte, 2014):

- **Vía sexual:** es la principal vía de transmisión del VIH en todo el mundo. Incluye penetración anal, vaginal y sexo oral. El método de prevención más efectivo contra esta vía es el uso de preservativos.
- **Vía sanguínea:** puede ocurrir por transfusiones de sangre contaminada, aunque hoy en día gracias a las rigurosas medidas de seguridad es poco común. Otra forma de contagio a través de la sangre, es el uso compartido de jeringas o agujas contaminadas, frecuente entre drogodependientes.
- **De madre a hijo:** el contagio puede suceder vía transplacentaria, durante el parto por contaminación en el canal o a través de la lactancia materna, aunque con el tratamiento antirretroviral adecuado, el riesgo de transmisión puede reducirse drásticamente.

Por último, además de la prevención, el principal tratamiento para la infección por VIH es la terapia antirretroviral (TAR), que consiste en una combinación de medicamentos cuyo objetivo es reducir la replicación del VIH y restaurar el sistema inmunológico, haciéndolo más inmunocompetente. Aunque actualmente no existe un tratamiento para curar el VIH, la terapia antirretroviral permite que las personas con VIH tengan una alta calidad de vida y nunca lleguen a desarrollar SIDA, cronificando la enfermedad y reduciendo significativamente el riesgo de transmisión. Todo ello se debe a que la TAR es capaz de reducir la carga viral a niveles indetectables (Oguntibeju, 2012).

2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los adolescentes y jóvenes españoles con mayores conocimientos sobre el VIH tendrán actitudes más positivas hacia las personas con SIDA y presentarán menos conductas sexuales de riesgo en comparación con aquellos con menores conocimientos.

2.2 OBJETIVO PRIMARIO

- Evaluar la relación entre el conocimiento, las actitudes y los hábitos de riesgo con respecto al VIH en adolescentes y jóvenes españoles.

2.3 OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Elaborar un cuestionario mediante la plataforma REDCap para la recogida de los datos.
- Recopilar datos demográficos y de conocimiento, actitudes y hábitos de riesgo asociados al VIH de adolescentes y jóvenes mediante el cuestionario elaborado.
- Analizar los datos recopilados mediante el software estadístico Jamovi: con aproximaciones descriptiva e inferencial.
- Identificar los factores demográficos relacionados con el nivel de conocimiento sobre el VIH.
- Proponer recomendaciones basadas en los hallazgos para mejorar la educación sobre el VIH.

3 METODOLOGÍA

En este apartado se describe la metodología aplicada a este Trabajo de Fin de Máster. A continuación, se presentan el diseño de investigación, la población joven y adolescente objeto de estudio y su muestreo, las variables observadas y los métodos de recogida de datos y de análisis estadístico. Es un estudio observacional, transversal, descriptivo y analítico.

3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación llevada a cabo es de tipo observacional, no experimental, lo que quiere decir que las variables a estudiar no han sido manipuladas ni modificadas intencionadamente. Se trata de una observación de los fenómenos estudiados en su propio entorno natural (estudio de campo), para posteriormente analizarlos. La investigación no experimental también puede denominarse investigación ex post facto debido a que las variables independientes estudiadas ya han sucedido por lo que se hace imposible su manipulación (Agudelo Viana et al., 2008).

El diseño de esta investigación es transversal debido a que los datos se recogen en un momento concreto y no a lo largo del tiempo. Su finalidad es describir, analizar y correlacionar las variables estudiadas en un punto del tiempo específico. No se pretende estudiar cómo evolucionan las variables, sino que es una instantánea de las mismas (Agudelo Viana et al., 2008).

Además, es una investigación de tipo descriptivo ya que busca describir/medir de manera detallada los fenómenos estudiados. Su finalidad es aportar información, lo más exhaustiva posible, sobre dichos fenómenos y sus características, estudiando cada una de manera independiente (Grajales, 2000).

Nuestro trabajo también incorpora un componente analítico, al intentar establecer relaciones entre las distintas variables objeto de estudio: variables sociodemográficas, conocimiento, actitudes y hábitos de riesgo respecto al VIH. De esta forma tratamos de obtener una imagen más completa de la realidad estudiada.

3.2 POBLACIÓN

La población objetivo de la investigación llevada a cabo en este trabajo, está formada por adolescentes y jóvenes de nacionalidad española, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 16 y 24 años. Este rango de edad se seleccionó debido a que coincide con la etapa de transición entre la adolescencia y la juventud temprana, un período crítico en cuanto a la formación de hábitos sexuales y la adopción de comportamientos de riesgo relacionados con la transmisión del VIH (Calero Yera et al., 2017).

Otro de los principales motivos, por los que se escogió esta franja etaria es, como ya se ha mencionado en la introducción, la alta incidencia de casos de VIH que siguen ocurriendo actualmente en la misma, 360.000 nuevos casos fueron registrados en el año 2023, de acuerdo con los últimos datos globales sobre el VIH, publicados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Además, teniendo en cuenta la fase de latencia de la enfermedad, explicada en el apartado titulado VIH/SIDA, es razonable suponer que un porcentaje significativo de los adultos

de entre 25 y 39 años de edad que son reportados como nuevos casos de VIH, pudieron haberse contagiado con el virus durante su adolescencia (Villaseñor-Sierra et al., 2003).

3.3 MUESTRA

La muestra para el trabajo fue obtenida mediante un muestreo no probabilístico por bola de nieve, debido a la naturaleza del método de recolección de datos. Este tipo de muestreo se da cuando el grupo inicial de participantes recluta o invita a otros participantes que cumplen con los criterios de inclusión y así sucesivamente, generando una "bola de nieve" a medida que se suman más individuos (Blanco y Castro, 2007). Nuestro cuestionario, elaborado en la plataforma REDCap, fue distribuido online, a través de la aplicación de mensajería WhatsApp, utilizando un proceso de difusión basado en el boca a boca digital, en el que los participantes iniciales compartieron el enlace del cuestionario con sus contactos.

El cuestionario se diseñó de manera que fuese accesible a través de dispositivos móviles mediante un enlace, facilitando su difusión y realización. Además, se trata de un cuestionario autoadministrado, ya que incluye las explicaciones pertinentes para poder ser completado de forma autónoma. Este diseño hizo posible la obtención de una muestra heterogénea en términos sociodemográficos, pero hay que tener en cuenta que, al no tratarse de una muestra completamente aleatoria, puede estar sujeta a sesgos de autoselección y a limitaciones relacionadas con el acceso a internet.

Aunque en un principio el número total de participantes fue de 101, la muestra final estuvo compuesta por 87 jóvenes y adolescentes, debido a que 4 participantes no completaron el cuestionario y 11 no cumplían los criterios de edad, a pesar de que el propio cuestionario alertaba de la necesidad de tener entre 16 y 25 años, eliminándolos de la muestra definitiva. La media de edad fue de 22,9 años y la distribución por sexo fue 67,8% mujeres, 29,9% hombres y 2,3% otros.

3.4 VARIABLES

Las principales variables estudiadas en este Trabajo Fin de Máster, como ya se ha mencionado previamente, son el conocimiento sobre el VIH/sida (Tabla 2, ítems 1 a 13),

las actitudes hacia las personas infectadas con VIH (Tabla 3, ítems 14 a 19) y los hábitos de riesgo con relación al VIH (Tabla 4, ítems 20 a 27). Además, también se han recopilado variables sociodemográficas (Tabla 1): edad, sexo, nivel de estudios, conocimientos biosanitarios previos y situación laboral. Por último, con el fin de obtener la máxima información posible, se recogieron dos variables de menor significancia en nuestro trabajo (Tablas 5 y 6): fuentes de información y autopercepción de conocimiento sobre el VIH.

3.4.1 CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA

Con el fin de evaluar el conocimiento sobre el VIH/SIDA de los jóvenes y adolescentes participantes en este estudio, se elaboraron una serie de cuestiones que pretenden dilucidar el grado de información y comprensión que tienen dichos participantes sobre el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Para ello, se consideraron las siguientes áreas del conocimiento:

- **Aspectos generales sobre el VIH y el SIDA:** incluye cuestiones básicas sobre el VIH, las diferencias entre VIH y SIDA y la patogenia de la enfermedad y su evolución (ítems: 1, 2, 3, 6, 7, 8, 10, 12).
- **Vías transmisión del VIH:** abarca todas las posibles vías de transmisión del VIH, y otras vías erróneamente asociadas a este virus (ítems: 4 y 9)
- **Métodos de prevención frente al VIH:** incide en los métodos realmente efectivos frente a otros que dan falsa seguridad ya que, aunque pueden evitar embarazos no deseados, no evitan la transmisión del VIH (ítem: 5).
- **Tratamiento del VIH/SIDA:** incluye cuestiones sobre la efectividad del tratamiento (ítems: 11 y 13).

Todos estos aspectos del conocimiento sobre el VIH/SIDA, fueron evaluados mediante una serie de 13 preguntas: dos politómicas de respuesta múltiple y once politómicas de respuesta única (Sí/No/No sé). En cuanto a estas últimas, la respuesta correcta varía según la pregunta: en los ítems 1, 2, 3, 7, 9, 12 y 13 la respuesta “Sí” otorga 1 punto y las respuestas “No” o “No sé” otorgan 0 puntos. Mientras que, en los ítems 6, 8, 10, 11 la respuesta “No” vale 1 punto y las respuestas “Sí” o “No sé” valen 0 puntos (Tabla 2).

Por otro lado, en cuanto a las dos cuestiones de respuesta múltiple, que se corresponden con las vías de transmisión (ítem 4) y los métodos prevención (ítem 5), se valoraron tanto las respuestas correctas marcadas como las respuestas incorrectas no marcadas, de modo que en el ítem 4 para obtener la puntuación máxima de 13 puntos, deben estar marcadas las 8 respuestas correctas y deben quedar sin marcar las 5 incorrectas. De la misma manera, en el ítem 5, la puntuación máxima son 7 puntos que se corresponden con las dos respuestas correctas marcadas y las 5 respuestas incorrectas no marcadas. (Tabla 2)

Estas cuestiones permiten obtener una puntuación máxima de 31 puntos, que indican el nivel más alto de conocimiento y una mínima de 0, que se corresponde con el nivel más bajo de conocimiento. En este trabajo se consideraron 3 niveles de conocimiento:

- De 31 a 25, nivel de conocimiento alto
- De 24 a 19, nivel de conocimiento medio
- De 18 a 0, nivel de conocimiento bajo

3.4.2 ACTITUDES HACIA LAS PERSONAS INFECTADAS CON VIH

Con el propósito de evaluar las actitudes de la población estudiada hacia las personas con VIH, se desarrolló una batería de seis afirmaciones en las que se tratan temas de convivencia, empatía, comprensión y socialización hacia las personas infectadas por VIH. De las seis afirmaciones, tres fueron formuladas positivamente (ítems 14, 15, 16) y las otras tres negativamente (ítems 17, 18, 19) (Tabla 3). Las respuestas se puntúan en una escala tipo Likert con cinco posibilidades; en los tres ítems formulados en positivo las puntuaciones son: Totalmente de acuerdo = 4, De acuerdo = 3, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, En desacuerdo = 1 y Totalmente en desacuerdo = 0. En los tres ítems formulados en negativo la puntuación es: Totalmente de acuerdo = 0, De acuerdo = 1, Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, En desacuerdo = 3 y Totalmente en desacuerdo = 4.

