

Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar

María José Bagnato Núñez, Cristina Jenaro, Noelia Flores, Karla Guzmán
Autor referente: majose@psico.edu.uy

Facultad de Psicología, Universidad de la República
Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca

Historia editorial

Recibido: 04/04/2013

Aceptado: 22/05/2014

RESUMEN

El conocimiento de la conducta sexual y las variables asociadas puede ayudar a desarrollar programas de intervención más efectivos. En el presente estudio se ofrecen los resultados obtenidos a partir de 303 estudiantes de Psicología, 209 españoles y 94 uruguayos. Los instrumentos utilizados evaluaron los conocimientos, los beneficios y costes percibidos de la puesta en marcha de conductas preventivas, la eficacia de las mismas y la conducta sexual puesta en marcha. Los resultados indican la existencia de creencias erróneas sobre el uso del preservativo y la transmisión del VIH, elevada percepción de beneficios y baja percepción de costes asociados al uso del preservativo, que es además utilizado en tres de cada cuatro relaciones sexuales. Otros resultados sugieren que una mayor percepción de costes se asocia a prácticas preventivas ineficaces o

cuestionables, mientras que un mayor uso del preservativo se asocia a prácticas eficaces. La creencia de tomar medidas suficientes para protegerse del VIH se encontró asociada a la ideología religiosa y las personas que se declaran religiosas practicantes indican en mayor medida no tomar suficientes precauciones. En los participantes de sexo masculino, se encontró asociado a una mayor puesta en marcha de prácticas ineficaces y la nacionalidad uruguaya se encontró asociada a una menor puesta en práctica de medidas eficaces y a una mayor toma de la píldora postcoital por no haber utilizado el preservativo. Estos y otros resultados avalan la importancia de poner en marcha intervenciones ajustadas a las características culturales de los participantes.

Palabras clave: Conocimientos; Creencias; Conducta sexual; Prevención.

ABSTRACT

Knowledge of sexual behavior and associated variables can help develop more effective intervention programs. The present study provides the results obtained from 303 Psychology students, 209 Spanish and 94 Uruguayan. The measures utilized assessed knowledge, perceived benefits and costs of implementing preventive sexual behaviors, and sexual behavior. The results revealed the existence of misconceptions about condom use and HIV transmission; perception of high benefits and low costs associated with condom use, which are in fact used in three out of four sexual encounters. Other results suggest that higher perceived costs is associated with

ineffective or questionable preventive practices, while greater use of condoms is associated with effective practices. The belief in taking sufficient protective measures is found associated with religious ideology and people who claim to be religious practitioners indicate not taking enough precautions. Male gender was associated with implementation of more ineffective practices and Uruguayan participants implemented less effective measures and further use of the morning-after pill for failing to use a condom. These and other results offer support to the implementation of interventions adapted to cultural characteristics of the participants.

Keywords: Knowledge; Beliefs; Sexual behavior; Prevention.

En la actualidad, si bien se ha producido un aumento en la utilización de preservativos, también han aumentado las infecciones de transmisión sexual, se ha experimentado un adelanto en la edad de inicio de relaciones sexuales, un aumento de embarazos en adolescentes (Gómara, Repáraz, Osorio, e Irala, 2010; Guchin, y Meré, 2004) y de interrupciones voluntarias de embarazos (España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 2012a). Según los datos de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España, la tendencia en el periodo 2007-2011 indica una estabilización en la transmisión heterosexual y un significativo incremento en la transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 2012b). En Uruguay, la principal forma de transmisión es la heterosexual, siendo las relaciones sexuales sin protección y el cambio de pareja frecuente entre los jóvenes uno de los factores más

importantes que impulsan la epidemia (Guchin, y Meré, 2004). De la vigencia de este problema se hacen eco los informes de seguimiento de ambos países en respuesta a las recomendaciones de la Asamblea de las Naciones Unidas en relación con el VIH/SIDA (Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional ITS-VIH/Sida, 2012; España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, 2012a). En dichos informes se aprecia la existencia de conductas de riesgo y creencias erróneas en torno a este tema, tanto en población general como en población de jóvenes y adolescentes. Los programas de intervención en la actualidad tratan de apostar por una visión más amplia de la sexualidad, y centrada en el entrenamiento habilidades sociales, valores, normas, la promoción del autoconcepto y autoestima, etc. (Carrera, Lamieras, Foltz, Núñez, y Rodríguez, 2007; Gutiérrez-Crespo, 2009; Muñoz, y Revenga, 2005). Es por tanto importante, a la luz de la numerosa evidencia epidemiológica en la población objeto de estudio (Luo, Xiao, & Deng, 2008; McCave, Chertok, Winter, & Haile, 2013; Pettifor, et al., 2011; Trepka, et al., 2008), ahondar en las razones por las que, pese a la mayor información existente sobre el tema, numerosos jóvenes incluso de niveles universitarios ponen en marcha conductas sexuales de riesgo para la salud propia y ajena. Este abordaje precisa de herramientas destinadas a evaluar aspectos como las actitudes, la información y las prácticas. El conocimiento de los valores, las normas, las creencias y los modos de comportamiento de este grupo social nos permitirá arrojar más luz sobre el tema. De entre los posibles factores explicativos, es posible sugerir que en el siglo actual la educación sexual sigue enfrentándose a numerosos obstáculos, como son el predominio de un modelo moral conservador junto a un modelo de riesgos o prevencionista (Carrera, Lameiras, y Rodríguez, 2012; Muñoz, y Revenga, 2005); un modelo de educación sexual centrado

en la sexualidad con finalidad exclusivamente reproductiva (Molinal, Torrivilla, y Sánchez, 2011). Como indican Carrera y otros, (2012) se trata de un modelo caracterizado por la “sanitarización” de la sexualidad y por su “instrumentalización” como herramienta para la reproducción de las estructuras sociales de poder-sumisión, en otras palabras, un modelo que contribuye a mantener los roles de género (Moreno, y Pichardo, 2006; Schongut, 2012). Dichos roles de género no sólo afectan a las mujeres sino que además, obstaculizan el cuidado de sí en la salud de los varones, reforzándoles conductas de riesgo, al dar primacía a los universales del “hacerse hombre” (Muñoz, 2012). Estas posibles diferencias en prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales asociadas al género (Rocha-Sánchez, y Díaz-Loving, 2005), son de interés en el presente estudio.

