



Universitat de Girona

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN LA
ADOLESCENCIA: PARALELISMOS ENTRE EL USO DEL
CASCO Y EL USO DEL PRESERVATIVO

Mònica CUNILL OLIVAS

ISBN: 978-84-692-2180-8

Dipòsit legal: GI-347-2009

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DURANTE LA ADOLESCENCIA: PARALELISMOS ENTRE USO DEL CASCO Y USO DEL PRESERVATIVO

Tesis doctoral realizada por Mònica Cunill Olivas



Bajo la dirección de la Dra. Maria Eugènia Gras Pérez

TESIS DOCTORAL

***COMPORTAMIENTOS DE RIESGO DURANTE
LA ADOLESCENCIA: PARALELISMOS ENTRE
USO DEL CASCO Y USO DEL
PRESERVATIVO***

MÒNICA CUNILL OLIVAS

Tesis dirigida por:

Dra. Maria Eugènia Gras Pérez

**INSTITUT DE RECERCA I QUALITAT DE VIDA
DEPARTAMENT DE PSICOLOGIA
UNIVERSITAT DE GIRONA
2008**

ALS MEUS FILLS JANA I ALBERT.
El vostre somriure és el meu alè quan el camí fa pujada

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha llegado a su fin. Acabar significa por un lado *satisfacción* por la meta lograda, pero, por otro, cierta *nostalgia* que acompaña el cerrar una etapa, el decir adiós.

Realizar un trabajo como este, por la implicación, el esfuerzo, el tiempo y la ilusión que suponen, acaba formando parte importante de tu momento vital, acaba integrándose en la cotidianidad y llega a cobrar “vida propia”.

No siempre ha sido un camino fácil. Completar este proceso de creación no hubiera sido posible sin el apoyo y ayuda de muchas personas a las que de forma humilde quiero mostrar mi más sincero agradecimiento.

Dra. Maria Eugènia Gras : mentora, compañera y amiga.

Gracias por confiar siempre en mi, por tus palabras de comprensión, por alentar mi espíritu en los momentos bajos de este proceso, por tu profesionalidad, tu dedicación y esfuerzo incondicionales. Por ayudarme a hacer realidad este sueño. Sin ti hoy no pondría punto final.

Dra. Montserrat Planes Pedra: guía, compañera y amiga.

Gracias por mostrar siempre disponibilidad, aún en condiciones adversas, por tu minuciosidad y rigurosidad, por enriquecer este trabajo con tus siempre valiosas y acertadas aportaciones.

Maria Eugenia, Montse, hoy veo el resultado de este largo camino y me siento orgullosa.

Dr. Mark Sullman: viajero, compañero y amigo.

Gracias por mostrar siempre interés por mi trayectoria, por a pesar de la distancia darme coraje para continuar y no abandonar. Nunca podré agradecerte tu esfuerzo en hacer que mi trabajo trascienda.

A mis compañeras **Dra. Sílvia Font-Mayolas** y **Dra. Maria Aymerich**, vuestro recorrido siempre ha sido un referente para mí. Gracias por tender vuestra mano en los momentos difíciles.

A mi familia, especialmente a mis padres, **Quim** y **Conchi**, mi hermana **Esther**, mi cuñado y amigo **Ivan** y mi prima **Miriam**, gracias por vuestro apoyo y amor incondicionales. Sois los pilares que me sustentan.

A **Albert**, gracias por lo dado, gracias por lo conseguido. Sin tu amor, ayuda y paciencia hoy no sería quien soy.

Y para finalizar quiero mostrar mi agradecimiento a todas aquellas personas que me han acompañado a lo largo de estos años y que de manera explícita o implícita han cuidado de mi bienestar y me han animado siempre a continuar.

Para todos,

LUZ y AMOR

INDICE

PARTE TEÓRICA	1
0. INTRODUCCIÓN.....	2
1. COMPORTAMIENTO VIAL EN LA ADOLESCENCIA	6
1.1. La accidentalidad vial	7
1.2. Jóvenes y comportamiento vial.....	9
1.2.1. Jóvenes y uso de ciclomotores.....	13
1.3. Sistemas de seguridad en la conducción.....	17
1.3.1. Principal elemento de seguridad pasiva en los vehículos de dos ruedas: el casco.....	18
1.4. Principales intervenciones preventivas del comportamiento vial de riesgo en jóvenes	23
1.4.1. Educación vial.....	24
1.4.2. Campañas de los medios de comunicación	28
1.4.3. Medidas coercitivas y disuasorias.....	35
1.4.3.1.El permisos de conducir por puntos	38
2. COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA.....	43
2.1. Comportamientos sexuales preventivos y de riesgo	44
2.2. Consecuencias del comportamiento sexual de riesgo durante la adolescencia	53
2.2.1. El sida y otras enfermedades de transmisión sexual ..	53
2.2.2. Embarazo no deseado durante la adolescencia.....	57
2.2.2.1. Interrupción voluntaria del embarazo.....	59
2.3. Principales métodos preventivos en las relaciones sexuales.....	61
2.3.1. Métodos preventivos eficaces para prevenir E.T.S y Embarazos.....	63
2.4. Principales intervenciones preventivas del comportamiento sexual de riesgo durante la adolescencia	65
2.4.1. Principales características y objetivos de los programas preventivos	66
2.4.2. Principales intervenciones preventivas y evidencias sobre su efectividad	67
2.4.2.1. Educación afectivo-sexual.....	67
2.4.2.2. Las campañas de comunicación.....	74
3. MODELOS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD	78
3.1. Modelo de Creencias de Salud	79
3.1.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelo de Creencias de Salud	82
3.2. Modelo de la Vulnerabilidad.....	84
3.2.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelo de Vulnerabilidad	86
3.3. Teoría de la Acción Razonada	91
3.3.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva de la Teoría de la Acción Razonada	95

3.4. Teoría del Comportamiento Planeado	97
3.4.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva de la Teoría del Comportamiento Planeado	99
3.5. Modelo de Autocontrol	100
3.6. Modelo de Prevención de la enfermedad	103
3.6.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelo de Prevención de la Enfermedad.....	106
3.7. Modelo socio-comportamental	108
3.7.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelos Socio-Comportamental.....	111
3.8. Principales variables predictoras de los comportamientos preventivos.....	116
4. USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO: PARALELISMOS Y DIFERENCIAS	119
4.1. Características de las conductas	121
4.2. Información sobre prevención.....	124
4.3. Percepción de vulnerabilidad	126
4.4. Creencia en la efectividad del uso del casco y del preservativo.....	127
4.5. Expectativas de autoeficacia en el uso del casco y del preservativo.....	128
4.6. Consecuencias del uso del casco y del preservativo	129
4.7. Influencia social en el uso del casco y del preservativo.....	130
 PARTE EMPÍRICA	135
 5. OBJETIVOS	136
5.1. Objetivos generales	136
5.2. Objetivos específicos	137
6. METODOLOGÍA.....	149
6.1. Muestra	149
6.2. Instrumentos y variables	147
6.3. Procedimiento	160
7. RESULTADOS	161
7.1. Características de la muestra.	162
7.2. Variables relacionadas con el uso del casco en la adolescencia.....	162
7.2.1. Variables conductuales: uso del ciclomotor y del casco	163
7.2.2. Intención de uso del casco	164
7.2.3. Antecedentes que pueden facilitar o inhibir la utilización del casco.....	167
7.2.3.1. Creencias sobre la aceptación.....	167
7.2.3.2. Creencias sobre el uso	171
7.2.3.3. Expectativas de autoeficacia	172
7.2.3.4. Expectativas de resultado	174
7.2.3.5. Percepción de vulnerabilidad	179
7.2.3.6. Preocupación.....	181
7.2.3.7. Actitudes	182
7.2.4. Consecuencias inmediatas que pueden facilitar o inhibir la La utilización del casco.....	186