De esta manera la puntuación máxima son 24 puntos que indican el nivel más alto de actitud positiva y la puntuación mínima sería de 0 puntos que indica el nivel más bajo, es decir, una actitud negativa. En este Trabajo Fin de Máster se ha considerado una

actitud positiva al intervalo de puntuación de 18 a 24 puntos y una actitud negativa al intervalo de 0 a 17 puntos.

3.4.3 HÁBITOS DE RIESGO CON RELACIÓN AL VIH

La tercera variable principal de nuestro trabajo, son los hábitos de riesgo con relación al VIH. Para evaluar esta variable se diseñaron un total de ocho cuestiones, las siete primeras abordaban hábitos sexuales como el uso del condón, las relaciones esporádicas, el empleo de la marcha atrás como método de prevención, entre otras cuestiones. La última pregunta, sin embargo, trataba del hábito de compartir cuchillas de afeitar con otras personas. Dado que la mayoría de las preguntas se referían a hábitos sexuales debido a la enorme significancia de esta vía de transmisión, en la primera cuestión de esta parte del cuestionario (ítem 20), se preguntó a los participantes si alguna vez habían mantenido relaciones sexuales, en caso de contestar “Sí” el cuestionario seguía con normalidad mostrando el resto de ítems, en caso de contestar “No”, las preguntas sobre hábitos sexuales no aparecían (Tabla 4).

Por otro lado, mientras que las dos primeras preguntas (ítems 20 y 21) eran dicotómicas (Sí/No), el resto de las cuestiones (ítems 22, 23, 24, 25, 26 y 27) se puntuaron siguiendo una escala tipo Likert con cinco posibilidades: Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca. En el caso de las preguntas dicotómicas, la respuesta que conlleva más riesgo otorga 1 punto: en el ítem 20 es la respuesta “Sí” y en el ítem 21 es la respuesta “No”; las respuestas contrarias otorgan 0 puntos (Tabla 4). En cuanto a las cuestiones que seguían una escala tipo Likert, las cinco opciones de respuesta se puntuaron de 4 a 0, siendo 4 la respuesta que conlleva más riesgo y 0 la que menos. En el caso de los ítems 22, 26 y 27 las puntuaciones fueron: Siempre = 4, Habitualmente = 3, A veces = 2, Casi nunca = 1, Nunca = 0. Sin embargo, en los ítems 23, 24 y 25 la puntuación fue: Siempre = 0, Habitualmente = 1, A veces = 2, Casi nunca = 3, Nunca = 4.

De esta forma, la puntuación máxima de esta parte del cuestionario es de 26 puntos que indican el más alto nivel de riesgo de contagio por VIH, mientras que la puntuación mínima es de 0 puntos que indican riesgo nulo de contagio por VIH. En este trabajo se consideran tres niveles de riesgo según los hábitos:

- De 26 a 16, nivel de riesgo alto
- De 15 a 9, nivel de riesgo medio
- De 8 a 0, nivel de riesgo bajo

3.4.4 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Con el fin de determinar el perfil sociodemográfico de la población estudiada, se incluyeron en el cuestionario las variables: edad, género, nivel de estudios, conocimientos biosanitarios previos y situación laboral actual (Tabla 1). Estas variables permiten evaluar cómo factores como la edad, el nivel de estudios o la situación laboral pueden influir en la comprensión y percepción del VIH en adolescentes y jóvenes españoles, así como en sus hábitos de vida.

3.5 MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento empleado para la recogida de datos es, como ya se ha mencionado anteriormente, un cuestionario de 37 ítems elaborado en la plataforma REDCap. REDCap (Research Electronic Data Capture) es una plataforma web de gestión de datos desarrollada en la Universidad de Vanderbilt en el año 2004 y adoptada por más de 3207 instituciones en 128 países hasta el año 2018. Esta plataforma segura permite la creación y gestión de encuestas y bases de datos online, ofreciendo una gran variedad de herramientas que facilitan la recogida de datos en estudios de investigación. Además, REDCap cuenta con una comunidad global conocida como el "Consortio REDCap", que incluye instituciones académicas, gubernamentales y sin ánimo de lucro que utilizan y apoyan la plataforma (Harris et al., 2019).

Otra ventaja de la plataforma REDCap es la garantía de confidencialidad de los datos que ofrece a través de servidores web seguros y mecanismos de encriptación, reduciendo al mínimo el riesgo de violación de la privacidad y de pérdida de información. Además, para asegurar dicha confidencialidad, los datos fueron recogidos de forma anónima, sin identificadores personales directos, asegurando el cumplimiento de las normativas éticas y legales relacionadas con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD). Asimismo, el cuestionario de este TFM fue sometido a evaluación y aprobado por la

Comisión de Investigación de la Escuela de Doctorado e Investigación de la Universidad Europea de Madrid (Anexo 1).

El cuestionario se estructuró en varios bloques temáticos, cada uno enfocado en recopilar información sobre las variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel de estudios, etc.), el nivel de conocimiento sobre el VIH, las actitudes hacia las personas contagiadas por VIH y los hábitos de riesgo asociados al VIH. El diseño incluyó preguntas cerradas de tipo dicotómico (Sí/No) y politómicas, así como preguntas de selección múltiple. Antes de comenzar con las preguntas, aparece un breve encabezado donde se explica el objetivo del cuestionario y el uso que se va a dar a los datos, asegurando la confidencialidad y el anonimato de los mismos. Seguidamente aparecen las primeras preguntas correspondientes a las variables sociodemográficas:

Tabla 1. Bloque de preguntas sobre variables sociodemográficas

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
¿En qué año naciste?	
¿Con qué género te identificas?	Hombre/ Mujer/ Otros/ Prefiero no contestar
¿Cuál es tu nivel de estudios?	Educación Primaria/ Educación Secundaria Obligatoria (ESO)/ Bachillerato/ Formación Profesional (FP)/ Enseñanzas universitarias/ Sin estudios.
¿Están tu actividad laboral o tus estudios relacionados con el ámbito biosanitario?	Sí/ No
¿Cuál es tu situación laboral actualmente?	Trabajo/ Estudio/ Trabajo y estudio/ No trabajo ni estudio

El siguiente bloque de cuestiones es el correspondiente a la variable conocimiento sobre el VIH. Para su elaboración se consultaron diversos cuestionarios validados utilizados en diferentes trabajos (Ballester et al., 2009; Elghazaly et al., 2023; Espada et al., 2014; Terra et al., 2023; Walsh et al., 2008), adaptándolos a nuestras necesidades e intentando abarcar todos los aspectos teóricos básicos y significativos sobre el conocimiento del VIH/SIDA.

Tabla 2. Bloque de preguntas sobre conocimiento del VIH/SIDA

1.	¿Has oído hablar sobre el VIH o la enfermedad del SIDA?	Sí/ No/ No estoy segur@
2.	¿Conoces la diferencia entre VIH y SIDA?	Sí/ No/ Son lo mismo
3.	¿Es el VIH contagioso?	Sí/ No/ No sé
4.	¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del VIH? (puedes marcar más de una respuesta)	Vasos o cubiertos/ Agujas para jeringuillas/ Cuchilla de afeitar/ Sangre/ Sudor/ Flujo vaginal/ Semen/ Líquido preseminal/ Saliva/ Leche materna/ Agujas (piercings...)/ Picadura de mosquito/ Toser o estornudar
5.	¿Cuáles de los siguientes son métodos de prevención efectivos frente al contagio por VIH? (puedes marcar más de una respuesta)	Uso de condón durante las relaciones sexuales/ La marcha atrás en el coito/ Lavarse los genitales adecuadamente tras el coito/ Tomar la píldora/ Circuncisión masculina/ Abstinencia sexual/ Practicar sexo anal
6.	¿A simple vista puede saberse si una persona es portadora del virus del SIDA?	Sí/ No/ No sé
7.	¿Una persona afectada por el VIH puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?	Sí/ No/ No sé
8.	¿La mayoría de personas con VIH muestran síntomas de estar enfermos enseguida?	Sí/ No/ No sé
9.	¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente sexo oral?	Sí/ No/ No sé
10.	¿Dar positivo en las pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?	Sí/ No/ No sé
11.	¿Actualmente, el SIDA es una enfermedad que tiene cura?	Sí/ No/ No sé
12.	¿Los enfermos de SIDA tienen más probabilidades de padecer infecciones y tumores?	Sí/ No/ No sé
13.	Las personas infectadas por VIH con el tratamiento adecuado, ¿Pueden llevar una vida normal (sin síntomas)?	Sí/ No/ No sé

El bloque de actitudes hacia las personas contagiadas por VIH es el siguiente, en este caso en vez de preguntas, son afirmaciones con las que se intenta evaluar si los participantes son comprensivos y empáticos con las personas contagiadas con VIH o si por el contrario tienen una actitud negativa y estigmatizadora hacia ellos. Para elaborar este bloque de afirmaciones, al igual que en el anterior, se consultaron diferentes

trabajos (Ballester et al., 2009; Bilbao et al., 2017; Elghazaly et al., 2023) procurando englobar los ítems más adecuados para nuestro contexto.

Tabla 3. Bloque de preguntas sobre actitudes hacia las personas infectadas por VIH

14.	La sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos con VIH	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
15.	Me sentiría cómoda/o compartiendo el baño con una persona que sé que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
16.	Me sentiría cómodo/a si me enterase de que un compañero de clase/trabajo tiene VIH/SIDA.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
17.	Evitaría socializar con alguien si supiera que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
18.	Las personas con VIH/SIDA tienen lo que se merecen	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
19.	Si un amigo/a contrajera el VIH no podría evitar el cambiar mi forma de ser con él/ella	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo

El último bloque de cuestiones se corresponde con la variable hábitos de riesgo asociados al VIH. De nuevo se consultaron diferentes estudios y trabajos (Ballester et al., 2009; Bermúdez et al, 2016; De Santis et al., 2017), con el fin de elaborar un bloque de cuestiones que evaluara con precisión los comportamientos que aumentan el riesgo de infección por VIH, como el uso inconsistente de preservativos, las relaciones sexuales esporádicas con múltiples parejas, y el uso compartido de material cortopunzante, siempre adaptando las preguntas al contexto de los jóvenes encuestados.