Tener en cuenta estos aspectos requiere evolucionar hacia un modelo integrador y democrático, o modelo sociopsicobiológico (Carrera y otros, 2012) que reconozca que la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (OPS y OMS, 2000, en (Claramunt, Hernansaiz, y León, 2004)). El peso de los factores culturales y de los roles de género es puesto de manifiesto en diferentes estudios (Tang, Bensman, & Hatfield, 2012; Ubillós, Paez, y González, 2000). También se ha constatado que actitudes conservadoras ante la sexualidad, estrechamente relacionadas a su vez con creencias religiosas, impactan en la propia conducta sexual y tanto más cuanto más conservadoras sean dichas creencias (Helleve, Flisher, Onya, Mukoma, & Klepp, 2009; Woo, Brotto, & Gorzalka, 2011; Yasan, Essizoglu, & Yildirim, 2009).

Si bien existen numerosos modelos explicativos respecto a las conductas de salud, el modelo de creencias de salud es uno de los más utilizados para explicar tales conductas (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). No obstante, otros autores sugieren la necesidad de incluir factores culturales, sociodemográficos y psicológicos que influyen en el proceso (León, Medina, Barriga, Ballesteros, y Herrera, 2004). Estos

factores añaden complejidad al tema, pues la relación entre percepción de vulnerabilidad o riesgo y puesta en marcha de conductas preventivas no está tan clara; tampoco existe relación consistente entre el grado de información y el nivel de conductas preventivas, y no siempre se encuentra una relación entre riesgo real y percepción subjetiva del mismo (Guchin, y Meré, 2004).

Teniendo en cuenta las evidencias que avalan el peso de factores culturales en la sexualidad, concepción y expresión de la misma, con el presente estudio pretendemos profundizar en el impacto de estas variables utilizando para ello una muestra de jóvenes universitarios de España y Uruguay. Pretendemos identificar los beneficios y costes percibidos sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y sobre la transmisión-prevención del VIH/SIDA y las conductas sexuales preventivas relacionadas con la infección por VIH, así como la asociación entre todas estas variables. Formulamos además las siguientes hipótesis: (1) los conocimientos y los beneficios percibidos se encontrarán asociados significativa y positivamente con conductas preventivas; (2) Existirán asociaciones significativas entre conductas de riesgo y factores socioculturales (país, género, ideología política y religiosa, curso o nivel formativo, estado civil, situación familiar).

Método

Participantes

Se trata de una muestra elegida por conveniencia, de estudiantes de psicología de la Universidad de Salamanca (España) y de la Universidad de la República (Uruguay). En el estudio participaron un total de 303 participantes, de los cuales 209 son españoles y 94 uruguayos, con una edad promedio de 22 años (DT=5,2). Del total, un 86,8% (N=263) eran mujeres y 13,2% (N=40) eran hombres. Un 87,8% (N=266) estaban solteros y un 12,2% (N=37) casados o conviviendo con su pareja. Los participantes cursaban de primero a quinto de psicología, predominando los alumnos de primero

(38,9%), seguidos de los estudiantes de cuarto (25,2%), de quinto (17%), de segundo (12,1%) y de tercero (6,9%); un 74,9% de los participantes estudia a tiempo completo (N=227) y un 25,2% (N=76) estudia y trabaja. La mayoría viven con otros compañeros de piso (46,2%), aunque también es común que vivan con su familia (27,1%). En cuanto a la orientación sexual, un 92,4% (N=280) se declara heterosexual, un 5,3% (N=16) bisexual, y un 2,3% (N=7) homosexual. Por lo que se refiere a la religión, un 62,7% (N=190) manifiesta no ser religioso, un 31% (N=94) indica ser religioso no practicante y un 6,3% (N=19) indican ser religiosos practicantes. Desde el punto de vista político, el 46,2% (N=140) se declara de izquierda, un 32,7% (N=99) indica no tener tendencia política alguna o ser apolítico, un 11,6% (N=35) manifiesta ser de centro y un 9,6% (N=29) indica ser de derecha.

Los participantes españoles proceden de 13 Comunidades Autónomas diferentes (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, Navarra y País Vasco), predominando los participantes de Castilla y León (51,2%), seguidos por los de Extremadura (26,3%). Los participantes uruguayos proceden de 16 departamentos (Artigas, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Río Negro, Rivera, Rocha, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó), con un claro predominio de montevideanos (73,2%) y seguidos a bastante distancia de los procedentes de Canelones (5,2%). El análisis de posibles diferencias entre variables sociodemográficas reveló diferencias significativas en cuanto a la edad de los participantes ($F=110,112$; $gl=1,301$; $p<0,001$), teniendo los participantes uruguayos más edad ($M= 25,9$; $DT= 6,1$) que los españoles ($M= 20,1$; $DT= 3,6$).

Dado que las muestras han sido voluntarias y de conveniencia, hemos comenzado por analizar si se trataba de muestras comparables en las variables potencialmente relacionadas con la interpretación de los resultados o si, por el contrario, determinados factores socioculturales pudieran estar incidiendo en los mismos.

Los análisis indicaron una ausencia de asociaciones significativas entre las variables sexo y país (Chi cuadrado=1,735; $gl=1$; $p=0,188$), y entre las variables orientación sexual y país (Chi cuadrado=2,515; $gl=2$; $p=0,284$). Tampoco se encontraron entre religiosidad y país (Chi cuadrado=3,309; $gl=2$; $p=0,191$), ni entre orientación política y país (Chi cuadrado=0,037; $gl=3$; $p=0,998$). Sí se encontraron asociaciones significativas entre las variables estado civil y país (Chi cuadrado=15,927; $gl=1$; $p<0,001$), siendo mucho más probable estar soltero en el caso de los españoles y estar casado en el caso de los uruguayos. También se encontraron asociaciones significativas entre las variables curso y país (Chi cuadrado=26,553; $gl=4$; $p<0,001$), y los análisis revelaron una mayor probabilidad de ser de primero en el caso de los estudiantes españoles, y de segundo y quinto en el caso de los estudiantes uruguayos. Del mismo modo, se encontró una asociación significativa entre trabajar o no y país de origen (Chi cuadrado=102,984; $gl=1$; $p<0,001$), siendo mucho más probable no trabajar en el caso de estudiantes españoles. Así también, la asociación entre personas con quienes se convive y país resultaron significativas (Chi cuadrado=102,102; $gl=4$; $p<0,001$), siendo más probable vivir con compañeros de piso si se es español, y más probable vivir en pareja o con la familia para los uruguayos. Estos datos, reflejan diferencias culturales coincidentes con las estadísticas nacionales de ambos países. Así, los universitarios españoles tienden a contraer matrimonio a edades más tardías; suelen ser estudiantes a tiempo completo y a convivir con otros estudiantes en sus mismas circunstancias. Por otro lado, en variables relacionadas con valores, creencias o con el sexo, las muestras son comparables.