7.2.5. Modelos predictivos de la intención de uso del casco y del uso autoinformado del casco	189
7.2.5.1. Modelos predictivos de la intención de uso del Casco	189
7.2.5.1.1. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del casco cuando se circula como conductor en un ciclomotor.....	189
7.2.5.1.2. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del casco cuando se circula como acompañante en un ciclomotor.....	194
7.2.5.2. Modelo predictivo del uso del casco.....	198
7.3. Variables relacionadas con el uso del preservativo en la adolescencia... 205	
7.3.1. Variables conductuales: práctica de relaciones sexuales y uso del preservativo	205
7.3.2. Intención de uso del preservativo	207
7.3.3. Antecedentes que pueden facilitar o inhibir la utilización del preservativo	211
7.3.3.1. Creencias sobre la aceptación.....	211
7.3.3.2. Creencias sobre el uso	217
7.3.3.3. Expectativas de autoeficacia	218
7.3.3.4. Expectativas de resultado	224
7.3.3.5. Percepción de vulnerabilidad	232
7.3.3.6. Preocupación.....	238
7.3.3.7. Actitudes	242
7.3.3.8. Accesibilidad del preservativo.....	246
7.3.4. Consecuencias inmediatas que pueden facilitar o inhibir la la utilización del preservativo.....	249
7.3.5. Modelos predictivos de la intención de uso del preservativo y del uso autoinformado del preservativo	254
7.3.5.1. Modelos predictivos de la intención de uso del preservativo.....	255
7.3.5.1.1. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja estable	255
7.3.5.1.2. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.....	261

7.2.5.2. Modelo predictivo del uso del preservativo	267
7.4. Análisis comparativo de las variables relacionadas con el uso del casco y del preservativo en la adolescencia	276
7.4.1. Frecuencia de uso del casco y del preservativo.....	276
7.4.2. Intención de conducta	278
7.4.3. Análisis comparativo de las creencias aceptación	282
7.4.4. Análisis comparativo de las creencias del uso.....	289
7.4.5. Análisis comparativo de las expectativas de autoeficacia ...	294
7.4.6. Análisis comparativo de las expectativas de resultado	298
7.4.7. Análisis comparativo de la percepción de vulnerabilidad	301
7.4.8. Análisis comparativo de la preocupación	304
7.4.9. Análisis comparativo de las actitudes	307
7.4.10. Análisis comparativo de las consecuencias inmediatas	312
7.5. Resumen de los principales resultados encontrados	315
8. DISCUSIÓN	319
9. CONCLUSIONES.....	371
10. REFERENCIAS	382
11. ANEXOS	418

Anexo 1: Cifras de muertos, heridos graves y heridos leves que se han producido en las vías españolas interurbanas y urbanas desde 1987 hasta 2006.

Anexo 2: Objetivos en materia de educación vial para los diferentes cursos de infantil, primaria, secundaria y bachillerato.

Anexo 3: Objetivos específicos propuestos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la formación de profesorado.

Anexo 4: Recursos educativos: educación infantil, primaria y secundaria.

Anexo 5: Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la obtención de la licencia para conducir un ciclomotor.

Anexo 6: Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la concienciación en seguridad Vial.

Anexo 7: Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la implantación del permiso y licencia de conducción por puntos.

Anexo 8: Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la vigilancia y control.

Anexo 9: Métodos preventivos eficaces para prevenir exclusivamente el embarazo y métodos preventivos poco o nada eficaces para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual.

Anexo 10: Campañas publicitarias del Consejo de la Juventud de España

Anexo 11: Cuestionario de evaluación.

PARTE TEÓRICA

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA: PARALELISMOS ENTRE EL USO DEL CASCO Y EL USO DEL PRESERVATIVO



0

INTRODUCCIÓN

“Quien no haya sido un poco salvaje en su infancia y adolescencia, corre mucho riesgo de serlo en su edad adulta. A menos que se trate de un inadaptado, de un abúlico, o de un viejo prematuro” Santiago Ramon y Cajal

La Organización Mundial de la salud **define la adolescencia** como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, paralelamente clasifica bajo el concepto de juventud el periodo que comprende entre los 15 y los 24 años y finalmente concibe como gente joven a quienes tienen de 10 a 24 años de edad (OMS, 2001)*. La adolescencia se caracteriza por cambios en el desarrollo físico, mental emocional y social que provocan, en ocasiones, ambivalencias y contradicciones en el proceso de búsqueda de equilibrio consigo mismo y con la sociedad a la que el adolescente desea incorporarse de manera más autónoma e independiente (Rodrigo, Márquez, García, Mendoza, Rubio, Martínez y Martín, 2004).

La adolescencia es un periodo donde se adquieren y se consolidan los estilos de vida, ya que se refuerzan algunas tendencias comportamentales adquiridas en la infancia y se incorporan otras nuevas provenientes de diferentes entornos de influencia: la familia, los amigos, la escuela, los medios de comunicación, las instituciones y la sociedad en general. Creencias, actitudes y comportamientos que se mantendrán en la edad adulta. Por ese motivo es interesante poder establecer hábitos saludables durante la adolescencia a fin de evitar problemas presentes y futuros (Rodrigo et al., 2004).

Las principales causas de **morbilidad y mortalidad** entre los adolescentes tienen que ver con factores ambientales y comportamentales (Rivas y Fernández, 1996), siendo algunas de ellas, los accidentes de tráfico, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados, problemas en los que están estadísticamente sobre representados (Twisk, 2007).

* En este trabajo utilizaremos los términos adolescentes y jóvenes indistintamente.

Cabe destacar que estos comportamientos comparten de entrada algo en común: la toma de riesgos. Así pues, la adolescencia es una etapa en la que los principales problemas de salud vienen provocados por la **práctica de comportamientos de riesgo**. Muy a menudo, ciertas conductas de riesgo del adolescente son de tipo reactivo y no representan más que una manifestación, más o menos oportuna, de su camino hacia la autonomía y la independencia. Solamente cuando estas situaciones se repitan con excesiva frecuencia o excedan los límites del comportamiento social aceptable, podremos hablar de conducta de riesgo.

En resumen, podemos diferenciar entre un patrón moderado y transitorio de riesgo que se circunscribe a la adolescencia y otro más extremo, que persiste hasta la edad adulta (Rodrigo et al., 2004).

Diferentes estudios muestran que habitualmente los comportamientos específicos que provocan daño para la salud se encuentran interrelacionados (Ferguson, Williams, Chapline, Reinfurt y De Leonardis, 2001; Hirsch, 2003; Lajunen y Räsänen, 2001; Lin, Chang, Pai y Keyl, 2003; Weinstein, 1992). Bina, Graciano y Bonino (2006) hablan de estilo de vida arriesgado, en aquellas ocasiones en las que el adolescente manifiesta diferentes conductas de riesgo. Sería de esperar que del mismo modo la realización de comportamientos preventivos se diera de manera conjunta formando estilos de vida saludables.

En este trabajo nos centraremos en el comportamiento vial y el comportamiento sexual de los adolescentes, concretamente en los factores que inciden en la puesta en práctica de medidas preventivas (uso del casco y uso del preservativo) y sus paralelismos.

El comportamiento vial y el comportamiento sexual no son conductas aisladas: están conectadas con otros aspectos de la vida y se ven afectados por valores individuales, actitudes y motivaciones y por el entorno social donde se manifiestan.

Las imprudencias en la conducción (como el exceso de velocidad o conducir bajo los efectos del alcohol) o no poner en práctica las medidas de protección adecuadas (por ejemplo no utilizar el casco al circular en ciclomotor) son conductas que se realizan muy a menudo y que pueden tener serias consecuencias para la salud. Los accidentes de circulación representan en la adolescencia una de las principales amenazas para la

salud. ¿Por qué no utilizan **el casco**? En el **capítulo 1** se plantea esta cuestión de manera más extensa y se profundiza en los factores que determinan esta práctica de riesgo y en las intervenciones que se han realizado para su prevención.

Los embarazos no deseados, así como el contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), son las posibles consecuencias de mantener relaciones sexuales sin tomar ninguna medida preventiva. En general los adolescentes están informados de la eficacia del **preservativo** y tienen fácil acceso a él, pero muchos de ellos no lo utilizan. En el **capítulo 2** tratamos este asunto de manera más detallada.