Tabla 4. Bloque de preguntas sobre hábitos de riesgo en relación al VIH/SIDA

20.	¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con otra persona?	Sí/No
21.	Actualmente, Tienes pareja estable?	Sí/No
22.	¿Mantienes relaciones esporádicas con distintas parejas?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
23.	¿Utilizas condón en tus relaciones?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
24.	¿Preguntas a tus parejas por enfermedades de transmisión sexual antes de mantener relaciones sexuales?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
25.	En caso de preguntar, ¿Recibes una respuesta clara y adecuada a lo que necesitas saber?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
26.	¿Utilizas la marcha atrás como método preventivo frente al VIH?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
27.	¿Compartes cuchillas de afeitar con otras personas?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca

Por último, además de las cuestiones sociodemográficas y los bloques de preguntas destinados a evaluar el conocimiento, las actitudes y los hábitos de riesgo asociados al VIH, se incluyeron una serie de preguntas adicionales con el propósito de obtener información que pudiera ser útil para enriquecer las conclusiones del estudio. Estas preguntas adicionales permitieron evaluar el impacto del cuestionario en el propio nivel de percepción del conocimiento sobre el VIH, así como identificar las principales fuentes de información de los encuestados y su percepción sobre la educación en salud. De esta forma, al inicio del cuestionario se plantearon estas dos cuestiones:

Tabla 5. Preguntas adicionales sobre autopercepción de conocimiento y fuentes de información

Según tu nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, te consideras:	Muy bien informado@/ Bien informad@/ Algo informad@/ Poco informad@/ Nada informad@
¿Cuáles han sido tus principales fuentes de información sobre VIH/SIDA? (puedes marcar más de una respuesta)	Televisión/ Internet/ Redes Sociales/ Materiales impresos (folletos, libros)/ Profesionales de la salud/ Instituto o Universidad/ Familia/ Amigos/ Otros

Finalmente, tras la realización del cuestionario, se plantearon otras tres cuestiones, repitiendo la pregunta “Según tu nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, te consideras...”. Con ello se pretendía evaluar si la reflexión generada por la participación

en el cuestionario produjo algún cambio en la autopercepción del nivel de conocimiento sobre el VIH.

Tabla 6. Preguntas finales de reflexión sobre el cuestionario

Según tu nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, te consideras:	Muy bien informado@/ Bien informad@/ Algo informad@/ Poco informad@/ Nada informad@
¿Consideras que los colegios/institutos deberían proporcionar más información y educación sobre el VIH/SIDA a los estudiantes?	Sí/ No/ No sé
Te sientes capacitad@ para informar a los demás y proteger tu salud ante enfermedades de transmisión sexual?	Sí/ No/ No sé

El cuestionario, que consta de un total de 37 cuestiones, se distribuyó de forma online, a través de la plataforma de mensajería WhatsApp, mediante un enlace generado automáticamente por la plataforma REDCap.

3.6 MÉTODO DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para realizar el análisis estadístico de los datos, se utilizó el software estadístico Jamovi, una plataforma de análisis de datos estadísticos que permite realizar pruebas tanto descriptivas como inferenciales. Se eligió este software por su facilidad de uso y su capacidad para llevar a cabo análisis robustos, tales como pruebas paramétricas y no paramétricas, esenciales para el tratamiento de los datos de este Trabajo de Fin de Máster.

Con el objetivo de obtener una primera visión general de los datos, se realizó un análisis descriptivo de todas las variables incluidas en el estudio. Para ello, se calcularon medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas. Los resultados de dicho análisis descriptivo se presentan en tablas desglosadas por variables.

Tras el análisis descriptivo, se realizó el análisis inferencial con el objetivo de encontrar relaciones estadísticamente significativas entre las variables de estudio. Para ello, se realizaron tanto tablas de contingencia y pruebas Chi-cuadrado para las variables categóricas, como pruebas no paramétricas (no se cumplía con el supuesto de

normalidad): U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis para asociaciones entre una variable cuantitativa y una cualitativa dicotómica o politómica respectivamente, y correlación de Spearman para variables cuantitativas. En todos los análisis, se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$.

4 RESULTADOS

En este apartado se exponen los resultados obtenidos a través del cuestionario, incluyendo un análisis descriptivo y un análisis inferencial realizado con jamovi. Primero, se detalla el análisis descriptivo, en el que iremos desglosando los resultados obtenidos por variables. En el anexo 3 se incluye la tabla íntegra con todos los resultados, dicha tabla contiene todas las preguntas del cuestionario con frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se realizaron pruebas estadísticas inferenciales para evaluar la existencia de asociaciones significativas entre las variables.

4.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.1.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

A continuación, se destacan las características sociodemográficas más relevantes de nuestra muestra, todos los datos obtenidos pueden observarse en la tabla 7. Como ya se ha mencionado anteriormente, aunque en un principio el número total de participantes en nuestro estudio fue de 101, la muestra final estuvo compuesta por 87 jóvenes y adolescentes. Cabe destacar que la media de edad de dicha muestra era de 22,9 años con una desviación estándar de $\pm 2,23$, y una mediana de 24 años, lo que indica que la mayoría de los encuestados se encontraban en la etapa de juventud tardía.

Otro dato a destacar es la distribución por género, observamos que la mayoría de los participantes, el 67,8 %, se identifica como mujer, el 29,9 % como hombre y solo el 2,3 % no se identifica ni como hombre ni como mujer. Además, es importante mencionar que el 81,6 % de los participantes tiene estudios universitarios, lo que sugiere un alto nivel educativo en la muestra. El resto se reparte entre quienes tienen Formación Profesional (FP) y Bachillerato (8% cada uno), con solo un 1% de personas sin estudios. Este alto nivel educativo podría estar asociado a un mayor conocimiento sobre el VIH y mejores hábitos, sobre todo teniendo en cuenta que el 28,7 % de los encuestados

reportó haber cursado estudios biosanitarios. Por último, cabe destacar que solo una persona de las 87 que forman parte de la muestra, no estudia ni trabaja.

Tabla 7. Características sociodemográficas de nuestra población de estudio

Variables		Número total	Porcentaje
Edad	16-20	13	14,9 %
	21-25	74	85,1 %
Género	Hombre	26	29,9 %
	Mujer	59	67,8 %
	Otros	2	2,3 %
Nivel de estudios	ESO	1	1,1 %
	Bachillerato	7	8,0 %
	Formación Profesional (FP)	7	8,0 %
	Enseñanzas universitarias	71	81,6 %
	Sin estudios	1	1,1 %
Estudios biosanitarios	Sí	25	28,7 %
	No	62	71,3 %
Situación laboral	Estudio	39	44,8 %
	No trabajo ni estudio	1	1,1 %
	Trabajo	25	28,7 %
	Trabajo y estudio	22	25,3 %

4.1.2 VARIABLES RELATIVAS AL CONOCIMIENTO

Como ya se ha mencionado anteriormente, para evaluar el conocimiento de los jóvenes y adolescentes con respecto al VIH, se elaboró un bloque de cuestiones que abarca todos los aspectos teóricos básicos y significativos sobre el conocimiento del VIH/SIDA. Los resultados obtenidos a partir de dicho bloque de preguntas se muestran a continuación:

Tabla 8. Variables relativas al conocimiento sobre el VIH

Variables		Número total	Porcentaje
¿Has oído hablar sobre el VIH/SIDA?	Sí	87	100 %
	No	0	0 %
¿Conoces la diferencia entre VIH y SIDA?	Sí	43	49,4 %
	No	34	39,1 %
	Son lo mismo	10	11,5 %
¿Es el VIH contagioso?	Sí	77	88,5 %
	No	4	4,6 %
	No sé	6	6,9 %

¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del VIH? (respuesta múltiple)	Vasos o cubiertos	4	4,6 %
	Agujas para jeringuillas	79	90,8 %
	Cuchilla de afeitar	49	56,3 %
	Sangre	83	95,4 %
	Sudor	3	3,4 %
	Flujo vaginal	73	83,9 %
	Semen	81	93,1 %
	Líquido preseminal	63	72,4 %
	Saliva	12	13,8 %
	Leche materna	38	43,7 %
	Agujas (piercings...)	56	64,4 %
	Picadura de mosquito	19	21,8 %
	Toser o estornudar	1	1,1 %
¿Cuáles de los siguientes son métodos de prevención efectivos frente al VIH? (respuesta múltiple)	Uso de condón	86	98,9 %
	Marcha atrás en el coito	3	3,4 %
	Lavarse los genitales tras el coito	13	14,9 %
	Tomar la píldora	2	2,3 %
	Circuncisión masculina	0	0 %
	Abstinencia sexual	39	44,8 %
	Practicar sexo anal	2	2,3 %
¿A simple vista puede saberse si una persona es portadora del virus del SIDA?	Sí	0	0 %
	No	85	97,7 %
	No sé	2	2,3 %
¿Una persona afectada por el VIH puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?	Sí	81	93,1 %
	No	3	3,4 %
	No sé	3	3,4 %
¿La mayoría de personas con VIH muestran síntomas de estar enfermos enseguida?	Sí	0	0 %
	No	71	81,6 %
	No sé	16	18,4 %
¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente sexo oral?	Sí	67	77,0 %
	No	6	6,9 %
	No sé	14	16,1 %
¿Dar positivo en las pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?	Sí	7	8,0 %
	No	46	52,9 %
	No sé	34	39,1 %
¿Actualmente, el SIDA es una enfermedad que tiene cura?	Sí	10	11,5 %
	No	60	69,0 %
	No sé	17	19,5 %
¿Los enfermos de SIDA tienen más probabilidades de padecer infecciones y tumores?	Sí	45	51,7 %
	No	6	6,9 %
	No sé	36	41,4 %
Las personas infectadas por VIH con el tratamiento adecuado, ¿Pueden llevar una vida normal?	Sí	79	90,8 %
	No	0	0 %
	No sé	8	9,2 %

Aunque estos resultados revelan en general un grado de conocimiento alto entre los encuestados, encontramos también ciertas lagunas de conocimiento que consideramos relevante destacar. Uno de los datos más sorprendentes es que, aunque el 100% de los encuestados afirmó haber oído hablar sobre el VIH/SIDA, al preguntar sobre la diferencia entre VIH y SIDA, solo el 49.4% conocía la diferencia, mientras que el 50,6 % confundía ambos conceptos o consideraba que eran lo mismo.

Otro dato curioso es que 10 personas (11, 5%) no sabían que el VIH es contagioso. En esta línea, en cuanto a las vías de transmisión del VIH, la mayoría de los encuestados identificó correctamente que el contacto con sangre (95,4%), el uso de agujas para jeringuillas (90,8%) y los fluidos sexuales (semen: 93,1%, flujo vaginal: 83,9%) son vías de contagio. No lo tuvieron tan claro con el líquido preseminal (72,4%), las agujas para piercings (64,4%) o las cuchillas de afeitar (56,3%), aunque aún más destacable es el hecho de que solo el 43,7% de los encuestados identificó la leche materna como vía de transmisión del VIH. En cuanto a las vías marcadas incorrectamente, destacan la saliva, señalada erróneamente por el 13,8%, y la picadura de mosquito, por el 21,8%.