Instrumentos

La información se obtuvo mediante un cuestionario online que incluía diferentes variables socio-demográficas y por tres escalas: (1) Escala de conocimientos (2) Escala de costes y beneficios del preservativo, y (3) Escala de conducta sexual. Estas escalas han demostrado garantías de fiabilidad y validez en diferentes muestras y colectivos de contextos culturales dispares. También han sido empleadas en estudios para evaluar programas de prevención sexual aplicada a jóvenes y a personas usuarias de drogas (Ubillos, Insúa, y De Andrés, 1999). A continuación comentamos con más detalle cada uno de los instrumentos.

Escala de conocimientos

Esta escala de 32 ítems está compuesta por dos subescalas: el uso del preservativo (8 primeros ítems) y las formas de transmisión del VIH y cómo prevenirlo (24 ítems restantes). La escala presenta una serie de afirmaciones que enuncian información “correcta” y otras que representan una forma “incorrecta” mediante mitos o falacias y que deben elegirse mediante 3 alternativas de respuesta: “verdadero”, “falso” o “no sé”. Cada respuesta se considera como un “acierto” o como un “error”. A los aciertos se les asigna el número 1 y a los errores el 0. Una alta puntuación significa que se tiene un nivel elevado de información. La escala permite obtener el número de respuestas correctas relacionadas con estrategias específicas de uso del preservativo y protección frente al VIH (estrategias específicas), así como el número de aciertos ante información correcta y ante información incorrecta, con independencia del tipo de estrategia de que se trate (estrategias inespecíficas). Dicho de otro modo, en la estrategia específica relacionada con conocimientos sobre el uso del preservativo es posible sacar hasta 8 puntos; en la estrategia específica relacionada con la información sobre protección frente al VIH es posible sacar hasta 24 puntos.

Escala de costes y beneficios del preservativo

Esta escala, conformada en su versión original por 33 ítems (Insúa, 1999), evalúa las creencias o expectativas asociadas al uso del preservativo a través de dos dimensiones: por un lado las ventajas o beneficios que se perciben por la utilización del preservativo (14 ítems) y por el otro, las desventajas o costes (19 ítems). Presenta una escala numérica con 6 opciones de respuesta que van desde “muy en desacuerdo” con valor 1 hasta “muy de acuerdo” con valor 6. En el caso de los costes, una alta puntuación significa que la persona cree que el uso del preservativo lleva asociado un gran número de consecuencias negativas. En el caso de los beneficios, una alta puntuación evidencia que la persona considera que la utilización del preservativo tiene un gran número de consecuencias positivas. En el presente estudio, el análisis de la fiabilidad de las subescalas, puso de manifiesto la baja consistencia interna de tres de los ítems (concretamente, “Hay que saber dónde comprar u obtener preservativos”, “Hay que depender del preservativo, hay que pensar en tenerlo” y “Hay que saber usar un preservativo, saber ponérselo”). El análisis de su contenido puso de manifiesto que para estudiantes universitarios, dichos elementos no son conceptuados como “costes” sino como hechos. Por tanto, para incrementar la fiabilidad de la subescala, optamos por la eliminación de dichos ítems. La escala compuesta por 16 ítems mostró una elevada consistencia interna. Tras su eliminación la subescala obtuvo un valor Alfa de Cronbach =0,83, y los ítems mostraron unos niveles de homogeneidad corregida satisfactorios y superiores a 0,31.

En cuanto a la subescala de beneficios, tras su aplicación encontramos niveles de homogeneidad corregida más bajos que en la subescala anterior. Además, dos ítems (“Los preservativos se deben utilizar sólo en el momento de la penetración” y “Si utilizas preservativo no hace falta ir al médico”) mostraron muy baja consistencia interna. El análisis detenido de la subescala nos permite plantear que esta subescala contiene afirmaciones que aluden a aspectos más variados en cuanto a su contenido,

lo que explica su inferior consistencia interna. Tras analizar eliminar los dos ítems obtuvimos una subescala compuesta por 14 ítems, con un Alfa de Cronbach =0,75. Los ítems mostraron niveles de consistencia interna superiores a 0,23. Así pues, para el presente estudio, emplearemos las subescalas de costes y beneficios tal y como han quedado configuradas tras eliminar los ítems poco consistentes. Dichas subescalas correlacionaron entre sí significativa y negativamente =-0,322 ($p < 0,001$), lo que pone de manifiesto la relación inversa entre ambas variables.

Escala de conducta sexual

El objetivo de esta escala es evaluar el nivel de experiencia sexual alcanzado por las persona durante su vida, el tipo de relaciones sexuales mantenidas en el momento de completar la escala, la adopción de conductas preventivas y una especificación numérica de los coitos realizados en un determinado lapsus de tiempo, las veces que estos coitos han sido protegidos y a través de qué medida preventiva (Insúa, 1999). En cuanto al *nivel de experiencia*, sigue la división clásica de (Schofield, 1965) quien lo clasifica en 5: 1) ninguna, 2) experiencia de besos y caricias, 3) experiencia de *petting* –sexo sin penetración-, 4) coito con una persona, 5) coito con varias personas. Para valorar el *actual comportamiento sexual*, divide las relaciones sexuales de los sujetos en 3 niveles: 1) ninguna relación sexual, 2) *petting*, y 3) relaciones coitales. Para determinar las *conductas de riesgo y prevención*, se aplican varios ítems que indican si las relaciones son mantenidas con la misma persona o con diferentes, si adoptan conductas preventivas y el tipo de medida adoptada. Así mismo, el número de coitos en el último mes y el porcentaje de uso del preservativo y de otro método. La escala permite disponer de indicador cualitativo y cuantitativo de la frecuencia de adopción de conductas preventivas. En cuanto a las *conductas preventivas ante el SIDA* la escala presenta dos factores- que deben ser respondidos tanto por las personas que han tenido o tienen relaciones sexuales y por las que no han tenido experiencia de coito-

distribuyéndolas en subgrupos para mejor análisis: medidas preventivas totalmente ineficaces, medidas preventivas cuestionables y medidas preventivas eficaces. Así pues, es posible distinguir entre:

1.- *Medidas preventivas totalmente ineficaces*: no tomar ninguna precaución, lavarse después de tener una relación sexual de penetración, utilizar el coito interrumpido (marcha atrás), cremas espermicidas o la píldora anticonceptiva y acudir al médico para realizarse controles periódicos. Algunos autores indican que esta última conducta es adoptada por algunos usuarios de drogas como una medida preventiva de cara a la transmisión del VIH.