Es cierto, que no todos los adolescentes se implican del mismo modo en la práctica de comportamientos de riesgo. Para muchos de ellos el contacto con estas formas de conducta es puntual; otros en cambio, se involucran de manera progresiva. Por este motivo es importante detectar cuáles son los factores de riesgo, que determinan la mayor o menor vulnerabilidad del joven hacia las conductas problemáticas y a partir de ellos elaborar programas preventivos que sean más eficaces. En **el capítulo 3** se describen los **principales modelos teóricos** que predicen los comportamientos de riesgo y de prevención de los adolescentes. La mayor parte de estos modelos incluyen variables psico-sociales (personales y ambientales) que facilitan o dificultan estos comportamientos. Con algunos matices característicos de cada conducta, un mismo modelo puede predecir conductas aparentemente tan diferentes como el uso del casco de los motoristas y el uso del preservativo en una relación sexual.

En el **capítulo 4** se explican **los paralelismos** y las diferencias entre el uso del casco y el uso del preservativo. Del mismo modo que la realización de un comportamiento de riesgo suele estar asociado a la realización de otras conductas perjudiciales para la salud, nos preguntamos: ¿La puesta en práctica de una conducta preventiva está relacionada con la realización de otras conductas de este tipo? y más concretamente ¿Qué paralelismos existen entre el uso del casco y el uso del preservativo? ¿Hasta que punto los factores que determinan la utilización del casco también determinan el uso del preservativo?

En el **capítulo 5** se plantean los **objetivos** del trabajo. Los objetivos generales son:
1) Conocer los patrones de uso y de intención de uso del casco en los usuarios de ciclomotores, así como algunas variables relacionadas con su utilización o con la intención de utilizarlo. 2) Estudiar los patrones de uso y de intención de uso del

preservativo, y que variables se asocian a esta conducta o a la intención de realizarla y

3) Comparar la utilización de estas dos medidas preventivas, cuyo uso es de gran importancia para evitar o minimizar riesgos entre los adolescentes.

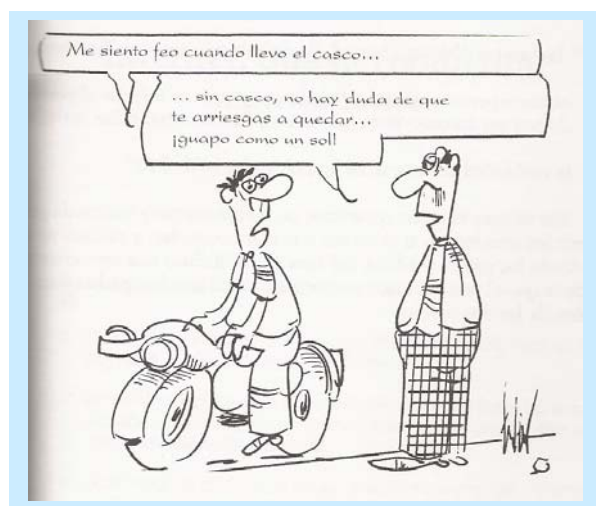
En el **capítulo 6** se detalla la **metodología** utilizada en este estudio. Se describen los participantes, se exponen los instrumentos utilizados para recoger la información y el procedimiento aplicado.

En el **capítulo 7** se presentan los **resultados** obtenidos, de acuerdo con los objetivos del estudio. Este apartado se divide en tres secciones: variables relacionadas con el uso del casco, variables relacionadas con el uso del preservativo y análisis comparativo de ambas conductas.

En el **capítulo 8** se discuten los resultados obtenidos en función de los objetivos formulados inicialmente así como en relación a los modelos teóricos de partida y a otras investigaciones, y en el **capítulo 9** se presentan las principales conclusiones de la investigación

Finalmente, se dedica un apartado a las referencias bibliográficas que se han consultado para la realización de este estudio y se presentan diferentes anexos con información relacionada con la investigación.

1

COMPORTAMIENTO VIAL EN LA ADOLESCENCIA

En el año 1890 y de la mano del industrial catalán Francisco Bonet i Dalmau se diseñó y se puso en marcha el primer automóvil español con motor de gasolina (Montoro y Honrubia, 1995). Desde esa fecha hasta ahora el uso de los vehículos a motor como medio de transporte se ha convertido, especialmente en los países desarrollados, en una práctica extensa y generalizada, lo que ha supuesto grandes e importantes cambios para la sociedad del siglo XXI. El incremento de los sistemas de transporte ha contribuido al desarrollo económico y a la mejora de las comunicaciones, hasta el punto de que en la actualidad el automóvil se considera inseparable de nuestra forma de vida (Cunill, Gras, Planes y Oliveras, 2000; Megia, Gallud y Pérez, 1990; Montoro, 1997).

Paralelamente a las ventajas aportadas por los vehículos a motor, no podemos olvidar que su uso también conlleva una serie de consecuencias negativas e indeseables: la contaminación, el ruido y sobre todo cabe destacar, por su gravedad e importancia, los accidentes de tráfico (Muñoz, 1995).

En nuestro país los jóvenes no pueden conducir un automóvil hasta los 18 años, por ese motivo el uso de ciclomotores entre los adolescentes españoles es una práctica muy extendida. Según datos del Dirección General de Tráfico la edad media de inicio en la conducción de un ciclomotor estaría entre los 12 y los 14 años, así pues, muchos de ellos empiezan antes de la edad reglamentaria (14 años) y sin el permiso requerido. Una situación similar se observa en otros países como Italia y Grecia (Bina, Bonino y Graciano, 2006; Chliaoutakis, Darviri y Dermakakos, 1999). Cabe destacar que en el Plan de Acción sobre seguridad vial aprobado el 1 de julio de 2006 por el consejo de ministros se ponía de manifiesto la intención de elevar la edad mínima para conducir un ciclomotor a los 16 años, aunque en los últimos informes parece ser que se elevará a los 15 años (El País, 2008).

En el presente capítulo se expone, en líneas generales, el problema de la accidentalidad vial y cómo afecta esta situación a los adolescentes y jóvenes. Además se revisan los principales sistemas de seguridad en la conducción de vehículos, haciendo especial énfasis en el casco. Se finaliza el capítulo con la presentación de las principales intervenciones preventivas en este ámbito.

1.1. LA ACCIDENTALIDAD VIAL

La siniestralidad vial supone uno de los principales problemas de salud de los países desarrollados (Ichikawa, Chadbunchachai y Marui, 2003; Montoro, 1997).

En el informe sobre la salud en el mundo presentado por la Organización Mundial de la Salud (2003) se exponen de manera detallada los peligros del tráfico rodado. En primer lugar, cada año más de 20 millones de personas sufren traumatismos graves o encuentran la muerte en las carreteras. Los traumatismos por accidentes de tráfico son una de las causas más importantes de pérdida de años productivos de vida. El aumento del número de vehículos y el mantenimiento de determinadas políticas de transporte tienen otras repercusiones sanitarias graves (por ejemplo: efectos sobre las enfermedades respiratorias y coronarias), así como efectos sociales, económicos y ambientales (por ejemplo: la contaminación atmosférica y influencia sobre el cambio climático). Además del inaceptable número de víctimas humanas, los accidentes de tráfico imponen también un elevado costo económico. En el 2004 los costes de la siniestralidad en España ascendieron a 9.052 millones de euros (RACE, 2003), a nivel mundial esta cifra se estima en unos 518.000 millones anuales de dolares, de los que

65.000 millones corresponden a los países desarrollados (OMS, 2003). Tales pérdidas tienen repercusiones importantes en los sistemas nacionales de atención de salud. Por último, el hecho de que, en general, cada accidente de tráfico cause sólo un número limitado de defunciones (aunque diariamente se registran más de 3.000 víctimas mortales en el mundo) y reciba escasa cobertura mediática, hace difícil el reconocimiento pleno de la magnitud del problema y permite que la epidemia de traumatismos por accidentes de tráfico siga en la sombra.