En cuanto a los métodos de prevención, prácticamente todos los participantes reconocieron el uso del condón como un método eficaz (98.9%), aunque solo el 44,8 % marcó acertadamente la abstinencia sexual. Entre los métodos incorrectos, destaca "lavarse los genitales tras el coito" marcado por el 14,9 % de los participantes. Por otro lado, solo el 52,9% señaló correctamente que dar positivo en las pruebas de VIH, no implica necesariamente desarrollar SIDA, lo que concuerda con el bajo acierto en la pregunta sobre la diferencia entre VIH y SIDA. Asimismo, solo el 69% de los encuestados estaba seguro de que el SIDA no tiene cura y únicamente el 51,7% conocía que los enfermos de SIDA tienen más probabilidades de padecer infecciones y tumores.

Una vez realizado, mediante jamovi, el recuento de respuestas correctas, se asignaron los niveles alto/medio/bajo a cada puntuación. De los 87 participantes en total, 58 tuvieron como resultado una puntuación de conocimiento que en este estudio se consideró como alto (31 a 25 puntos), esto es un 66,7%; 25 un conocimiento clasificado como medio (24 a 19 puntos), esto es un 28,7%; y solo 4 de los encuestados obtuvieron una puntuación de conocimiento considerada baja (18 a 0 puntos), esto es un 4,6%.

4.1.3 VARIABLES RELATIVAS A LAS ACTITUDES HACIA LOS INFECTADOS

Del mismo modo que con la variable conocimiento, para evaluar la actitud de los jóvenes y adolescentes hacia las personas infectadas con VIH, se formularon una serie de afirmaciones. Los resultados obtenidos se puntuaron de acuerdo a una escala tipo Likert y se muestran a continuación:

Tabla 9. Variables relativas a las actitudes hacia los infectados

Variables		Número total	Porcentaje
La sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos con VIH	Totalmente de acuerdo	50	57,5 %
	De acuerdo	29	33,3 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	8	9,2 %
	En desacuerdo	0	0 %
	Totalmente en desacuerdo	0	0 %
Me sentiría cómodo compartiendo el baño con una persona que sé que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo	15	17,2 %
	De acuerdo	28	32,2 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	19	21,8 %
	En desacuerdo	24	27,6 %
	Totalmente en desacuerdo	1	1,1 %
Me sentiría cómodo si me enterase de que un compañero de clase/trabajo tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo	33	37,9 %
	De acuerdo	31	35,6 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	15	17,2 %
	En desacuerdo	7	8,0 %
	Totalmente en desacuerdo	1	1,1 %
Evitaría socializar con alguien si supiera que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo	3	3,4 %
	De acuerdo	3	3,4 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	3,4 %
	En desacuerdo	29	33,3 %
	Totalmente en desacuerdo	49	56,3 %
Las personas con VIH/SIDA tienen lo que se merecen	Totalmente de acuerdo	1	1,1 %
	De acuerdo	0	0 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4,6 %
	En desacuerdo	15	17,2 %
	Totalmente en desacuerdo	67	77,0 %
Si un amigo/a contrajera el VIH no podría evitar el cambiar mi forma de ser con él/ella	Totalmente de acuerdo	3	3,4 %
	De acuerdo	3	3,4 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4,6 %
	En desacuerdo	19	21,8 %
	Totalmente en desacuerdo	58	66,7 %

En general, los resultados revelan una actitud positiva de los participantes hacia las personas contagiadas con VIH, por ejemplo el 90,8 % considera que la sociedad debería

ser más comprensiva y solidaria con los enfermos de VIH, el 89,6 % se mostró en desacuerdo con la afirmación “Evitaría socializar con alguien si supiera que tiene VIH/SIDA” y el 94.3% de los encuestados rechazó la afirmación de que las personas con VIH "tienen lo que se merecen", con solo un 1 participante de acuerdo con esta afirmación. Sin embargo, algunos resultados revelan que aún existen ciertos prejuicios hacia las personas que viven con VIH. Cuando se trata de compartir espacios cotidianos, como el baño, con una persona que tiene VIH, solo el 49,4% de los encuestados se sentiría cómodo en esta situación, mientras que el 28.7% señaló que se sentiría incómodo, el 21,8% restante se mantuvo neutro. Estos resultados se deben probablemente a una falta de conocimiento sobre las vías de transmisión.

De nuevo, al igual que con la variable conocimiento, se clasificó a los participantes del estudio en actitud positiva o negativa según la puntuación obtenida en esta parte de la encuesta. De los 87 encuestados, 62 obtuvieron una puntuación de actitud que en este estudio se consideró como positiva (24 a 18 puntos), esto es un 71,3% y 25 una puntuación de actitud clasificada como negativa (17 a 0 puntos), esto es un 28,7%.

4.1.4 VARIABLES RELATIVAS A LOS HÁBITOS DE RIESGO.

Para evaluar los hábitos de riesgo en relación al VIH de los encuestados, se formularon una serie de cuestiones, la mayoría de ellas sobre prácticas/conductas sexuales. Los resultados obtenidos se muestran a continuación:

Tabla 10. Variables relativas a los hábitos de riesgo

VARIABLES		Número total	Porcentaje
¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con otra persona?	Sí	80	92,0 %
	No	7	8,0 %
Actualmente, ¿Tienes pareja estable?	Sí	50	62,5 %
	No	30	37,5 %
¿Mantienes relaciones esporádicas con distintas parejas?	Siempre	0	0 %
	Habitualmente	3	3,8 %
	A veces	14	17,5 %
	Casi nunca	12	15,0 %
	Nunca	51	63,7 %
¿Utilizas condón en tus relaciones?	Siempre	30	37,5 %
	Habitualmente	14	17,5 %

	A veces	14	17,5 %
	Casi nunca	11	13,8 %
	Nunca	11	13,8 %
¿Preguntas a tus parejas por enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones?	Siempre	7	8,8 %
	Habitualmente	13	16,3 %
	A veces	8	10,0 %
	Casi nunca	21	26,3 %
	Nunca	31	38,8 %
En caso de preguntar, ¿Recibes una respuesta clara y adecuada a lo que necesitas saber?	Siempre	12	15,0 %
	Habitualmente	9	11,3 %
	A veces	14	17,0 %
	Casi nunca	12	15,0 %
	Nunca	33	41,3 %
¿Utilizas la marcha atrás como método preventivo frente al VIH?	Siempre	0	0 %
	Habitualmente	2	2,5 %
	A veces	11	13,8 %
	Casi nunca	8	10,0 %
	Nunca	59	73,8 %
¿Compartes cuchillas de afeitar con otras personas?	Siempre	1	1,1 %
	Habitualmente	3	3,4 %
	A veces	11	12,6 %
	Casi nunca	9	10,3 %
	Nunca	63	72,4 %

El 92% de los participantes reportó haber tenido relaciones sexuales, y de estos, un 62.5% indicó tener una pareja estable. Un dato destacable es que solo el 37,5% de los encuestados utiliza condón siempre en sus relaciones, este dato es aún mas sorprendente si tenemos en cuenta que, en el bloque de preguntas de conocimiento, el 98,9% señaló correctamente que el uso de condón es un método efectivo frente al contagio por VIH. Lo mismo ocurre con el método de la marcha atrás, en el bloque de conocimiento solo el 3,4 % lo marcó como método efectivo, sin embargo, el 26,3% de los encuestados lo ha utilizado en alguna ocasión. Por otro lado, el 65,1% de los participantes, indicó que nunca o casi nunca pregunta a sus parejas sexuales por enfermedades de transmisión sexual y por ende el 56,3% nunca o casi nunca recibe una respuesta clara a dicha cuestión. Solo el 8,8% pregunta siempre. Otro dato reseñable es que el 27,4% de los participantes compartió su cuchilla de afeitar en alguna ocasión.

Al igual que en las anteriores variables, se clasificó a los participantes del estudio en riesgo alto/medio/bajo según la puntuación obtenida en este bloque de preguntas sobre hábitos de riesgo. De los 87 encuestados, 8 obtuvieron una puntuación de hábitos de

riesgo que en este estudio se consideró como riesgo alto (26 a 16 puntos), esto es un 9,2%; 44 una puntuación de hábitos de riesgo clasificada como riesgo medio (15 a 9 puntos), esto es un 50,6%; y 35 una puntuación clasificada como riesgo bajo (8 a 0 puntos), esto es un 40,2%.

4.1.5 OTRAS VARIABLES

Por último, como ya se mencionó anteriormente, al inicio y al final del cuestionario se incluyeron una serie de preguntas adicionales con el propósito de obtener información que pudiera ser útil para enriquecer las conclusiones del estudio. Al inicio se preguntó a los encuestados cómo percibían su propio nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA, la mayoría se consideraba bien o algo informado (74,7%), con un 20,6% poco o nada informado y solo 4 personas que consideraban estar muy bien informadas. También se preguntó a los participantes sobre sus principales fuentes de información sobre el VIH/SIDA, siendo la fuente más reportada “Internet” (58,6%), seguida por “Instituto o Universidad” (55,2%) y “Redes Sociales” (46,0%). Estos datos pueden observarse en la siguiente tabla:

Tabla 11. Variables adicionales

Variables		Número total	Porcentaje
Según tu nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA te consideras:			
	Muy bien informad@	4	4,6 %
	Bien informad@	23	26,4 %
	Algo informad@	42	48,3 %
	Poco informad@	17	19,5 %
	Nada Informad@	1	1,1 %
¿Cuáles han sido tus principales fuentes de información sobre VIH/SIDA? (respuesta múltiple)			
	Televisión	31	35,6 %
	Internet	51	58,6 %
	Redes Sociales	40	46,0 %
	Materiales impresos (folletos, libros)	16	18,4 %
	Profesionales de la salud	22	25,3 %
	Instituto o Universidad	48	55,2 %
	Familia	22	25,3 %
	Amigos	21	24,1 %
	Otros	4	4,6%

Las preguntas realizadas al final pretendían evaluar si la realización del cuestionario había llevado a los encuestados a algún tipo de reflexión. Los resultados obtenidos pueden observarse a continuación:

Tabla 12. Variables finales

Variables		Número total	Porcentaje
Según tu nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA te consideras:	Muy bien informad@	3	3,4 %
	Bien informad@	25	28,7 %
	Algo informad@	38	43,7 %
	Poco informad@	18	20,7 %
	Nada Informad@	3	3,4 %
¿Consideras que los colegios/Institutos deberían proporcionar más información y educación sobre el VIH/SIDA a los estudiantes?	Sí	82	94,3 %
	No	1	1,1 %
	No sé	4	4,6 %
¿Te sientes capacitad@ para informar a los demás y proteger tu salud antes enfermedades de transmisión sexual?	Sí	43	49,4 %
	No	28	32,2 %
	No sé	16	18,4 %

La primera pregunta trataba de nuevo sobre la autopercepción del nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA, observando que no había cambios especialmente destacables tras la realización del cuestionario. En la segunda pregunta se aborda la necesidad de que los centros educativos proporcionen más información sobre el VIH/SIDA, siendo la respuesta mayoritariamente favorable (94,3%). Por último, tras la realización del cuestionario, solo el 49,4% se auto percibía capacitado para informar a los demás y proteger su salud ante enfermedades de transmisión sexual.