2.- *Medidas preventivas cuestionables en cuanto a su eficacia real y muy extendidas*: ser monógamo, fijarse en el aspecto exterior de la pareja, tener relaciones sólo con personas conocidas, realizar prácticas sexuales de penetración con poca gente o con menos gente que antes, no tener relaciones con gente que se inyecta drogas e informarse sobre el estado de salud de la pareja.

3.- *Medidas preventivas eficaces*: utilizar el preservativo, mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.) y abstenerse de tener relaciones sexuales si no se tiene una medida preventiva a mano.

En el presente estudio hemos calculado el total obtenido por cada participante en cada tipo de medida preventiva (ineficaces, cuestionables, y eficaces). Para finalizar, la escala incluye una pregunta cerrada y dicotómica (Sí vs. No) para evaluar la percepción de que las precauciones que se toman para no infectarse con el VIH son suficientes o no lo son.

Procedimiento

Los datos han sido recogidos durante los meses de marzo y abril de 2013. Se construyó para ello un formato online ubicado en la plataforma universitaria para ser rellenado tanto por los estudiantes españoles como uruguayos. Los estudiantes fueron

invitados a participar mediante comunicado enviado electrónicamente y para el presente estudio se tomaron los datos de las respuestas obtenidas en el periodo de un mes. En todos los casos se garantizó la confidencialidad de la información recogida. Todos los estudiantes participaron voluntariamente. Los datos fueron exportados a una hoja de cálculo para su posterior procesamiento con el programa SPSS v. 15.0 para Windows (2006). Se han analizado los porcentajes, estadísticos descriptivos, y se han contrastado las hipótesis empleando análisis multivariante de la varianza o MANOVA, seguido en su caso de Análisis de Varianza, y la correlación de Pearson para variables continuas, así como análisis Chi-cuadrado para variables categóricas. Se ha establecido un nivel alfa =0,05 para todos los análisis.

Resultados

Comenzamos exponiendo los principales resultados obtenidos en relación al perfil de los participantes. En primer lugar y respecto a los *conocimientos*, tal y como se expone en la Tabla 1, cabe destacar cómo casi la mitad de los encuestados creen erróneamente que es una buena práctica inflar el preservativo de aire para comprobar si está pinchado. Otras creencias erróneas sobre el modo de contagio del VIH se relacionan con esnifar cocaína, donar sangre, a través de picaduras de insecto, etc. Así mismo, se consideran estrategias eficaces para la prevención acudir al médico periódicamente o estar adecuadamente informado de lo que es el SIDA.

También encontramos participantes que no saben el procedimiento para retirar el preservativo tras la eyaculación.

Tabla 1. Porcentaje de respuestas incorrectas en la Escala de Conocimientos sobre uso del preservativo y vías de contagio del VIH/SIDA

Acciones	Porcentaje (Interv. Confianza al 95%)
Manejo del preservativo:	
Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	44,6 (1,52; 5,74)
Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación	19,5 (15,01; 23,93)
Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes	15,2 (11,14; 19,22)
Colocarlo antes de la erección	10,6 (7,10; 14,02)
Colocarlo cuando el pene está en erección	6,3 (3,54; 9,00)
No manipularlo hasta su colocación	5 (2,51; 7,39)
Colocarlo justo en el momento de la eyaculación.	3,6 (1,52; 5,74)
Mirar la fecha de caducidad	1,7 (0,22; 3,08)
Transmisión del VIH/SIDA y protección	
A través de las relaciones sexuales	0,70 (-0,25; 1,57)
Esnifando heroína	38,60 (33,13; 44,10)
Donando sangre	41,90 (36,36; 47,47)
Utilizando piscinas públicas	6,60 (3,80; 9,40)
Recibiendo sangre (transfusión).	76,60 (71,80; 81,34)
A través de los cubiertos, vasos	8,60 (5,43; 11,73)
Besándose en la boca	13,50 (9,68; 17,38)
Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla	15,50 (11,44; 19,59)
Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla	0,30 (-0,32; 0,98)
A través de picaduras de insecto	43,90 (38,31; 49,48)
A través de la saliva	14,90 (10,85; 18,86)
A través de las lágrimas	7,30 (4,34; 10,18)
Compartiendo objetos personales (cepillo de dientes, cuchillas, etc.)	39,60 (34,10; 45,11)
A través del coito interrumpido	14,50 (10,55; 18,49)
De mujer embarazada a su hijo	13,90 (9,97; 17,75)
Acudir al médico para realizarse controles periódicos	79,50 (75,00; 84,08)
Estar bien informado sobre lo que es el SIDA	99,30 (98,43; 100)
Tener siempre la misma pareja sexual	19,80 (15,31; 24,29)
Utilizar el preservativo	0,70 (-0,25; 1,57)
No utilizar agujas ya usadas	1,70 (0,22; 3,08)
Evitar el contacto con sangre de otros	11,60 (7,95; 15,15)
Tomar la píldora anticonceptiva	4,30 (2,01; 6,57)
Utilizar cremas espermicidas	16,20 (12,03; 20,32)
No existen medidas que nos protejan	4 (1,76; 6,16)

Por lo que se refiere a los resultados en la escala de costes, los datos fluctuaron entre una puntuación promedio de 1,79 (DT=1,10) en el ítem: “el preservativo crea dudas en el otro acerca del estado de salud”, hasta una puntuación promedio de 3,89 (DT=1,22) para el ítem “los preservativos pueden estar defectuosos”. Puntuaciones superiores a