Tal como comunica la Dirección General de Tráfico (D.G.T) en una publicación que recoge los datos correspondientes al 2005, en ese año se produjeron en España 91.187 accidentes de circulación con víctimas de diferente consideración. En esos accidentes fallecieron 4.442 personas dentro de los 30 días siguientes al accidente, resultaron heridas 110.952 y de ellas 21.859 gravemente, es decir, necesitaron más de 24 horas de hospitalización. En comparación con las cifras del año anterior el número de accidentes ha descendido. En carretera se redujo en un 2,7%, mientras que en zona urbana descendió un 3%. En cuanto a la cifra de muertos, se han registrado descensos en ambas zonas respecto al año 2004, concretamente un 5% en carretera y un 14% en zona urbana. En cuanto a los heridos, los graves supusieron en el total de accidentes un 5 % menos que el año anterior y los leves un 10% menos. Cabe destacar que el número de anual de víctimas mortales en accidentes en carretera ha descendido desde el 2003 hasta los últimos datos pertenecientes al 2007 (D.G.T, 2008). Aún así, los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte de la población española de menos de 39 años (D.G.T, 2004b).

En el anexo 1 se presentan con detalle las cifras de muertos, heridos graves y heridos leves que se han producido en las vías españolas interurbanas y urbanas desde 1987 hasta 2007.

Tal y como muestran las cifras, son muchas las personas que presentan secuelas físicas y/o psíquicas que afectan a su bienestar como consecuencia de un accidente de tráfico. A esto hay que añadirle la grave disminución en la calidad y en el nivel de vida que experimentan muchos de los familiares de las víctimas mortales y de las que han quedado discapacitadas. Los principales tipos de lesiones por accidente de tráfico son: politraumatismos graves que afectan a diversas partes del aparato locomotor, fracturas múltiples o únicas en extremidades, lesiones de la pelvis y lesiones maxilofaciales, lesiones de columna vertebral con o sin afectación medular, lesiones de la médula espinal, traumatismos craneales severos, lesiones abdominales y

torácicas severas, amputaciones traumáticas, lesiones viscerales con hemorragias internas, quemaduras de diversos grados y estados de distrés respiratorio (Ruano, 1995). Algunas de las principales secuelas psíquicas que los afectados sufren son: insomnio, depresión, tendencias suicidas, problemas de salud generales, dificultades de comunicación, problemas sexuales, pérdida de iniciativa, pérdida del interés por el trabajo o los estudios, trastornos por estrés postraumático y fobias (López, 1999).

A fin de poder articular las medidas necesarias para reducir las tasas de siniestralidad vial y las graves consecuencias que producen en los afectados es de gran importancia analizar cuáles son las causas de este fenómeno. Si bien podemos afirmar que la accidentalidad responde a una realidad multicausal, una aproximación explicativa se podría centrar en la interacción de los tres principales elementos que componen el sistema de tráfico: el conductor, el vehículo y las infraestructuras viarias (Gras, 1994; OMS, 2003). Pese a la influencia de todos ellos, muchos investigadores (Montoro, Alonso, Esteban, Toledo, 2000; Monterde, 1990) tienden a coincidir en que el factor humano (el comportamiento de los conductores y el estado de sus capacidades psicofísicas) es la principal causa de los accidentes en las carreteras y vías públicas en general.

Concretamente entre el 70% y 90% de los siniestros con resultado mortal son debidos a errores humanos que se relacionan muchas veces con la realización de comportamientos de riesgo durante la conducción (conducir a una velocidad inadecuada, conducir bajo los efectos del alcohol u otras drogas, no respetar las señales de tráfico, etc.) y con la falta de práctica de los comportamientos preventivos pertinentes (usar el casco o el cinturón de seguridad, mantenimiento correcto del vehículo, etc.) (Montoro, 1997).

1.2. JÓVENES Y COMPORTAMIENTO VIAL

Los adolescentes y jóvenes tienen un riesgo aún más elevado de sufrir un accidente de tráfico (Carbonell, González y Montoro, 1990; Ferguson et al., 2001; Hirsch, 2003; Pagès, 2004; Twisk, 2007; Valentin y Sellés, 1995) y a nivel mundial están sobrerrepresentados en las estadísticas sobre muertes en carreteras (ECMT, 2006).

En efecto, los accidentes de circulación son la primera causa de muerte entre los jóvenes, por delante de las enfermedades infecciosas, el cáncer, las drogas o el

suicidio (OMS, 2003; Racc, 2007; Valentín y Sellés; 1995). A nivel mundial cada año mueren 400.000 jóvenes entre 17 y 29 años.

En España las estadísticas son impactantes:

- Aunque la población de jóvenes conductores españoles es del 17%, en la mitad de los accidentes de tráfico mortales está implicado un conductor menor de 30 años (DGT, 2004).
- El 80% de los 10.000 tetraplégicos por esta causa que hay en España son menores de 30 años (Ávila, 1995).
- En el año 2004 murieron en España en accidente de tráfico 1.547 jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 29 años. Además, 9.220 resultaron heridos graves y 47.703 resultaron heridos leves (D.G.T, 2004b).
- Aunque durante el 2005 las cifras se redujeron en comparación con el año anterior, perdieron la vida en accidentes de tráfico 1.387 jóvenes, 8.497 sufrieron heridas graves y 45.663 heridas leves. De las víctimas mortales 740 conducían un ciclomotor o una motocicleta (DGT, 2005).

Otro aspecto a considerar es que, tal y como señala Thorson (2006), los jóvenes conductores son un reflejo de la sociedad en la que se desarrollan. Según este autor, parte de esta sociedad y de los sectores económicos piden una actitud contraria a la seguridad vial: vía rápida, vehículos rápidos, sociedad rápida y competitividad.

Los principales comportamientos de riesgo relacionados con la accidentalidad vial en adolescentes y jóvenes son las distracciones, el consumo de alcohol y de otras drogas, la conducción agresiva, la velocidad inadecuada, el cansancio y el sueño, el incumplimiento de las normas de circulación y la no utilización de los sistemas de seguridad existentes (Servei Càtala de Trànsit , 2003).

Twisk (2007) en un trabajo titulado "Young drivers: the road to safety", desarrollado bajo el amparo del Centro Conjunto para la Investigación del Transporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico y la Conferencia Europea de Ministros de Transporte, analiza tres factores implicados en el alto índice de accidentalidad de los conductores jóvenes: la experiencia, la edad y el género.

Cuando se trata de factores relacionados con la experiencia, esta autora considera que para adquirir un nivel de competencia suficiente en la conducción y como consecuencia muchas de las acciones realizadas (por ejemplo cambiar de marcha, mirar el retrovisor, etc.) se conviertan en conductas automáticas, es necesario cierto tiempo. Los conductores noveles dada su poca experiencia en la conducción muestran a menudo una baja capacidad para combinar estas acciones y esto puede distraer la atención que han de prestar a la carretera.

La edad de los conductores es otro factor relevante. De acuerdo con los resultados del estudio de Twisk (2007) la implicación de conductores noveles en accidentes de tráfico baja a medida que sube la edad a la que se les autoriza a conducir solos. Esta autora considera que la inmadurez física y emocional, así como los estilos de vida relacionados con la juventud, incrementan el riesgo de sufrir accidentes y pueden aumentar también la gravedad de los mismos.

Por lo que se refiere al género de los conductores se constata que los jóvenes varones conducen más que las mujeres y sufren más accidentes mortales por kilómetro recorrido. Además tienen una mayor tendencia a asumir riesgos, buscar sensaciones, superar límites de velocidad y comportarse de forma antisocial, que las mujeres. También es más habitual que subestimen sus capacidades de conducción y sean más susceptibles a la influencia de los amigos (Twisk, 2007). Los resultados de otros estudios también constatan que los chicos tienen mayor tendencia que las chicas a realizar conductas de riesgo durante la conducción (Bina et al., 2006; Harré, Brandt y Dawe, 2000). En general las mujeres conductoras son más prudentes, respetan más las normas y tienen menos accidentes que los hombres (López, 2004b). En España en el año 2004, la tasa de jóvenes varones fallecidos en edades comprendidas entre 15 y 19 años por accidente de tráfico por 100.000 habitantes fue de 25,4, siendo la de las chicas tan sólo de un 8,0 (Instituto Nacional de Estadística, 2004b).