4.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

Para evaluar la relación entre las diferentes variables del estudio, se realizaron análisis inferenciales mediante diversas pruebas estadísticas, a través del software estadístico Jamovi. Estas pruebas permitieron explorar si existían asociaciones significativas entre la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA y las variables sociodemográficas, actitudes hacia las personas infectadas con VIH y hábitos de riesgo en relación con el VIH.

En primer lugar, con el objetivo de examinar dichas relaciones, se elaboraron tablas de contingencia, tomando la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA como categórica (alto, medio, bajo), facilitando una primera exploración de las distribuciones y posibles asociaciones. De esta forma, se realizó la prueba del Chi-cuadrado (χ^2) para determinar si las diferencias observadas en estas tablas eran estadísticamente significativas.

Además, dado que el conocimiento también se midió como una variable continua (puntuaciones de conocimiento), se realizaron pruebas adicionales como Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, o correlación de Spearman, según el caso, para examinar las diferencias o relaciones entre las puntuaciones de conocimiento y las demás variables. Se utilizaron dichas pruebas no paramétricas debido a que la variable conocimiento no cumplía con el supuesto de normalidad, como se evidenció en la prueba de Shapiro-Wilk ($p < 0,001$).

El uso combinado de ambas pruebas (Chi-cuadrado para el conocimiento categórico y Kruskal-Wallis, Mann-Whitney o Spearman para el conocimiento cuantitativo) permitió un análisis más exhaustivo de los resultados. Mientras que el Chi-cuadrado aportó información sobre la distribución de categorías, las pruebas no paramétricas ofrecieron una visión más detallada de las diferencias en las puntuaciones de conocimiento, permitiendo detectar patrones que podrían no ser evidentes al considerar el conocimiento únicamente en términos de categorías.

Para mejorar la claridad y la robustez estadística del análisis inferencial, se realizaron algunas modificaciones en la agrupación de las variables y se excluyeron ciertas categorías con pocos datos. En primer lugar, la categoría "Otros" en la variable "Género" fue excluida de las comparaciones inferenciales, debido a la baja frecuencia de la misma (2 individuos) que afectaba la precisión del análisis. Sin embargo, es importante señalar que los dos participantes de esta categoría se clasificaron en el nivel "Alto" de conocimiento. En cuanto al nivel de estudios, se agruparon las categorías en "Estudios universitarios" y "No estudios universitarios". Esta reorganización fue necesaria para evitar múltiples celdas con valores de cero que distorsionaban la comparación inferencial. Por último, en la variable "Situación laboral", se optó por eliminar la categoría "No trabajo ni estudio" de la comparación, dado que solo incluía un caso (Conocimiento "Alto"). De esta forma, se reduce el sesgo introducido por las categorías con baja frecuencia y se refuerza la validez del análisis de las variables.

A continuación, se presenta la primera tabla de resultados del análisis inferencial que relaciona la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA con las distintas variables sociodemográficas:

Tabla 13. Relación entre la variable conocimiento sobre el VIH/SIDA y las variables sociodemográficas

Conocimiento sobre el VIH/SIDA						
Variable cuantitativa				p-valor Kruskal-Wallis	p-valor Correlación de Spearman	
Edad						
16-25				0,225	0,117	
Variables cualitativas	Alto (31-25)	Medio (24-19)	Bajo (18-0)	Media de conocimiento ± DE	p-valor (χ ²)	p-valor*
Género						
Mujer	37 (62,7%)	19 (32,2%)	3 (5,1%)	25,2±3,59	0,649	0,825
Hombre	19 (73,1%)	6 (23,1 %)	1 (3,8%)	25,5±2,82		
Nivel de estudios						
Estudios Universitarios	46 (64,8%)	21 (29,6%)	4(5,6%)	25,4±3,54	0,549	0,223
No estudios Universitarios	12 (87,5%)	4 (2,5 %)	0	24,7±2,21		
Estudios biosanitarios						
Sí	23 (92%)	2 (8%)	0	27,7±2,19	0,006	< .001
No	35 (56,5%)	23 (37,1%)	4 (6,5%)	24,3±3,23		
Situación laboral						
Estudio	26 (66,7%)	11 (28,2%)	2 (5,1%)	25,2±3,73	0,621	0,720
Trabajo	19 (76,0%)	5 (20,0%)	1 (4,0%)	25,6±3,11		
Trabajo y estudio	12 (54,5%)	9 (40,9%)	1 (4,5%)	25,0±2,94		
Autopercepción del nivel de conocimiento						
Muy bien informado	4 (100%)	0	0	28,5±1,73	0,006	< .001
Bien informado	19 (82,6%)	4 (17,4%)	0	26,7±2,61		
Algo informado	30 (71,4%)	11 (26,2%)	1 (2,4%)	25,4±2,87		
Poco informado	5 (29,4%)	9 (52,9%)	3 (17,6%)	22,5±3,78		
Nada informado	0	1 (100%)	0	22,0±0		

*Derivado de Kruskal Wallis para la situación laboral y la autopercepción del nivel de conocimiento, y U de Mann-Whitney para el resto.

Podemos observar que la mayoría de las variables sociodemográficas analizadas, no presentan asociaciones significativas con el nivel de conocimiento (p-valor > 0.05). Por lo tanto, las diferencias observadas en el nivel/puntuaciones de conocimiento entre los distintos grupos de las variables edad, género, nivel de estudios y situación laboral, no son lo suficientemente destacadas como para considerarse estadísticamente significativas.

Por el contrario, encontramos dos variables estadísticamente significativas: estudios biosanitarios y autopercepción del nivel de conocimiento. La variable estudios

biosanitarios presentó una asociación altamente significativa con la variable de conocimiento tanto en el Chi-cuadrado (p -valor = 0.006) como en la prueba U de Mann-Whitney (p -valor < 0,001), indicando que los participantes con formación en ciencias de la salud tienen un nivel de conocimiento sobre el VIH significativamente mayor que aquellos que no tienen dicha formación. En la tabla 13 podemos observar que el 92% de los participantes con estudios biosanitarios tienen un conocimiento alto sobre el VIH/SIDA, siendo la media de puntuación de conocimiento para este grupo de 27,7 \pm 2,19.

Lo mismo ocurre con la variable autopercepción del nivel de conocimiento, que también muestra una asociación estadísticamente significativa con la variable conocimiento sobre el VIH, tanto en la prueba del Chi-cuadrado (p -valor = 0.006) como en la prueba Kruskal-Wallis (p -valor < 0,001). Esto indica que los participantes que se consideraban "Muy bien informados" o "Bien informados" obtuvieron en general puntuaciones más altas de conocimiento, reflejando una concordancia entre lo que los participantes creen saber y su conocimiento real sobre el VIH. En la tabla podemos observar esta relación fácilmente fijándonos en las medias de conocimiento, que van disminuyendo desde los que se consideran "Muy bien informados" (media = 28,5) hasta los que se consideran "Nada informados" (media = 22,0).

Además de con las variables sociodemográficas, el nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA también se relacionó con la variable actitud y con la variable hábitos de riesgo con respecto al VIH. En ambos casos, se realizó la prueba del Chi-cuadrado, tomando las variables como categóricas, y el coeficiente de correlación de Spearman mediante las puntuaciones calculadas para las mismas (variables cuantitativas):

Tabla 14. Relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y las actitudes hacia los contagiados

Actitud	Conocimiento			Media de conocimiento \pm DE	p-valor (χ^2)	p-valor (ρ (rho))	Rho de Spearman
	Alto	Medio	Bajo				
Positiva	46 (74,2%)	13 (21,0%)	3 (4,8%)	25,8 \pm 3,10	0,041	0,004	0,308
Negativa	12 (48,0%)	12 (48,0%)	1 (4,0%)	23,9 \pm 3,55			

Tabla 15. Relación entre el conocimiento sobre el VIH/SIDA y los hábitos de riesgo con respecto al VIH

Riesgo	Conocimiento			Media de conocimiento \pm DE	p-valor (χ^2)	p-valor (ρ (rho))	Rho de Spearman
	Alto	Medio	Bajo				
Alto	6 (75,0%)	2 (25,0%)	0	26,1 \pm 2,17	0,182	0,025	-0,240
Medio	24 (54,5%)	17 (38,6%)	3 (6,8%)	24,2 \pm 3,58			
Bajo	28 (80,0%)	6 (17,1%)	1 (2,8%)	26,4 \pm 2,83			

En cuanto a la relación entre el conocimiento sobre el VIH y la actitud hacia los contagiados, observamos un p-valor de 0,041 en la prueba del Chi-cuadrado y de 0,004 en el coeficiente de correlación de Spearman, ambos valores son menores de 0,05 por lo que podemos decir que hay una relación significativa entre estas variables. Además, el rho de Spearman es de 0,308 lo que indica una correlación positiva moderada. Por lo tanto, a mayor puntuación de conocimiento mayor será la puntuación de actitud, o lo que es lo mismo, cuanto más alto sea el nivel de conocimiento, más positivas serán las actitudes hacia las personas con VIH. En la tabla 14 podemos observar que el 74,2% de los participantes con una actitud positiva tienen un nivel de conocimiento alto, mientras que, los participantes con una actitud negativa muestran una distribución más uniforme entre los niveles de conocimiento, lo que refuerza la idea de que el desconocimiento podría estar relacionado con actitudes menos comprensivas.

Por otro lado, en el caso de la relación entre el conocimiento y los hábitos de riesgo con respecto al VIH, los resultados muestran que no existe una asociación significativa en la prueba del Chi-cuadrado (p-valor = 0.182), aunque sí se encontró una correlación negativa significativa en la prueba de Spearman (p-valor = 0.025, rho = -0.240). Esto indica que, aunque las distribuciones de los niveles de conocimiento entre los diferentes grupos de riesgo no difieren de manera significativa, existe una correlación negativa débil entre la puntuación de conocimiento y la de hábitos riesgo. Por lo tanto, a mayor puntuación de conocimiento menor será la puntuación de riesgo, o lo que es lo mismo, cuanto más alto sea el nivel de conocimiento de los participantes menos hábitos de riesgo tendrán. Esto se refleja en que el 80% de los encuestados con unos hábitos riesgo “bajo”, presentan un nivel de conocimiento alto (Tabla 15).