3,5 se obtuvieron también en los ítems “el preservativo no es natural, es artificial” (M=3,59, DT=1,58) y “los preservativos no siempre se tienen a mano” (M=3,64, DT=1,42). En 12 de los 16 ítems se obtienen puntuaciones promedio inferiores a 3, lo que denota una baja percepción de costes asociados al empleo del preservativo. En cuanto a la escala de *beneficios*, las puntuaciones oscilaron entre un valor promedio =3,02 (DT=1,33) para el ítem “los preservativos son baratos”, a un valor promedio =5,54 (DT=0,66) para el ítem “Los preservativos previenen el embarazo”. Salvo el ítem previamente comentado, en todos los ítems se obtuvieron puntuaciones superiores a 3,5, lo que indica que existe una elevada percepción de beneficios. En la Tabla 2 se presentan las características de la *conducta sexual* de los participantes. El perfil general se corresponde con participantes que han tenido o tienen relaciones coitales monógamas, generalmente con preservativo.

Tabla 2. Características de la Conducta sexual de los participantes

	Porcentaje (Interv. conf. al 95%)
Experiencia máxima a lo largo de su vida	
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	6,3 (3,54; 9,00)
He tenido experiencia de haber llegado al coito	26,4 (21,44; 31,37)
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	67,3 (62,05; 72,61)
Comportamiento sexual actual	
No tengo relaciones sexuales	16,5 (12,32; 20,68)
No tengo coito	8,3 (5,15; 11,35)
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	75,2 (70,39; 80,11)
Defina sus relaciones sexuales coitales	
Siempre con la misma persona ("su pareja"): monógamo	73,3 (68,28; 78,25)
Con más de una persona: polígamo	26,7 (21,75; 31,72)
¿utiliza algún método anticonceptivo?	
Siempre	82,2 (77,87; 86,49)
A veces	14,2 (10,26; 18,12)
Nunca	3,6 (1,52; 5,74)
Tipo de método conceptual utilizado	
Preservativo (condones)	80,5 (76,07; 84,99)
Píldoras anticonceptivas	37 (31,53; 42,40)
El coito interrumpido (marcha atrás).	10,6 (7,10; 14,02)
Otros	6,6 (3,80; 9,40)
DIU (dispositivo intrauterino).	2 (0,41; 3,55)
Métodos naturales (ogino, temperatura)	2 (0,41; 3,55)
Diafragma	0,3 (-0,32; 0,98)
	M (DT)
Relaciones sexuales coitales en el último mes	6,0 (7,4)
Porcentaje de uso de preservativo	72,2 (37,5)
Porcentaje de uso de otro método anticonceptivo	30,0 (41,0)

En la Tabla 3 se presentan las *medidas preventivas* puestas en marcha por los participantes. Se puede apreciar cómo la más frecuente es el empleo del preservativo, seguido de la abstinencia cuando no se tiene una medida preventiva, siendo ambas estrategias eficaces. No obstante, abundan también las estrategias cuestionables como tener relaciones coitales con una sola persona o informarse del estado de salud de la pareja sexual. Cabe también señalar que un 80,2% indica creer tomar las suficientes precauciones para no infectarse con el VIH, lo que deja a casi un 20% en situaciones de claro riesgo. Un porcentaje reducido (5%) aunque no por ello carente de relevancia, indica no tomar medida preventiva alguna. Por otro lado, tras calcular el porcentaje de prácticas de los participantes, los datos indican que un 52,5% no pone en marcha prácticas ineficaces frente a un 47,5% que pone en marcha una o más prácticas ineficaces. En cuanto a las prácticas cuestionables no son puestas en

marcha por un 23,4% si bien un 76,6% pone en marcha una o más de estas prácticas. Finalmente, un 16,2% no pone en marcha prácticas eficaces, frente a un 83,8% que pone en marcha una o más de dichas prácticas.

Tabla 3. Porcentaje de puesta en marcha de medidas preventivas

	Porcentaje (Interv. Conf. Al 95%)
No tomar ninguna precaución	5 (2,51; 7,39)
Fijarse en que la pareja tenga un aspecto exterior sano	11,90 (8,24; 15,52)
No tener relaciones con gente que se inyecta droga	35,60 (30,25; 41,04)
Realizar prácticas sexuales de penetración con poca gente	18,80 (14,41; 23,21)
Acudir al médico para realizarse controles periódicos	29 (23,93; 34,15)
Realizar prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes	2,30 (0,62; 4,00)
Realizar prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida	19,50 (15,01; 23,93)
Tengo relaciones coitales sólo con una persona	45,50 (39,94; 51,15)
Informarse sobre el estado de salud de la pareja sexual	45,20 (39,61; 50,82)
Lavarse después de tener una relación sexual de penetración	20,80 (16,22; 25,36)
Mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo	9,90 (6,54; 13,26)
Utilizar el coito interrumpido	3,30 (1,29; 5,31)
Utilizar cremas espermicidas	0
Utilizar la píldora anticonceptiva	10,20 (6,82; 13,64)
Utilizar el preservativo	76,90 (72,15; 81,64)
Abstenerse de tener relaciones sexuales si no se tiene una medida preventiva	45,90 (40,26; 51,49)
Otras	3,30 (1,29; 5,31)
Adopción de suficientes precauciones para no infectarse con el VIH	80,20 (75,71; 84,69)

En la Tabla 4 se ofrecen los resultados obtenidos tras contrastar la primera hipótesis. Se puede apreciar cómo existe una asociación significativa y positiva entre conocimientos, beneficios y prácticas eficaces. Por otro lado, la percepción de costes más elevados se encuentra asociado significativa y positivamente a prácticas ineficaces y cuestionables. Además y en contra de nuestras predicciones, el nivel de experiencia se encuentra asociado significativa y positivamente con mayores conocimientos sobre el uso del preservativo y sobre la transmisión del VIH, pero también con una mayor puesta en marcha de prácticas ineficaces y cuestionables. Por

otro lado, mantener relaciones sexuales con más personas parece encontrarse asociado a prácticas eficaces. Además, un mayor uso del preservativo se encuentra asociado con mayores conocimientos sobre su uso, menor percepción de costes, mayor experiencia sexual, menor puesta en marcha de prácticas ineficaces, mayor puesta en marcha de prácticas cuestionables y sobre todo, con la mayor puesta en marcha de prácticas eficaces. Finalmente, creer que se toman medidas suficientes para no contraer el VIH se encuentra positivamente asociado a un mayor uso del preservativo y de puesta en marcha de otras prácticas eficaces, así como negativamente asociado a una percepción de costes elevados, menos experiencia y menos relaciones sexuales.