Montoro (en López, 2002b) considera que las conductas de riesgo en jóvenes conductores tienen que ver con:

- 1 La necesidad de autoafirmación, que les hace más competitivos, se involucran con facilidad en situaciones de riesgo y se enfrentan a las normas.
- 2 La sobrevaloración de su capacidad conduciendo, por lo que minimizan los efectos que pueden tener sobre su capacidad el alcohol, la fatiga y el sueño.

- 3 La manifestación de una conducta más exhibicionista en grupo, lo que explica que genere situaciones de mayor riesgo cuando están en pandilla.
- 4 Unas actitudes frente al tráfico no ajustadas a la realidad: no ven la conducción como algo peligroso para ellos aunque piensen que pueda serlo para los demás.
- 5 La creencia de que ejercerán un total control del vehículo, aún en las situaciones más extremas, en las que pueden encontrar más placer y excitación.
- 6 La sensibilidad a los mensajes publicitarios de riesgo que actúan para ellos como un modelo y un referente a imitar.

Por su parte Mayhew y Simpson (1990) atribuyen los accidentes de tráfico en adolescentes a su relativa inmadurez e inexperiencia que los lleva a adoptar conductas de riesgo. En la misma línea iría la aportación de Tejero y Carbonell (1995) quienes consideran que la mayor predisposición al accidente de los jóvenes podría explicarse por una falta general de experiencia y por las peculiaridades psicológicas de este tramo evolutivo de la vida de la persona. La conducción de los jóvenes tendría unas características específicas, propias de su grupo de edad y generación. Según estos autores una mayor implicación en accidentes de tráfico tiene que ver más bien con los procesos de toma de decisiones que el individuo realiza mientras maneja el vehículo que con los procesos psicomotores necesarios para llevar a cabo tales decisiones. La tendencia activa a participar en situaciones potencialmente arriesgadas es uno de los factores más analizados sobre jóvenes conductores.

Ante esta situación no es de extrañar que las compañías aseguradoras se muestren reticentes a la hora de asegurar a un adolescente. Las entidades aseguradoras saben que los jóvenes tienen más siniestros y, que además, sus consecuencias son más graves. Por estos motivos, muchas de ellas se niegan a contratar seguros con conductores jóvenes o, si lo hacen, sus precios son elevadísimos. La situación es aún peor cuando se trata de asegurar una moto o un ciclomotor. Según datos de ANESDOR (Asociación Nacional de Empresas del Sector de Dos Ruedas), de un total de más de 80 compañías aseguradoras especializadas en automóviles, en algunas provincias sólo existe oferta para asegurar motos en una o dos compañías, siempre a

precios disuasorios. Las pólizas para ciclomotores han pasado de los 90-150 € de 1997 a los 480-900€ actuales. Por su parte UNESPA (patronal de las entidades aseguradoras) ha constatado que la siniestralidad en ciclomotores es cuatro veces más elevada que en turismos. La principal consecuencia de la reducida oferta y el montante de las pólizas seguramente ha influido en el número de vehículos que circulan sin asegurar (López, 2002b; Sánchez, 2002b).

1.2.1. Jóvenes y uso de ciclomotores

En España no se permite conducir automóviles hasta los 18 años, por este motivo el uso de vehículos de dos ruedas es una de las formas más habituales de transporte entre los adolescentes (López, 2002; Madueño, 2002). En la actualidad, la legislación sobre la conducción de ciclomotores autoriza a conducir este vehículo a partir de los 14 años.

En España en el año 2001 el número de licencias de ciclomotor entre jóvenes de 14 a 24 años era de 835.849. En Cataluña, en el año 2002, los ciclomotores representaban un 7% del parque total de vehículos (Generalitat de Catalunya, 2003).

El tipo de ciclomotor que se puede conducir a los 14 años debe estar equipado con un motor de cilindrada no superior a los 50 cm³, y su velocidad máxima de conducción no puede superar los 45 km/h (Ministerio del Interior, 2005).

Hasta el 1 de septiembre de 2008, para poder conducir un ciclomotor, según la guía de trámites del Ministerio del Interior (Hernández 2005), era necesario obtener una licencia que se conseguía superando un curso de 8 horas en una autoescuela o realizando una sencilla prueba tipo test en la jefatura local o provincial de Tráfico. Otra opción para obtener la licencia era realizar en el centro escolar un módulo formativo de tres meses de duración.

Con los cambios establecidos por la nueva normativa de circulación (El permiso por puntos) el permiso AM ha substituido la licencia actual para la conducción de ciclomotores y a pesar de la moratoria aprobada por el gobierno el pasado 29 de agosto en aplazar hasta septiembre de 2010 la edad mínima para obtener la licencia de ciclomotor (pasar de 14 a 15 años) sí se ha modificado la edad mínima para transportar pasajeros que se incrementa de los 16 a los 18 años (D.G.T, 2008b; El

País, 2008). Además se deberá superar una prueba teórica y otra práctica en circuito cerrado para obtener el permiso (D.G.T, 2008b; Losa, 2005).

Cabe destacar, que estas propuestas sobre todo la de incrementar la edad mínima para conducir un ciclomotor están generando polémica, sobretodo en el sector de la industria, que vería afectado el número de ventas de este medio de transporte. Se critica a la D.G.T con el argumento de que lo que está haciendo es esconder una problemática que no sabe como solucionar: conseguir que los jóvenes y adolescentes utilicen el casco cuando circulan en ciclomotor o motocicleta (Pàmies, 2005).

Por su parte, la Asociación Nacional de Empresas del Sector de Dos Ruedas, ANESDOR, no considera esta propuesta como una medida de seguridad vial. Afirma que la siniestralidad en ciclomotor no ha dejado de reducirse en los últimos años (-5,74% en número de muertos y 18,57% en heridos graves).

ANESDOR asegura que puede reducir el mercado un 40% y que la franja de edad para la que se propone la medida, de 14 a 15 años, tiene la siniestralidad más baja dentro de los usuarios de ciclomotor, por lo que la elevación de la edad mínima supondría -dicen los fabricantes- una limitación injustificada de la circulación y la movilidad.

El ciclomotor por sus prestaciones limitadas constituye un vehículo excelente para la iniciación en el tráfico de los más jóvenes y modificando la edad de acceso se dificultaría la formación progresiva de estos conductores, concluye ANESDOR, que solicita otras medidas más urgentes como la ITV obligatoria para evitar los frecuentes trucajes y la supresión del pasajero del ciclomotor, que tendría un efecto beneficioso sobre las pólizas de los seguros.

Pero las estadísticas nos siguen mostrando la elevada accidentalidad de estos vehículos: el 42% de los jóvenes implicados en un accidente de tráfico durante el año 2001 en **España** eran conductores de vehículos de dos ruedas (López, 2002b). Durante el 2003, según datos de la D.G.T (2004), murieron 82 jóvenes (67 chicos vs 15 chicas) y 4.770 (3.763 chicos vs 707 chicas) sufrieron heridas como consecuencia de un accidente de ciclomotor en la franja de edad de 15 a 17 años. En el 2004, los accidentes en los que se vieron implicados ciclomotores fueron 19.170, es decir, el 20% del total de accidentes, porcentaje bastante elevado si consideramos que la participación de los ciclomotores en el parque automovilístico es del 8%. En estos

accidentes fallecieron 361 usuarios de ciclomotor y resultaron heridos 21.183. El 24% de los fallecidos tenían entre 15 y 19 años (D.G.T, 2004b). Durante el 2005 el número de muertos en ciclomotor se redujo a 314 (D.G.T, 2006). Del total de víctimas mortales en accidentes de tráfico el 2006, el 15% se situaban con edades comprendidas entre 15 y 24 años (Ministerio de Interior, 2007).

En **Cataluña**, casi el 20% de las víctimas mortales en un accidente de tráfico durante el año 2002 fueron jóvenes de 15 a 24 años, de los cuáles alrededor del 30% circulaba con un vehículo de dos ruedas. En 2004, 6.370 ciclomotores, de los 325.000 existentes, se vieron implicados en accidentes donde murieron 49 personas, el 75% de los cuales se produjeron en vías urbanas (Pàmies, 2005).