5 DISCUSIÓN

El presente estudio tenía como objetivo principal evaluar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el VIH y las actitudes hacia las personas con VIH/SIDA, así como su influencia en los hábitos de riesgo en adolescentes y jóvenes españoles. Teniendo en cuenta la hipótesis planteada al inicio del estudio: "Los adolescentes y jóvenes españoles con mayores conocimientos sobre el VIH tendrán actitudes más positivas hacia las personas con SIDA y presentarán menos conductas sexuales de riesgo en comparación con aquellos con menores conocimientos.", podemos decir que los resultados del análisis estadístico permiten confirmar parcialmente nuestra hipótesis.

Se observó que los jóvenes con un mayor nivel de conocimiento sobre el VIH tienen, en general, actitudes más positivas hacia las personas que viven con VIH/SIDA, lo cual quedó determinado por un p-valor menor de 0,05 en la prueba del Chi-cuadrado y en el coeficiente de correlación de Spearman ($\rho = 0,308$), confirmando respectivamente una asociación estadísticamente significativa y una correlación positiva moderada entre ambas variables. Este hallazgo concuerda con los resultados obtenidos por diversos estudios previos, como el de Mazo-Vélez et al., (2014), o el de Rodríguez y Pineda (2009) quienes encontraron una correlación positiva ($\rho = 0,31$; $r = 0,391$ respectivamente) y estadísticamente significativa ($p\text{-valor} < 0,001$) entre conocimientos y actitudes con relación al VIH. Todo esto sugiere que un mayor conocimiento sobre el virus podría estar relacionado con la reducción de prejuicios y estigmas.

Sin embargo, aunque se observó una correlación negativa entre el conocimiento y los hábitos de riesgo en el coeficiente de correlación de Spearman ($p\text{-valor} = 0.025$; $\rho = -0,240$), la relación no fue tan fuerte como se esperaba. Aunque los jóvenes con más conocimiento tienden a tener menos conductas de riesgo, la prueba de Chi-cuadrado no mostró una asociación significativa en términos de frecuencia de categorías. En la tabla 15 podemos observar que el 75% de los participantes con unos hábitos de riesgo "alto", presentan un nivel de conocimiento también alto. Todo esto indica que, si bien el conocimiento puede estar asociado con comportamientos preventivos, no es el único factor que determina los hábitos de riesgo en la población joven. En la literatura encontramos que la mayoría de los trabajos concuerdan con que existe una brecha

significativa entre el saber teórico y la adopción de comportamientos preventivos en la población joven (Velo-Higueras et al., 2019; Villaseñor-Sierra et al., 2003), no encontrando correlaciones significativas entre ambas variables (Mazo-Vélez et al., 2014; Rodríguez y Pineda, 2009).

Por otro lado, entre los hallazgos del estudio cabe destacar la relación estadísticamente significativa encontrada entre haber cursado estudios biosanitarios y un mayor nivel de conocimiento sobre el VIH (p -valor = 0.006). Los participantes con estudios biosanitarios previos mostraron niveles de conocimiento notablemente superiores a aquellos que no tenían formación en ciencias de la salud. Este hallazgo concuerda con el estudio realizado por Elghazaly et al., en 2023 en el que evaluaron los conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA entre la población general y los profesionales sanitarios, encontrando una diferencia significativa en las puntuaciones de conocimiento del VIH entre los trabajadores sanitarios y los no sanitarios. Estos resultados sugieren que la educación básica actual es insuficiente para garantizar un nivel de conocimiento adecuado y fundamental sobre el VIH/SIDA.

Otro hallazgo destacable es la asociación estadísticamente significativa encontrada entre la autopercepción del conocimiento y el nivel de conocimiento real (p -valor = 0,006). Los participantes que se consideraban bien informados tendían a tener puntuaciones más altas en el cuestionario sobre VIH, esto sugiere que los encuestados tenían una autopercepción bastante real de sus propios conocimientos. Lo mismo ocurría en el estudio llevado a cabo por Villaseñor-Sierra et al (2003), en el que se encontró una correlación significativa entre el conocimiento objetivo y el conocimiento subjetivo de los participantes (ρ de Spearman= 0.37, $p < 0.001$).

Cabe destacar que en nuestro estudio la mayoría de las variables sociodemográficas no mostraron una relación estadísticamente significativa con el conocimiento sobre el VIH. Esto difiere de algunas investigaciones previas que han encontrado diferencias significativas en función del género (Chng et al., 2005; Oppong y Oti-Boadi, 2013) o el nivel de estudios (Elghazaly et al., 2023), entre otros.

Por último, a pesar de que los resultados obtenidos en este estudio revelan en general un grado de conocimiento alto entre los encuestados, encontramos también ciertas

lagunas de conocimiento que concuerdan con las halladas en otros trabajos. Una de ellas es que, aunque el 100% de los encuestados afirmó haber oído hablar sobre el VIH/SIDA, al preguntar sobre la diferencia entre VIH y SIDA, solo el 49.4% conocía la diferencia. Algo muy similar observaron Elghazaly et al., (2023), donde un 97,8% había oído hablar del VIH/SIDA y de ellos el 53% no conocía la diferencia entre ambos términos. Otro concepto erróneo que se repetía en algunos trabajos es la creencia de que el VIH se puede transmitir a través de la picadura de mosquito, 21,8% en nuestro trabajo, llegando a un 65% en el trabajo de Ballester et al., (2009).

6 CONCLUSIONES

La realización de esta investigación, que ha tenido como principal propósito determinar la relación entre el conocimiento, las actitudes y los hábitos de riesgo con respecto al VIH en adolescentes y jóvenes españoles, ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

1. Un mayor conocimiento sobre el VIH/SIDA está asociado con actitudes más positivas hacia las personas que viven con VIH, aunque no necesariamente está asociado con unos hábitos de riesgo bajo. Conocer las vías de transmisión, los métodos preventivos, el periodo ventana o el tratamiento del VIH/SIDA, entre otras cuestiones, conduce a perder el miedo a socializar y a convivir con personas infectadas, el desconocimiento, por el contrario, lleva a prejuicios, aislamiento y estigmatización. En nuestro estudio casi el 30% de los encuestados se sentiría incómodo al compartir el baño con personas con VIH/SIDA, lo que puede deberse a una falta de conocimiento sobre las vías de transmisión.
2. El hecho de que no se observe una fuerte asociación entre el conocimiento y los hábitos de riesgo sugiere que otros factores, como la influencia social, el acceso a servicios de salud o las creencias personales, también juegan un papel importante en la adopción de comportamientos preventivos (Mazo-Vélez et al., 2014). En nuestro estudio se puede observar que, a pesar de tener los conocimientos teóricos, estos no siempre se ponen en práctica. Por ejemplo, aunque el 98,9% de los encuestados señalaron correctamente que el uso de condón es un método efectivo frente al contagio por VIH, solo el 37,5% de los mismos utiliza condón siempre en

sus relaciones. Otro ejemplo es el método de la marcha atrás, que a pesar de que únicamente el 3,4 % de los participantes lo marcó como método efectivo, el 26,3% lo ha utilizado en alguna ocasión.

3. Aunque conocer las vías de transmisión, los métodos de prevención, etc. sí se relaciona con una actitud más comprensiva y empática, no garantiza que los jóvenes tomen decisiones adecuadas para proteger su salud. La toma de decisiones en relación con la prevención del VIH es un proceso complejo que está influido por factores emocionales, sociales y contextuales. Por ello, es fundamental que los programas educativos no solo se enfoquen en proporcionar información, sino también en enseñar habilidades de toma de decisiones. Los jóvenes deben aprender a aplicar sus conocimientos en situaciones reales, evaluando los riesgos y las consecuencias de sus acciones. Además, hay que tener en cuenta la ya mencionada autopercepción de invulnerabilidad tan común en esta franja etaria, que puede llevar a los adolescentes y jóvenes a subestimar su riesgo de contagio por VIH, incluso si tienen información precisa, favoreciendo comportamientos de alto riesgo (Estrada, 2007).
4. Otra conclusión interesante es que los participantes con estudios biosanitarios previos mostraron niveles de conocimiento significativamente superiores a aquellos que no tenían formación en ciencias de la salud. Este resultado refleja que la educación básica actual no garantiza unos conocimientos esenciales sobre el VIH en la población general, evidenciando la necesidad de reforzar la educación en salud en las etapas educativas tempranas, para asegurar que todos los jóvenes, independientemente de su orientación académica, adquieran los conocimientos fundamentales sobre el VIH/SIDA. Además, dado que en este estudio no se obtuvieron relaciones significativas con el resto de las variables sociodemográficas (edad, género, nivel de estudios y situación laboral), puede concluirse que las posibles intervenciones para mejorar el conocimiento sobre el VIH/SIDA en etapas educativas tempranas no requieren de una segregación en grupos específicos, sino que puede realizarse de forma genérica.

5. Un enfoque interesante para mejorar la educación en los niveles básicos podría ser a través de las redes sociales. En nuestro estudio dos de las fuentes de información sobre el VIH/SIDA más reportadas por los participantes fueron internet (58,6%) y las redes sociales (46,0%) lo que evidencia el papel crucial que los medios de comunicación de masas juegan en la concienciación sobre el VIH/SIDA entre los adolescentes y jóvenes. Por tanto, sería interesante aprovechar las diversas posibilidades que ofrece la era digital actual, para educar a la población, adoptando métodos más interactivos y accesibles que los enfoques tradicionales basados en libros, aún más teniendo en cuenta que solo el 18,4% de los participantes reportó los materiales impresos como folletos o libros como fuente de información sobre el VIH/SIDA, siendo la fuente menos utilizada.

Estos nuevos métodos educativos, integrados en la vida diaria a través de plataformas digitales, permiten presentar la información de manera más atractiva y directa, despertando el interés de los adolescentes y logrando un impacto educativo más efectivo (Elghazaly et al., 2023).

Por último, es importante mencionar las limitaciones de nuestro estudio. En primer lugar, el muestreo no probabilístico y el tamaño muestral limitan la capacidad para generalizar los resultados a toda la población de jóvenes españoles. Por otro lado, al ser un estudio transversal, no se pueden elaborar conclusiones de tipo causal. Finalmente, el estudio se basó en lo auto referido por los participantes, lo cual puede haber introducido sesgos de deseabilidad social, dado que los participantes pueden haber respondido de manera que consideraban socialmente aceptable, aunque el hecho de ser un cuestionario anónimo pudo haber influido en la honestidad de las respuestas.

7 BIBLIOGRAFÍA

Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C., & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/Sida en jóvenes españoles. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(3).