Tabla 4. Correlaciones entre conocimientos, beneficios y costes y prácticas preventivas

	CTV	BNF	CST	PRI	PRC	PRE	EXP	RSX	PUP	PRC
CUP	0,25**	0,17**	-0,17**				0,23**		0,16*	
CTV		0,21**	-0,19**		-0,13*		0,14*			
BNF			-0,40**		-0,14*	0,18**				
CST				0,19**	0,20**	-0,19**			-0,21**	-0,244**
PRI					0,23**		0,15**		-0,15*	
PRC						0,15*	0,14*		0,13*	
PRE								0,17**	0,48**	0,147*
EXP								0,19**	0,16**	-0,123*
RSX										-0,154**
PUP										0,132*

** significativa al nivel 0,01 (bilateral); * significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: CUP= Conocimientos sobre el uso del preservativo; CTV= Conocimientos sobre la transmisión del VIH; BNF=Beneficios; CST=Costes, PRI=Prácticas ineficaces; PRC=Prácticas cuestionables; PRE=Prácticas eficaces; EXP=Experiencia; RSX=Relaciones sexuales; PUP=Porcentaje de uso del preservativo; PRC=Precauciones

Finalmente ofrecemos los resultados derivados del análisis de varianza, una vez contrastada, mediante análisis multivariante de varianza (Manova), la existencia de

diferencias significativas entre países cuando se analizan conjuntamente todas las variables (Lambda de Wilks =0,846; $F(13, 241)=3,370$; $p=0,000$; $\eta^2_p=0,154$).

En la Tabla 5 se presentan los resultados de los contrastes bivariados. Para simplificar la exposición de los resultados, se presentan únicamente las variables en las que se han obtenido diferencias estadísticamente significativas. Así, se puede apreciar cómo los participantes uruguayos muestran significativamente mayores conocimientos sobre el uso del preservativo. Sin embargo, los consideran más caros que los participantes españoles y los utilizan en menor medida. Dichos participantes españoles ponen en marcha en mayor medida tanto prácticas cuestionables como eficaces.

Tabla 5. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova), en función del país de procedencia

Variables	País	Media	D.T.	N	F	p
Conocimientos sobre el uso del preservativo	España	6,83	1,23	208	5,715	0,018
	Uruguay	7,28	,80	47		
Costes	España	42,13	11,91	208	4,998	0,026
	Uruguay	46,30	9,72	47		
Prácticas Cuestionables	España	1,38	1,18	208	7,849	0,005
	Uruguay	,87	,82	47		
Prácticas Eficaces	España	1,45	,79	208	10,090	0,002
	Uruguay	1,04	,78	47		
Relaciones sexuales	España	5,00	6,65	208	8,029	0,005
	Uruguay	8,15	7,84	47		
Porcentaje de uso de preservativo	España	75,09	35,82	208	6,941	0,009
	Uruguay	59,30	42,42	47		

De acuerdo con nuestra segunda hipótesis, esperábamos encontrar asociaciones significativas entre conductas sexuales y factores sociodemográficos (país, sexo, ideología política y religiosa, curso o nivel formativo, estado civil, situación familiar).

Así, en primer lugar, los análisis indicaron que el uso del preservativo se encuentra asociada a la nacionalidad de los participantes (Chi cuadrado =10,047; gl=1; $p<0,001$) y que es más probable que los universitarios españoles los utilicen, frente a los uruguayos. También se encontró asociado al estado civil (Chi cuadrado =6,130; gl=1; $p=0,013$) y a las personas con quienes conviven (Chi cuadrado =19,685; gl=4; $p=0,013$) y los resultados indicaron que es más probable que sea utilizado por quienes se encuentran solteros o por quienes viven con compañeros de piso. Por el contrario, su uso no se encontró asociado al sexo, ideología política o ideología religiosa. En segundo lugar, el tipo de relaciones sexuales mantenidas (monogamia vs poligamia) se encontró asociada al uso del preservativo (Chi cuadrado =11,412; gl=1; $p<0,001$) siendo los polígamos los que utilizan este método con más frecuencia, y al estado civil (Chi cuadrado =9,788; gl=1; $p=0,002$) siendo los casados o conviviendo los que se declaran monógamos en mayor proporción que los solteros. Por el contrario, factores como la ideología política o religiosa, el sexo o el país no se encontraron asociados con la tendencia a la monogamia vs. poligamia.

La creencia de tomar medidas suficientes para protegerse del VIH no se encuentra asociada a la nacionalidad de los participantes, ni al sexo, ideología política, nivel formativo, estado civil, ni convivencia. Sí se encuentra relacionado con la ideología religiosa (Chi cuadrado =8,982; gl=2; $p=0,011$) y es mayor el porcentaje de los religiosos practicantes que indican no tomar suficientes precauciones, que el de los religiosos no practicantes que indican tomar las suficientes precauciones. Profundizando en el tipo de prácticas, el número de prácticas ineficaces se encontró asociado tan sólo al sexo (Chi cuadrado =10,350; gl=4; $p=0,035$) y es más probable que el hombre ponga en marcha prácticas ineficaces. Por su parte, la frecuencia de prácticas cuestionables se encontró asociada al nivel formativo (Chi cuadrado =14,747; gl=5; $p=0,012$) y el nivel de prácticas cuestionables es más elevado en primer curso que en otros cursos más avanzados. También se encontró asociada al