Además en nuestro país, se producen cada año más de 30.000 lesiones derivadas de traumatismos craneoencefálicos provocados por un accidente de moto, que afectan, sobre todo, a jóvenes. Cuando estas lesiones provocan una pérdida de conciencia de más de 24 horas, los daños no siempre son reversibles, ya que no sólo afectan al cerebro, sino que inciden sobre el control y funcionalidad de otras partes del cuerpo (Sánchez, 2002).

En un estudio realizado por Valentín y García (1993; en Valentín y Sellés, 1995) se describe la utilización del ciclomotor en una muestra de 365 conductores varones con edades comprendidas entre 14 y 20 años. Casi 4 de cada 10 participantes reconocían haber sufrido al menos un accidente con lesiones como usuario de ciclomotor. A partir de los resultados de este estudio los autores presentan una aproximación al perfil psicossociológico del conductor poliaccidentado (ver tabla 1.2.1.1) y al de aquellos que han sufrido lesiones de mayor gravedad (ver tabla 1.2.1.2).

Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de aplicar medidas orientadas a la formación básica del usuario del ciclomotor, tratar de forma específica el problema de la conducción bajo los efectos del alcohol a edades tempranas (14/15 años), insistir en el cumplimiento de las normas de circulación, promover el uso del casco, tener en cuenta las conductas y actitudes de las personas en función de su edad y género e incidir en la influencia social, tanto por parte del medio en general como a través de la presión social ejercida por el grupo de iguales (Valentín y Sellés, 1995).

Tabla 1.2.1.1. Aspectos relacionados con una mayor probabilidad de accidente entre los conductores varones de ciclomotor (14-20 años). Tomado de Valentín y Sellés (1995).

- Conduce un ciclomotor de cross o sin pedales.
- Desearía que su ciclomotor tuviera mucha aceleración.
- Lleva pasajeros con frecuencia.
- Circula a velocidad elevada (más de 40 km / hora).
- Conduce sin estrategias de control de la velocidad, buscando circular tan rápido como pueda ir el ciclomotor.
- Circula por zonas de circulación densa.
- Gira a la derecha directamente, sin señalar la maniobra.
- Alguna vez ha circulado por autopista o autovía.
- Su ciclomotor no lleva instalados intermitentes.
- Conduce después de haber tomado alcohol, una o dos veces al mes.
- Bebe alcohol antes de conducir porque le gusta su sabor.
- Conduce un ciclomotor rectificado para alcanzar mayor velocidad.
- Desarrolla una conducción arriesgada para competir con sus amigos.

Tabla 1.2.1.2. Aspectos relacionados con una mayor probabilidad de sufrir lesiones más graves como consecuencia de un accidente de circulación entre los conductores de ciclomotor (14-20 años). Tomado de Valentín y Sellés, (1995).

- No señala ni giros a la derecha ni detención.
- Cruza sin detenerse ante la señal de stop.
- Su próximo vehículo será una motocicleta de gran cilindrada.
- Circula por carretera cerca del borde izquierdo de su carril.
- En circulación nocturna sólo se preocupa de circular cerca del borde derecho.
- Atribuye la causa de los accidentes que afectan a su grupo de iguales a fallos mecánicos.
- Ha conducido frecuentemente bajo los efectos del alcohol.
- Le han multado por conducir bebido o **por no llevar casco**.
- Circula muchas veces por autopista o autovía.

1.3. SISTEMAS DE SEGURIDAD EN LA CONDUCCIÓN

Cuando hablamos de elementos de seguridad en los medios de transporte debemos diferenciar entre dos tipos: los de seguridad activa y los de seguridad pasiva.

La seguridad activa incluye todos aquellos componentes que hacen que la conducción sea más segura y que están pensados para evitar el accidente (CEA, 2005; RACC Club, 1993). Se trata de ayudar al máximo al conductor para eliminar, en la medida de lo posible, el error humano. Estos elementos también conocidos bajo el nombre de seguridad preventiva son los que favorecen el confort, la visibilidad y la climatización. Algunos ejemplos de elementos de seguridad activa son:

- 1 *ABS*: Es un sistema capaz de evitar que las ruedas se bloqueen en caso de frenada enérgica. Con esto se consigue que no se produzca la pérdida de direccionalidad y control cuando las ruedas empiezan a patinar sin girar. Por otra parte, al evitar el bloqueo mejora el rendimiento práctico de los frenos, y permite que el vehículo se detenga antes.
- 2 *Retrovisores inteligentes*: varían unos grados su posición cuando reciben luz directa que puede molestar al conductor.
- 3 *Cristales dobles*: Están pensados para que no se empañen los interiores y tener el máximo de visibilidad.

En el caso de los ciclomotores los elementos de seguridad activa serían: los frenos, los neumáticos, las luces y los retrovisores. La fabricación de estos vehículos se rige por unas normas de seguridad y se tienen en cuenta una serie de elementos que si se modifican dejan de ser efectivos y ponen en peligro la vida del conductor y de los usuarios de la vía pública. Estos elementos son: la dimensión y el peso, el número de plazas, la cilindrada, la velocidad máxima y el nivel de contaminación ambiental (CEA, 2005). Además el ciclomotor debe pasar por revisiones periódicas y de mantenimiento que garanticen la efectividad de los sistemas de seguridad (Gasull y Cabrera, 1996). Con la entrada de la nueva normativa de circulación se verán obligados a pasar la Inspección Técnica de vehículos (BOE, 2006).

La seguridad pasiva esta compuesta por aquellos elementos que protegen a los ocupantes de un vehículo en caso de accidente. Cuando un conductor pierde el control

del vehículo, la seguridad de los ocupantes depende, en gran parte, de la calidad de los elementos de seguridad pasiva. Los sistemas de seguridad pasiva más importantes son, en la conducción de coches, el cinturón de seguridad y el airbag y en la conducción de vehículos de dos ruedas, el casco.

El interés de la presente investigación se centrará en el uso del casco, dado que es el elemento de seguridad pasiva más importante en la conducción de ciclomotores y que la decisión de utilizarlo o no la toma el conductor o el acompañante cada trayecto (no depende de si el vehículo lo tiene o no).

1.3.1. Principal elemento de seguridad pasiva en vehículos de dos ruedas: El uso del casco.

El usuario de ciclomotor o motocicleta no cuenta con la protección de la carrocería de su vehículo, por este motivo, un golpe en caso de accidente recae directamente sobre el conductor o el pasajero. Además, el vehículo de dos ruedas no dispone de sistemas de retención, por lo que, incluso con un golpe pequeño, sus ocupantes saldrán despedidos impactando contra el suelo o contra otro vehículo u obstáculo, sin poder frenar antes de recibir el impacto. El casco es el elemento de protección fundamental para la seguridad de los usuarios de vehículos con motor de dos ruedas, ya sea ciclomotor o motocicleta (D.G.T.2003).

Este elemento de seguridad aparece en los años 30. En ese momento eran carcasas de piel abrochadas debajo de la garganta, que sobre todo, protegían del frío y del polvo y, en ocasiones, evitaban en las caídas que la cabeza rozara contra el asfalto. Años más tarde, estos cascos de material flexible fueron substituidos por otros más rígidos con el objetivo de que no pudieran ser atravesados por algún objeto punzante. Estudios posteriores mostraron la importancia de que la cabeza no estuviera en contacto directo con la carcasa y empezaron a fabricarse cascos con relleno de protección. En 1975 se aprueba la primera norma europea que regulaba estos elementos de seguridad, fijando el espacio mínimo a proteger (DGT, 1997). Sucesivas revisiones normativas han aumentado la seguridad de los cascos, hasta llegar a los parámetros actuales (Zotes, 2006).

A continuación describiremos las diferentes partes del casco y sus características principales. Las dos partes más importantes de un casco son la carcasa externa y el relleno de protección (ver figura 1.3.1). La primera debe ser lo más rígida posible, para

amortiguar el golpe distribuyéndolo por toda la superficie esférica y resistir la posible penetración de un objeto punzante. Pero su eficacia también dependerá de cuanto pueda deformarse su estructura para absorber la energía del impacto. Esta energía está en función de la resistencia, cantidad y forma del relleno de protección y su relación con la cabeza, ya que este material se comprime durante el golpe, disipando y retardando el impacto que le llega. Es por este motivo que se recomienda sustituir el casco después de una colisión. También es importante que esté bien ajustado: usar la talla adecuada y llevarlo abrochado, ya que así se maximiza el área de contacto entre la cabeza y el material acolchado y se garantiza la protección en caso de accidente.