UNAIDS. (2024a). *Hoja informativa 2024 — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

Ministerio de Sanidad. (2023). *Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2022. Actualización 30 de junio de 2023*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/Informe_VIH_SIDA_2023.pdf

UNAIDS. (2024b). *HIV and adolescent girls and young women — Thematic briefing note — 2024 global AIDS update The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS). Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2024-unaids-global-aids-update-adolescent-girls-young-women_en.pdf

UNAIDS. (2024c). *AIDSinfo: New HIV infections*. Recuperado de <https://aidsinfo.unaids.org/>

Fernández, M. V. P., & Pinzón, P. V. (2017). Riesgos para infecciones de transmisión sexual o VIH en adolescentes. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca*, 19(1), 20-26.

Villaseñor-Sierra, A., Caballero-Hoyos, R., Martín, H. S., & Santos-Preciado, J. I. (2003). Conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/SIDA como predictor del uso de condón en adolescentes. *salud pública de méxico*, 45, s73-s80.

Bilbao, J. L., Camacho, E. J. C., De la Hoz Herrera, G. E., & Olaciregui, A. E. A. (2017). Nivel de conocimientos, tipo de actitud y prácticas de los estudiantes de medicina

sobre el vih/sida (Barranquilla, Colombia): estudio descriptivo. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 17(1), 54-63.

Velo-Higueras, C., Cuéllar-Flores, I., Sainz-Costa, T., Navarro-Gómez, M. L., García-Navarro, C., Fernández-McPhee, C., Ramírez, A., Bisbal, O., Blázquez-Gamero, D., Ramos-Amador, J. T., Valencia-Ortega, E., & González-Tomé, M. I. (2019). Jóvenes y VIH. Conocimiento y conductas de riesgo de un grupo residente en España. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 37(3), 176-182.

Delgado, R. (2011). Características virológicas del VIH. *Enfermedades infecciosas y microbiología clinica*, 29(1), 58-65.

Sharp, P. M., & Hahn, B. H. (2011). Origins of HIV and the AIDS pandemic. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 1(1), a006841.

Lamotte, J. A. (2014). Infección por VIH/sida en el mundo actual. *Medisan*, 18(7), 993-1013.

Santana, A., Domínguez, C., Lemes, A., Molero, T., & Salido, E. (2003). Biología celular y molecular del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Revista de Diagnóstico Biológico*, 52(1), 07-18.

Hernandez-Vargas, E. A., & Middleton, R. H. (2013). Modeling the three stages in HIV infection. *Journal of theoretical biology*, 320, 33-40.

Alcamí, J., Rulas, J., Bermejo, M., Beltrán, M., & Sanchez-Palomin, S. (2001). Inmunopatología del SIDA. *Medicina Integral*, 10, 428-42.

Oguntibeju, O. O. (2012). Quality of life of people living with HIV and AIDS and antiretroviral therapy. *HIV/AIDS-Research and Palliative Care*, 117-124.

Agudelo Viana, G., Aigner Aburto, J. M., & Ruiz Restrepo, J. (2008). Diseños de investigación experimental y no-experimental. *La Sociología en sus Escenarios*, (18), 1-46.

- Grajales, T. (2000). Tipos de investigación. Recuperado de <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Calero Yera, E., Rodríguez Roura, S., & Trumbull Jorlen, A. (2017). Abordaje de la sexualidad en la adolescencia. *Humanidades médicas*, 17(3), 577-592.
- Blanco, C. M. C., & Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, (27), 10.
- Harris, P. A., Taylor, R., Minor, B. L., Elliott, V., Fernandez, M., O'Neal, L., McLeod, L., Delacqua, G., Delacqua, F., Kirby, J., & Duda, S. N. (2019). The REDCap consortium: building an international community of software platform partners. *Journal of biomedical informatics*, 95, 103208.
- Elghazaly, A., AlSaeed, N., Islam, S., Alsharif, I., Alharbi, L., Al Ashagr, T., Alshanifi, A., Alrashoudi, R., Alsharidi, A., Alhokail, A., Dirar, Q., Shibl, A., Al-Kattan, K., Abothneen, N., & Al-Mozaini, M. (2023). Assessing the knowledge and attitude towards HIV/AIDS among the general population and health care professionals in MENA region, 18(7).
- Espada, J. P., Guillén-Riquelme, A., Morales, A., Orgilés, M., & Sierra, J. C. (2014). Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Atención Primaria*, 46(10), 558-564.
- Terra, M., Baklola, M., Hasabo, E. A., Shaheen, D. G., El-Gilany, A. H., & ARO team of collaborators. (2023). Translation, validation and cultural adaptation of the Arabic version of the HIV knowledge questionnaire (HIV-Kq-18). *Plos one*, 18(4), e0284542.
- Walsh, C. D., Gera, A., Shah, M., Sharma, A., Powell, J. E., & Wilson, S. (2008). Public knowledge and attitudes towards Human Papilloma Virus (HPV) vaccination. *BMC public Health*, 8, 1-9.

- Bermúdez, M. D. L. P., Araújo, L. F. D., Reyes, A. O., Hernández-Quero, J., & Teva, I. (2016). Analysis of cognitive variables and sexual risk behaviors among infected and HIV-uninfected people from Spain. *AIDS care*, 28(7), 890-897.
- De Santis, J. P., Hauglum, S. D., Deleon, D. A., Provencio-Vasquez, E., & Rodriguez, A. E. (2017). HIV risk perception, HIV knowledge, and sexual risk behaviors among transgender women in South Florida. *Public Health Nursing*, 34(3), 210-218.
- Mazo-Vélez, Y., Domínguez-Domínguez, L. E., & Cardona-Arias, J. A. (2014). Conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes universitarios entre 15 y 20 años sobre VIH/SIDA en Medellín, Colombia 2013. *Médicas UIS*, 27(3), 35-45.
- Rodríguez, A. F. U., & Pineda, L. T. O. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista virtual universidad catolica del norte*, (27), 1-31.
- Chng, C. L., Eke-Huber, E., Eaddy, S., & Collins, J. R. (2005). Nigerian college students: HIV knowledge, perceived susceptibility for HIV and sexual behaviors. *College Student Journal*, 39(1), 60-72.
- Oppong, A. K., & Oti-Boadi, M. (2013). HIV/AIDS knowledge among undergraduate university students: implications for health education programs in Ghana. *African health sciences*, 13(2), 270-277.
- Estrada, J. H. (2007). La educación destinada a jóvenes como herramienta de prevención en VIH/SIDA. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 25(1), 61-70.

8 ANEXOS

8.1 ANEXO 1: RESOLUCIÓN POSITIVA DEL CEIM



CI, 240925, 2024-812.pdf

8.2 ANEXO 2: CUESTIONARIO VIH/SIDA COMPLETO

Título del cuestionario:

Conocimiento, actitudes y hábitos respecto al VIH/SIDA

Encabezado del cuestionario:

Estimado/a participante:

Lo primero, gracias por dedicar unos minutos a completar este cuestionario. Tu participación es esencial para ayudarnos a comprender mejor el conocimiento, actitudes y hábitos de la comunidad respecto al VIH/SIDA. La información recopilada será utilizada exclusivamente con fines de investigación en un Trabajo de Fin de Máster y será tratada con la máxima confidencialidad.

Para garantizar que la participación sea completamente confidencial y anónima, la encuesta no te pide ni tu nombre ni otra información que te identifique. Los resultados globales se utilizarán exclusivamente para este estudio. Por favor responde con la máxima sinceridad.

Todos los datos recopilados en este estudio serán tratados de acuerdo con las directrices de protección de datos europeas y españolas, en cumplimiento con el Reglamento General de Protección de Datos (GDPR) de la Unión Europea y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en España.

El tiempo estimado para completar este cuestionario es de aproximadamente 10-15 minutos.

Gracias por tu participación!

PREGUNTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
¿En qué año naciste?	
¿Con qué género te identificas?	Hombre/ Mujer/ Otros/ Prefiero no contestar
¿Cuál es tu nivel de estudios?	Educación Primaria/ Educación Secundaria Obligatoria (ESO)/ Bachillerato/ Formación Profesional (FP)/ Enseñanzas universitarias/ Sin estudios.
¿Están tu actividad laboral o tus estudios relacionados con el ámbito biosanitario?	Sí/ No

¿Cuál es tu situación laboral actualmente?	Trabajo/ Estudio/ Trabajo y estudio/ No trabajo ni estudio
--	--

A continuación, encontrarás una serie de preguntas acerca del VIH/SIDA, elige la respuesta que consideres correcta.

¿Has oído hablar sobre el VIH o la enfermedad del SIDA?	Sí/ No/ No estoy segur@
Según tu nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, te consideras:	Muy bien informado@/ Bien informad@/ Algo informad@/ Poco informad@/ Nada informad@
¿Cuáles han sido tus principales fuentes de información sobre VIH/SIDA? (puedes marcar más de una respuesta)	Televisión/ Internet/ Redes Sociales/ Materiales impresos (folletos, libros)/ Profesionales de la salud/ Instituto o Universidad/ Familia/ Amigos/ Otros
¿Conoces la diferencia entre VIH y SIDA?	Sí/ No/ Son lo mismo
¿Es el VIH contagioso?	Sí/ No/ No sé
¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del VIH? (puedes marcar más de una respuesta)	Vasos o cubiertos/ Agujas para jeringuillas/ Cuchilla de afeitar/ Sangre/ Sudor/ Flujo vaginal/ Semen/ Líquido preseminal/ Saliva/ Leche materna/ Agujas (piercings...)/ Picadura de mosquito/ Toser o estornudar
¿Cuáles de los siguientes son métodos de prevención efectivos frente al contagio por VIH? (puedes marcar más de una respuesta)	Uso de condón durante las relaciones sexuales/ La marcha atrás en el coito/ Lavarse los genitales adecuadamente tras el coito/ Tomar la píldora/ Circuncisión masculina/ Abstinencia sexual/ Practicar sexo anal
¿A simple vista puede saberse si una persona es portadora del virus del SIDA?	Sí/ No/ No sé
¿Una persona afectada por el VIH puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?	Sí/ No/ No sé
¿La mayoría de personas con VIH muestran síntomas de estar enfermos enseguida?	Sí/ No/ No sé
¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente sexo oral?	Sí/ No/ No sé
¿Dar positivo en las pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?	Sí/ No/ No sé
¿Actualmente, el SIDA es una enfermedad que tiene cura?	Sí/ No/ No sé
¿Los enfermos de SIDA tienen más probabilidades de padecer infecciones y tumores?	Sí/ No/ No sé
Las personas infectadas por VIH con el tratamiento adecuado, ¿Pueden llevar una vida normal (sin síntomas)?	Sí/ No/ No sé