estado civil (Chi cuadrado =12,322; gl=5; p=0,031) y es más probable que las personas casadas pongan en marcha una práctica cuestionable, frente a quienes se encuentran solteros, que ponen en marcha mayor número de prácticas cuestionables. Por su parte, la frecuencia de prácticas eficaces se encontró asociada a la nacionalidad de los participantes (Chi cuadrado =15,095; gl=3; p=0,002) y es más probable no poner en marcha prácticas eficaces por parte de los estudiantes uruguayos que por parte de los españoles. También se encontró asociado al estado civil de los participantes (Chi cuadrado =12,036; gl=3; p=0,007) y es más probable que los que se encuentren casados o conviviendo en pareja no pongan en marcha estrategias eficaces que quienes están solteros. Del mismo modo, el tipo de convivencia también se encontró asociado (Chi cuadrado =45,255; gl=12; p<0,001) y quienes viven pareja es más probable que no pongan en marcha prácticas eficaces. La preferencia sexual (homosexual, bisexual o heterosexual) no se encontró asociada a las diferentes variables sociodemográficas analizadas. Finalmente, la toma de píldora postcoital por no haber utilizado preservativo se encontró asociada a la nacionalidad de las participantes (Chi cuadrado =37,677; gl=1; p<0,001) y es bastante más probable que suceda en las participantes uruguayas. También el nivel formativo (Chi cuadrado =11,890; gl=1; p<0,001) y es más probable que suceda en niveles formativos más avanzados que en primer curso. El estado civil y el tipo de convivencia se encontraron igualmente asociados (Chi cuadrado =5,905; gl=1; p=0,015 y Chi cuadrado =17,549; gl=4; p=0,002, respectivamente) y es más probable que utilicen este recurso las participantes casadas o que viven en pareja que las solteras o que conviven en otras modalidades (con compañeros, familia, solos, etc.).

Discusión

El presente estudio ha tratado de profundizar en la percepción de riesgos y beneficios, en los conocimientos y en las conductas sexuales puestas en marcha por estudiantes universitarios uruguayos y españoles. Pretende así complementar a los estudios epidemiológicos existentes, ofreciendo una mirada más centrada en los aspectos sociales y culturales que pueden estar incidiendo en este grupo poblacional.

Hemos encontrado evidencias que relacionan la percepción de vulnerabilidad con la puesta en marcha de conductas preventivas, así como entre el grado de información y el de puesta en marcha de dichas conductas. Los resultados avalan la existencia de una asociación significativa y positiva entre conocimientos, beneficios y prácticas eficaces. Por ejemplo un mayor uso del preservativo, así como de creencias de estar protegido frente al VIH, se encuentra asociados con mayores conocimientos sobre su uso, menor percepción de costes, menor experiencia y relaciones sexuales y mayor puesta en marcha de diversas prácticas eficaces. La percepción de costes se revela como una variable clave en la decisión de emplear preservativos. De ahí la importancia de tener en cuenta y actuar sobre las barreas físicas, psicológicas, culturales, etc., relacionadas con el uso de dicho preservativo, como destacan otros estudios (Loftus, 2008; Pettifor, et al., 2011; Warner, et al., 2007; Willis, 2003).

El análisis de factores culturales indica que, en la muestra objeto de estudio, la frecuencia uso del preservativo se encuentra asociado a una serie de variables como son en primer lugar, el país de procedencia. Estas diferencias de uso se pueden deber a factores como la percepción del elevado coste de estos métodos y a una mayor tendencia a la monogamia por parte de los participantes uruguayos, como también se ha puesto de manifiesto en el presente trabajo. Y ello pese al hecho de que los estudiantes uruguayos poseen más conocimientos sobre el uso del preservativo. Estos resultados están en la línea de estudios previos y (Guchin, y Meré, 2004) confirman la insuficiencia de actuaciones meramente informativas para promover conductas

saludables y a la necesidad de promover actuaciones a nivel de salud pública por parte de los gobiernos, como la oferta de preservativos a costes asumibles, si se desea reducir eficazmente conductas de riesgo.

De especial interés es la asociación encontrada entre ideología religiosa y menor puesta en marcha de conductas preventivas de la transmisión del VIH, lo que coincide con los estudios previamente señalados acerca del impacto de las creencias religiosas en la salud sexual (Woo, Brotto, & Gorzalka, 2011; Yasan, Essizoglu, & Yildirim, 2009). Desde una perspectiva de género es interesante mencionar igualmente cómo los participantes masculinos ponen en marcha un mayor número de prácticas ineficaces para la prevención del VIH, lo que podría explicarse a la luz de los roles atribuidos al hombre que refuerzan la puesta en marcha de conductas de riesgo (Muñoz, 2012; Willis, 2003). En palabras de Hofstede (1998) el sexo en culturas masculinas se entiende más como una conquista, mientras que en las culturas femeninas se entiende más como una relación. De ahí que en estos últimos años se haya replanteado el papel que juegan y deben jugar los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la necesidad e importancia de incluirlos en los programas (Guchin, y Meré, 2004).

El impacto de estas construcciones culturales necesita ser tenido en cuenta en los programas de educación sexual. Igualmente es necesario profundizar en las razones por las que los estudiantes uruguayos ponen en marcha menos prácticas eficaces que los estudiantes españoles y al mismo tiempo, y quizá asociado a ello, es más probable que tengan que recurrir a la píldora postcoital tras una relación sexual sin protección. El recurso a dicha píldora es una estrategia femenina, frente al uso del preservativo que aún puede considerarse una estrategia masculina. De nuevo, es necesario analizar el impacto de creencias, roles de género y mitos entorno al sexo.

No quisiéramos terminar sin señalar algunas limitaciones del presente estudio. En primer lugar, dado el interés por profundizar en las razones que subyacen a la puesta

en marcha de conductas sexuales y prácticas de riesgo en estudiantes universitarios, hemos optado por el empleo de una muestra de conveniencia conformada por participantes que voluntariamente decidieron responder al cuestionario, en un tiempo reducido. Así pues, la información recogida no se debe extrapolar en ningún caso a la situación de los cerca de 50.000 estudiantes de psicología que cursan sus estudios en las 31 universidades españolas donde se ofrece esta titulación, ni a los aproximadamente 6.000 estudiantes activos de psicología uruguayos que cursan sus estudios en la Universidad de la República. En otras palabras, la generalización de los resultados es limitada. En segundo lugar, sería conveniente en posteriores trabajos incrementar el control sobre las características de las muestras, para garantizar su plena equivalencia. En tercer lugar, es aconsejable emplear metodologías complementarias y de tipo cualitativo para ahondar en factores culturales (costumbres, creencias, razones, visiones, concepciones, etc.) de esta población, para así diseñar campañas que consigan plenamente el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, como es detener y empezar a revertir el curso de la epidemia del VIH/sida para 2015.