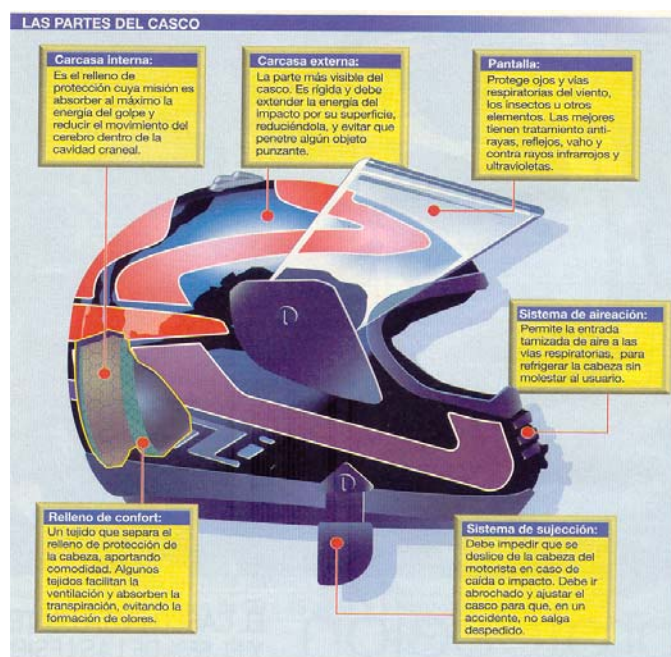


FIGURA 1.3.1. Partes de Casco. Fuente: Sánchez (2002).

Es imprescindible para garantizar la protección que ofrece el casco que éste esté homologado (Sánchez, 2002). Algunos de los aspectos que se analizan en el proceso de homologación son los siguientes: la absorción del impacto, la visión periférica y la deformación lateral y frontal. Se presta especial atención, a la resistencia del sistema de sujeción ya que es muy importante evitar que el casco salga despedido de la cabeza en caso de accidente, algo que ocurre con cierta frecuencia. Cabe decir que muchas veces, el desplazamiento del casco se debe a una mala elección de la talla o a llevarlo mal abrochado (o directamente desabrochado), en cuyo caso, no sirve prácticamente de nada. Los cascos homologados se distinguen por una etiqueta en su interior con una letra E acompañada de un número dentro de un círculo.

Hay diferentes tipos de casco, los cascos llamados “convencionales” (tipo “jet”), protegen sólo la cabeza, nuca y orejas, mientras que los cascos “integrales”, protegen también la cara, la barbilla y los ojos. Estos últimos son los más recomendados ya que el nivel de protección es mayor (López, 2004c).

La Dirección General de Tráfico (2005) recomienda una serie de parámetros a tener en cuenta para utilizar el casco de forma correcta: 1/ El casco debe ajustarse perfectamente a la cabeza. 2/ Debe ser de colores vivos y claros combinados con materiales reflectantes. 3/ Una vez abrochado con la hebilla de seguridad el casco debe quedar ajustado a la cabeza siendo imposible su extracción. 4/ Las personas que utilizan gafas deben comprobar que se ajusten con el casco puesto. 5/ Se recomienda comprobar que el aislamiento acústico del casco no es excesivo. 6/ Es necesario garantizar que el casco permita una correcta visibilidad. 7/ No utilizar un casco que haya sufrido un fuerte impacto porque el relleno de protección estará deformado. 8/ No aplicar pinturas ni adhesivos ya que pueden afectar a los materiales. 9/ Evitar dejar el casco cerca de fuentes de calor de 50 grados centígrados o más.

El casco se muestra como un imprescindible elemento de seguridad (OMS, 2003; 2006c), dado que reduce en un 36% las muertes en accidentes y en un 65% las lesiones cerebrales (Sánchez, 2002). Hay estudios médicos que afirman que la diferencia entre la vida y la muerte en un accidente con un vehículo de 2 ruedas a 50 Km/h es el uso o no del casco. Un estudio realizado en Taiwán (Keng, 2005) concluye que el casco reduce un 53% la probabilidad de sufrir lesiones cerebrales y de cuello, en caso de tener un accidente de tráfico, y disminuye la mortalidad por estas mismas lesiones en un 71%. Liu, Ivers, Norton, Blows y Lo, (2004) hacen una revisión de diferentes estudios donde se cuantifica la eficacia del uso del casco en la reducción de lesiones y muertes en accidentes de motocicleta, y estiman que el uso de esta medida preventiva reduce el riesgo de lesiones craneales en caso de accidente en un 72%.

En la figura 1.3.2. se presentan los resultados de un estudio donde se comparan las lesiones sufridas en accidente por los motoristas en función de si utilizaron el casco o no (López, 2003). Hay un porcentaje superior de motoristas sin casco que presentan heridas graves o mueren, en caso de accidente, respecto a aquellos que lo utilizaban, mientras que el porcentaje de heridos leves e ilesos es superior entre los motoristas que llevaban puesto el casco que entre aquellos que no lo llevaban.

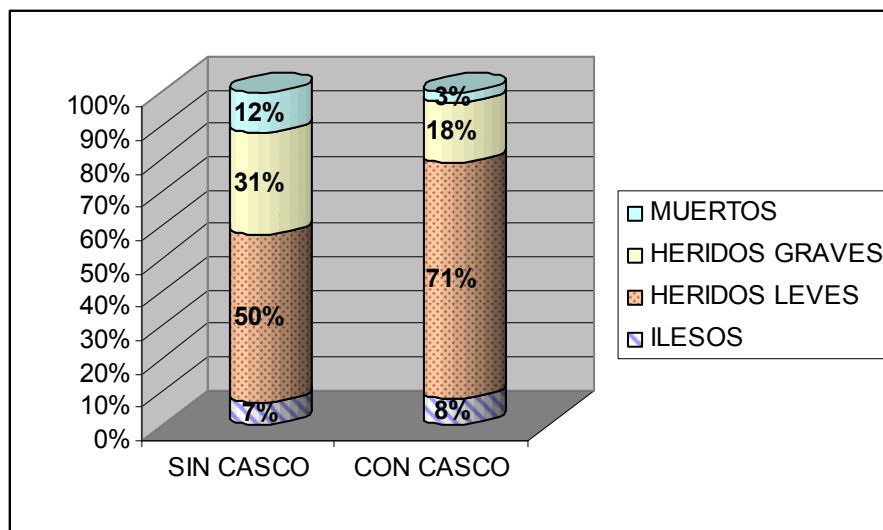


FIGURA 1.3.2. Tipos de lesiones de los motoristas sin y con casco. Fuente: Dirección General de tráfico. López, M. (2003).

Dada la relevancia del casco como medida preventiva, su utilización está regulada a nivel legislativo. En España el uso del casco es obligatorio, desde 1992, tanto en vías urbanas como en vías interurbanas para los conductores y viajeros de motocicletas de dos ruedas con o sin sidecar y para los conductores y viajeros de ciclomotores. Pese a que el uso del casco es obligatorio, en el reglamento de circulación y seguridad vial se contempla que están exentos quienes vayan provistos de un certificado específico por razones médicas graves. La cuantía de la sanción por el incumplimiento de esta normativa era de 91€. hasta el mes de agosto de 2005, actualmente con la nueva legislación ha pasado a ser de 300 €.

Según datos aportados por la Dirección General de Tráfico, el porcentaje de uso del casco en función del tipo de vehículo es un 85% en los conductores de motocicletas y un 66% cuando se trata de usuarios de ciclomotor. En el caso de los pasajeros lo usan bien el 74% de los que viajan en moto y sólo el 40% de los que van de paquete en un ciclomotor (López, 2003).

Durante el año 2002, la policía local de la ciudad de Girona sancionó a 1.475 conductores por circular sin casco por vía urbana (Vilà, 2003). En esta misma ciudad las infracciones más frecuentes que cometieron los adolescentes motoristas fueron el exceso de velocidad, la conducción bajo los efectos del alcohol y el uso inadecuado del casco (Taberner, 2003).