A continuación, indica tu grado de conformidad con las siguientes afirmaciones

La sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos con VIH	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
Me sentiría cómoda/o compartiendo el baño con una persona que sé que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
Me sentiría cómodo/a si me enterase de que un compañero de clase/trabajo tiene VIH/SIDA.	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
Evitaría socializar con alguien si supiera que tiene VIH/SIDA	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
Las personas con VIH/SIDA tienen lo que se merecen	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo
Si un amigo/a contrajera el VIH no podría evitar el cambiar mi forma de ser con él/ella	Totalmente de acuerdo/ De acuerdo/ Ni de acuerdo ni en desacuerdo/ En desacuerdo/ Totalmente en desacuerdo

Seguidamente, encontrarás una serie de cuestiones sobre tus hábitos

¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con otra persona?	Sí/No
Actualmente, ¿Tienes pareja estable?	Sí/No
¿Mantienes relaciones esporádicas con distintas parejas?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
¿Utilizas condón en tus relaciones?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
¿Preguntas a tus parejas por enfermedades de transmisión sexual antes de mantener relaciones sexuales?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
En caso de preguntar, ¿Recibes una respuesta clara y adecuada a lo que necesitas saber?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
¿Utilizas la marcha atrás como método preventivo frente al VIH?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca
¿Compartes cuchillas de afeitar con otras personas?	Siempre/ Habitualmente/ A veces/ Casi nunca/ Nunca

Tras haber realizado el test, contesta de nuevo la siguiente pregunta:

Según tu nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, te consideras:	Muy bien informado@/ Bien informad@/ Algo informad@/ Poco informad@/ Nada informad@
---	---

Por último:

¿Consideras que los colegios/institutos deberían proporcionar más información y educación sobre el VIH/SIDA a los estudiantes?	Sí/ No/ No sé
Te sientes capacitad@ para informar a los demás y proteger tu salud ante enfermedades de transmisión sexual?	Sí/ No/ No sé

Finalización del cuestionario:

¡Gracias por tu participación!

Apreciamos enormemente tu tiempo y sinceridad al completar este cuestionario. Tu colaboración es de gran ayuda para la investigación que estamos llevando a cabo.

8.3 ANEXO 3: TABLA COMPLETA DEL ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Variable cuantitativa		Media± DE	Mediana
Edad	16-25	22,9±2,23	24
Variables cualitativas		Número total	Porcentaje
Género	Hombre	26	29,9 %
	Mujer	59	67,8 %
	Otros	2	2,3 %
Nivel de estudios	ESO	1	1,1 %
	Bachillerato	7	8,0 %
	Formación Profesional (FP)	7	8,0 %
	Enseñanzas universitarias	71	81,6 %
	Sin estudios	1	1,1 %
Estudios biosanitarios	Sí	25	28,7 %
	No	62	71,3 %
Situación laboral	Estudio	39	44,8 %
	No trabajo ni estudio	1	1,1 %
	Trabajo	25	28,7 %
	Trabajo y estudio	22	25,3 %
Según tu nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA te consideras:	Muy bien informad@	4	4,6 %
	Bien informad@	23	26,4 %
	Algo informad@	42	48,3 %
	Poco informad@	17	19,5 %
	Nada Informad@	1	1,1 %

¿Cuáles han sido tus principales fuentes de información sobre VIH/SIDA? (respuesta múltiple)	Televisión	31	35,6 %
	Internet	51	58,6 %
	Redes Sociales	40	46,0 %
	Materiales impresos (folletos, libros)	16	18,4 %
	Profesionales de la salud	22	25,3 %
	Instituto o Universidad	48	55,2 %
	Familia	22	25,3 %
	Amigos	21	24,1 %
Otros	4	4,6%	
¿Has oído hablar sobre el VIH/SIDA?	Sí	87	100 %
	No	0	0 %
¿Conoces la diferencia entre VIH y SIDA?	Sí	43	49,4 %
	No	34	39,1 %
	Son lo mismo	10	11,5 %
¿Es el VIH contagioso?	Sí	77	88,5 %
	No	4	4,6 %
	No sé	6	6,9 %
¿Cuáles de las siguientes son vías de transmisión del VIH? (respuesta múltiple)	Vasos o cubiertos	4	4,6 %
	Agujas para jeringuillas	79	90,8 %
	Cuchilla de afeitar	49	56,3 %
	Sangre	83	95,4 %
	Sudor	3	3,4 %
	Flujo vaginal	73	83,9 %
	Semen	81	93,1 %
	Líquido preseminal	63	72,4 %
	Saliva	12	13,8 %
	Leche materna	38	43,7 %
	Agujas (piercings...)	56	64,4 %
	Picadura de mosquito	19	21,8 %
	Toser o estornudar	1	1,1 %
¿Cuáles de los siguientes son métodos de prevención efectivos frente al VIH? (respuesta múltiple)	Uso de condón	86	98,9 %
	Marcha atrás en el coito	3	3,4 %
	Lavarse los genitales tras el coito	13	14,9 %
	Tomar la píldora	2	2,3 %
	Circuncisión masculina	0	0 %
	Abstinencia sexual	39	44,8 %
	Practicar sexo anal	2	2,3 %
¿A simple vista puede saberse si una persona es portadora del virus del SIDA?	Sí	0	0 %
	No	85	97,7 %
	No sé	2	2,3 %
¿Una persona afectada por el VIH puede transmitir la	Sí	81	93,1 %
	No	3	3,4 %
	No sé	3	3,4 %

infección aunque no presente síntomas?			
¿La mayoría de personas con VIH muestran síntomas de estar enfermos enseguida?			
Sí		0	0 %
No		71	81,6 %
No sé		16	18,4 %
¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente sexo oral?			
Sí		67	77,0 %
No		6	6,9 %
No sé		14	16,1 %
¿Dar positivo en las pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?			
Sí		7	8,0 %
No		46	52,9 %
No sé		34	39,1 %
¿Actualmente, el SIDA es una enfermedad que tiene cura?			
Sí		10	11,5 %
No		60	69,0 %
No sé		17	19,5 %
¿Los enfermos de SIDA tienen más probabilidades de padecer infecciones y tumores?			
Sí		45	51,7 %
No		6	6,9 %
No sé		36	41,4 %
Las personas infectadas por VIH con el tratamiento adecuado, ¿Pueden llevar una vida normal?			
Sí		79	90,8 %
No		0	0 %
No sé		8	9,2 %
La sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos con VIH			
Totalmente de acuerdo		50	57,5 %
De acuerdo		29	33,3 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo		8	9,2 %
En desacuerdo		0	0 %
Totalmente en desacuerdo		0	0 %
Me sentiría cómodo compartiendo el baño con una persona que sé que tiene VIH/SIDA			
Totalmente de acuerdo		15	17,2 %
De acuerdo		28	32,2 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo		19	21,8 %
En desacuerdo		24	27,6 %
Totalmente en desacuerdo		1	1,1 %
Me sentiría cómodo si me enterase de que un compañero de clase/trabajo tiene VIH/SIDA			
Totalmente de acuerdo		33	37,9 %
De acuerdo		31	35,6 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo		15	17,2 %
En desacuerdo		7	8,0 %
Totalmente en desacuerdo		1	1,1 %
Evitaría socializar con alguien si supiera que tiene VIH/SIDA			
Totalmente de acuerdo		3	3,4 %
De acuerdo		3	3,4 %
Ni de acuerdo ni en desacuerdo		3	3,4 %
En desacuerdo		29	33,3 %
Totalmente en desacuerdo		49	56,3 %

Las personas con VIH/SIDA tienen lo que se merecen	Totalmente de acuerdo	1	1,1 %
	De acuerdo	0	0 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4,6 %
	En desacuerdo	15	17,2 %
	Totalmente en desacuerdo	67	77,0 %
Si un amigo/a contrajera el VIH no podría evitar el cambiar mi forma de ser con él/ella	Totalmente de acuerdo	3	3,4 %
	De acuerdo	3	3,4 %
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	4,6 %
	En desacuerdo	19	21,8 %
	Totalmente en desacuerdo	58	66,7 %
¿Alguna vez has mantenido relaciones sexuales con otra persona?	Sí	80	92,0 %
	No	7	8,0 %
Actualmente, ¿Tienes pareja estable?	Sí	50	62,5 %
	No	30	37,5 %
¿Mantienes relaciones esporádicas con distintas parejas?	Siempre	0	0 %
	Habitualmente	3	3,8 %
	A veces	14	17,5 %
	Casi nunca	12	15,0 %
	Nunca	51	51,0 %
¿Utilizas condón en tus relaciones?	Siempre	30	37,5 %
	Habitualmente	14	17,5 %
	A veces	14	17,5 %
	Casi nunca	11	13,8 %
	Nunca	11	13,8 %
¿Preguntas a tus parejas por enfermedades de transmisión sexual antes de tener relaciones?	Siempre	7	8,8 %
	Habitualmente	13	16,3 %
	A veces	8	10,0 %
	Casi nunca	21	26,3 %
	Nunca	31	38,8 %
En caso de preguntar, ¿Recibes una respuesta clara y adecuada a lo que necesitas saber?	Siempre	12	15,0 %
	Habitualmente	9	11,3 %
	A veces	14	17,0 %
	Casi nunca	12	15,0 %
	Nunca	33	41,3 %
¿Utilizas la marcha atrás como método preventivo frente al VIH?	Siempre	0	0 %
	Habitualmente	2	2,5 %
	A veces	11	13,8 %
	Casi nunca	8	10,0 %
	Nunca	59	73,8 %
¿Compartes cuchillas de afeitar con otras personas?		1	1,1 %
	Siempre	3	3,4 %
	Habitualmente	11	12,6 %

	A veces	9	10,3 %
	Casi nunca	63	72,4 %
	Nunca		
Según tu nivel de conocimiento sobre el VIH/SIDA te consideras:			
	Muy bien informad@	3	3,4 %
	Bien informad@	25	28,7 %
	Algo informad@	38	43,7 %
	Poco informad@	18	20,7 %
	Nada Informad@	3	3,4 %
¿Consideras que los colegios/Institutos deberían proporcionar más información y educación sobre el VIH/SIDA a los estudiantes?			
	Sí	82	94,3 %
	No	1	1,1 %
	No sé	4	4,6 %
¿Te sientes capacitad@ para informar a los demás y proteger tu salud antes enfermedades de transmisión sexual?			
	Sí	43	49,4 %
	No	28	32,2 %
	No sé	16	18,4 %

9 DECLARACIÓN OBLIGATORIA DEL USO DE HERRAMIENTAS DE IA

La autora de este trabajo declara el uso de la herramienta de Inteligencia Artificial ChatGPT durante la elaboración y redacción de este estudio, específicamente para generar ideas relacionadas con el mismo y para la traducción de textos de otros trabajos. Tras el uso de la herramienta se revisó y edito cuidadosamente el contenido generado por la IA para asegurar su rigor, adecuación y originalidad en el contexto del trabajo. La autora asume la plena responsabilidad por el contenido de esta memoria. Se adjunta debajo la declaración responsable (respuestas al cuestionario).



ListadoCotejoIA_INTEGRIDADACAD_2024-11-02_1552.pdf