Referencias

- Carrera, M., Lameiras, M., y Rodríguez, Y. (2012). Hacia una educación sexual que todavía es posible. *Informació Psicològica*, 103, 4-14.
- Carrera, M., Lamieras, M., Foltz, M., Núñez, A., y Rodríguez, Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 739-751.
- Claramunt, C., Hernansaiz, B., y León, E. (2004). La salud sexual en la educación: conocimientos y actitudes sexuales en la etapa adolescente. *Informació Psicològica*, 85-86, 50-59.

España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. (2012a). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS ESPAÑA. Enero de 2011 - diciembre de 2011*. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file,68403,es..pdf>

España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA. (2012b). *Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Situación a 30 de junio de 2012*. Recuperado de http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHsida_Junio2012.pdf

Gómara, I., Repáraz, C., Osorio, A., e Irala, J. (2010). La educación sexual en los textos escolares españoles: evaluación de un texto alternativo. *ESE: Estudios sobre Educación*, 18, 139-164.

Guchin, M., y Meré, J. (2004). *Programa sexualidad y género. Iniciativa latinoamericana*. Montevideo: IDES, UNESCO.

Gutiérrez-Crespo, E. (2009). Educación afectivo-sexual. *Cuadernos de Pedagogía*, 389, 70-72.

Helleve, A., Flisher, A., Onya, H., Mukoma, W., & Klepp, K.. (2009). South African teachers' reflections on the impact of culture on their teaching of sexuality and HIV/AIDS. *Culture, Health & Sexuality*, 11(2), 189-204.

Hofstede, G. (1998). Comparative studies of sexual behavior: Sex as achievement or as relationship? En *Masculinity and femininity: The taboo dimension of national cultures* (pp. 153-178). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Insúa, P. (1999). *Manual de educación sanitaria. Recursos para diseñar talleres de prevención con usuarios de drogas*. Zarauz: Itxaropena.
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., y Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Univeritat Oberta de Catalunya.
- Loftus, R. (2008). Review of In the shadows: Sexuality, pedagogy, and gender among Japanese teenagers. Review-Book. *Journal of Gender Studies*, 17(2), 179-180.
- Luo, D., Xiao, S., & Deng, Y. (2008). Sexual attitudes, sexual behavior and related factors among college students at a university. *Chinese Mental Health Journal*, 22(7), 480-484.
- McCave, E., Chertok, I., Winter, V., & Haile, Z. (2013). Sexual health behaviors in a random sample of students at a mid-Atlantic university: 2010-2011. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 38(2), 310-319.
- Molinal, D., Torrivilla, I., y Sánchez, Y. (2011). Significado de la educación sexual en un contexto de diversidad de Venezuela. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa y Psicopedagógica*, 9(23), 415-444.
- Moreno, A., y Pichardo, J. (2006). Homonormatividad y existencia sexual. Amistades peligrosas entre género y sexualidad. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 1(1), 1-14 .
- Muñoz, M., y Revenga, M. (2005). Aprendizaje y educación afectivo - sexual: una revisión de los planteamientos iniciales del aprendizaje de las cuestiones sexuales. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 12(10), 45-56.
- Recuperado de
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/141/72>
- Muñoz, N. (2012). Aprendizajes de género y cuidado de sí en la salud masculina: entre lo universal y lo específico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 2(2), 6-26.

- Pettifor, A., Levandowski, B., MacPhail, C., Miller, W., Tabor, J., Ford, C., Stein, C., Rees, H. & Cohen, M. (2011). A tale of two countries: Rethinking sexual risk for HIV among young people in South Africa and the United States. *Journal of Adolescent Health, 49*(3), 237-243.
- Rocha-Sánchez, T., y Díaz-Loving, R. (2005). Cultura de género: La brecha ideológica entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología, 21*(1), 42-49.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. En R. Diclemente & J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum.
- Schofield, M. (1965). *The Sexual Behavior of Young People*. London: Longmans.
- Schongut, N. (2012). La construcción social de la masculinidad: poder, hegemonía y violencia. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 2*(2), 27-65. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia/article/view/119/73>
- Tang, N., Bensman, L., & Hatfield, E. (2012). The impact of culture and gender on sexual motives: Differences between Chinese and North Americans. *International Journal of Intercultural Relations, 36*(2), 286-294.
- Trepka, M., Kim, S., Pekovic, V., Zamor, P., Velez, E., & Gabaroni, M. (2008). High-risk sexual behavior among students of a minority-serving university in a community with a high HIV/AIDS prevalence. *Journal of American College Health, 57*(1), 77-84.
- Ubillos, S., Insúa, P., y De Andrés, M. (1999). *Manual de educación sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de Prevención con usuarios de drogas*. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ubillos, S., Paez, D., y González, J. (2000). Cultura y conducta sexual [Suplemento]. *Psicothema, 12*(1), 70-82.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Departamento de Programación Estratégica en Salud. Área Salud Sexual y Reproductiva.

Programa Nacional ITS-VIH/Sida. (2012). *Informe de Progreso Global sobre SIDA 2012. Seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011. Uruguay - Informe 2012*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/file,68526,es..pdf>

Warner, L., Hohmann, C., Böhmer-Lasthaus, S., Luszczynska, A., Piko, B., Gibbons, F., & Teközel, M. (2007). A four-country study on sexual protection behavior among adolescents. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 15*(3), 109-118.

Willis, J. (2003). Condoms are for Whitefellas: Barriers to Pitjantjatjara men's use of safe sex technologies. *Culture, Health & Sexuality, 5*(3), 203-217.

Woo, J., Brotto, L., & Gorzalka, B. (2011). The role of sex guilt in the relationship between culture and women's sexual desire. *Archives of Sexual Behavior, 40*(2), 385-394.

Yasan, A., Essizoglu, A., & Yildirim, E. (2009). Predictor factors associated with premarital sexual behaviors among university students in an Islamic culture. *International Journal of Sexual Health, 21*(3), 145-152.

Formato de citación

Bagnato, M., Jenaro, C., Flores, N., Guzmán, K. (2014). Factores culturales asociados a las conductas sexuales en estudiantes universitarios de Uruguay y España: Estudio Preliminar. *Psicología, Conocimiento y Sociedad, 4* (1), 6 - 32. Recuperado de <http://revista.psico.edu.uy/index.php/revpsicologia>