En lo que se refiere al uso del casco en función del género, los datos referentes al 2003 muestran que aún cuando el número de conductoras de motocicletas es mucho menor que el de conductores, los porcentajes de uso correcto son mayores en éstos que en aquéllas (86,2% vs 78,3%). Mientras que en el caso del uso del casco cuando se circula en ciclomotor sucede lo contrario, las mujeres lo usan de manera correcta en mayor medida que los varones (70,3% vs 65,5%). (López, 2003).

Por lo que se refiere al uso del casco en función de la edad los conductores más jóvenes (menores de 18 años) son los que menos lo utilizan: sólo lo utilizan correctamente un 59,4% de los que circulan en ciclomotor y un 61,5% de los que circulan en motocicleta. En conductores mayores de 18 años estos porcentajes se incrementan a un 78,9% y un 90,4% respectivamente.

Si analizamos el uso del casco en función de la vía de circulación, en el caso de los conductores de motocicletas, encontramos un mayor uso correcto del casco en carretera (93,4%) que en ciudad (79,9%). La misma línea siguen los conductores de ciclomotores: hay una mayor utilización entre los que circulan por carretera frente a los que circulan por zona urbana (72,4% vs 62,9%) (D.G.T, 2003). No debemos olvidar no obstante, que en las ciudades motoristas y acompañantes multiplican sus posibilidades de sufrir lesiones en la cabeza en caso de accidente al golpear con bordillos, señales de tráfico, otros vehículos o algún otro obstáculo (Sánchez, 2002d).

Cabe destacar que los porcentajes han aumentado substancialmente desde el 2003, según datos aportados por la Dirección General de Tráfico (2005), un 98,2% de los conductores de motocicletas usan correctamente el casco, frente a un 92,6% del ciclomotor. En el caso de los acompañantes lo usan bien el 95,6% de los que viajan en moto y un 85,6% de los que van de paquete en un ciclomotor.

Un análisis de los principales motivos por los que usan el casco los conductores de ciclomotores muestra que el principal de ellos es la seguridad que les ofrece (61,7%), seguido de la obligatoriedad (20,6%), el miedo a las multas (17,3%) y que aísla del frío (0,5%). Los principales motivos por los que no utilizan el casco, son la molestia (27,8%) y el desplazamiento corto (17,2%), seguidos de otros como el olvido (12,1%), las paradas frecuentes (10,6%) y el hecho de que “despeina” (9,7%) (D.G.T, 2003).

Los jóvenes conductores de ciclomotores asumen que tienen que llevar el casco, pero no son totalmente conscientes de su utilidad; relacionan el casco con la sanción y

exponen varias razones para no utilizarlo como por ejemplo: que les da calor, que les limita la visión y la audición, y consideran que si conducen a poca velocidad o si el trayecto es corto o por vía urbana no es necesario utilizarlo (López, 2003b; Norma, 2003).

1.4. PRINCIPALES INTERVENCIONES PREVENTIVAS.

Dada la magnitud del problema de la accidentalidad vial entre los adolescentes y jóvenes, son varios los planteamientos y las intervenciones preventivas realizadas con la finalidad de reducir las tasas de siniestralidad. Entre ellas destacan:

- 1 La educación vial. Consistente en la aplicación de programas desarrollados en el contexto escolar que inciden sobre la adquisición de conocimientos sobre los riesgos que comportan la realización de determinadas conductas y la promoción de actitudes desfavorables a su realización, además de fomentar las actitudes y comportamientos preventivos.
- 2 Las campañas realizadas a partir de los medios de comunicación, con finalidades informativas y persuasivas que utilizan técnicas de marketing social y son desarrolladas fundamentalmente a través de los medios de comunicación.
- 3 Las medidas coercitivas y disuasorias, tales como la intensificación del control policial, la reducción de la tasa de alcoholemia permitida, y las sanciones impuestas a los conductores que cometen infracciones.

Se ha demostrado que en distintos tipos de usuarios y bajo determinadas condiciones, la aplicación de iniciativas educativas, divulgativas o normativas puede modificar el comportamiento de la persona (Valentín y Sellés, 1995). Aunque las intervenciones más eficaces serían aquellas que son multifactoriales es decir, las que unen la parte educativa con la presión normativa (Carbonell, Tejero y González, 1995).

En el año 2003 la Comisión Europea aprobó el programa de Acción Europeo de Seguridad Vial donde se establece que no valen iniciativas aisladas, que la seguridad vial debe tener un tratamiento integral y multidisciplinar, que deben fijarse objetivos

concretos y cuantificados en el tiempo e identificarse las actuaciones o acciones para conseguirlos.

En España, desde 1989, el Plan Nacional de Seguridad Vial constituyó un programa detallado de las actuaciones a realizar por los diferentes sectores u organismos que tenían competencias en materia de seguridad vial. Fue una demostración de la concienciación existente por parte de los poderes públicos de la necesidad de afrontar la seguridad vial desde un planteamiento global con el objetivo general de reducir las tasas de accidentes y de víctimas en nuestras vías públicas. El Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008, ha establecido como objetivo general la reducción del 40% de la cifra de fallecidos en accidentes de circulación en ese período, tomando como base los datos del año 2003, en línea con el objetivo europeo de reducción de un 50% de las víctimas mortales en el horizonte del año 2010. (Ministerio del Interior y Dirección General de Tráfico, 2005).

En la misma línea el “Pla de Seguretat Viària 2005-2007” aprobado por el *Acord de Govern* del 28 de diciembre de 2004 y tramitado al Parlamento de Cataluña el 29 de diciembre de 2004 (Servei Cátala de Trànsit, 2005), pone como objetivo común, conseguir la reducción a corto plazo de la siniestralidad vial y un cambio cultural de gran alcance, profundo y permanente en la conducción, circulación y la movilidad en la línea de favorecer un descenso constante de los accidentes con víctimas y rechazar socialmente los comportamientos de riesgo en la conducción.

1.4.1. Educación Vial

La Dirección General de Tráfico define la educación vial como “Toda acción educativa encaminada al desarrollo de conocimientos, hábitos y actitudes que mejoran el comportamiento como conductor, peatón o viajero, con el fin último de reducir las tasas de accidentalidad” (D.G.T, 2002). Podemos ampliar esta definición con el concepto más global de educación para la movilidad que va más allá del estudio de normas y señales (Fundación Racc, 2007; Thorson, 2006). La educación para la movilidad implicaría un profundo conocimiento de uno mismo y del medio que nos rodea, sería enseñar a hacer compatibles los intereses individuales con los de los demás; en definitiva enseñar movilidad sería enseñar valores.

Desde esta perspectiva podemos considerar la educación vial desde dos vertientes: la primera como educación para la seguridad vial estrictamente, es decir, como aquella que se orienta a proporcionar habilidades, reflejos y la preparación física necesaria para actuar con seguridad en las vías públicas y, que también incluye la enseñanza teórica y práctica de las normas y señales de tráfico, de forma que la adecuación de nuestros comportamientos a estas normas lleguen a ser un hábito. La segunda, sería una parcela de la educación cívica orientada igualmente a la enseñanza de hábitos y actitudes de convivencia en todos los ámbitos de relaciones entre las personas. El objetivo en este caso sería formar actitudes de autodominio, de responsabilidad y cooperación con los otros usuarios de las vías públicas, y de respeto y conservación de los elementos públicos que se encuentran durante la conducción.

Cualquier modelo de educación vial o de educación para la movilidad debería contemplar el papel que la familia, la escuela y la sociedad en general, tienen en este proceso.

En el entorno familiar se aprenden los primeros comportamientos sociales. La familia sienta las bases para generar actitudes de respeto a las normas. Los padres y madres pueden tener un gran impacto sobre los niveles de seguridad de los jóvenes conductores, tanto por su comportamiento instructivo, comunicador y de monitorización, como por el modelo de movilidad que proporciona a sus hijos (Twisk, 2007). Se trata de una educación no institucionalizada, que no tiene una definición previa de objetivos, que no es sistemática, ni metódica, pero sí es fundamental.

En España, la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (1991) situaba y desarrollaba la educación vial como eje transversal del currículum escolar (Manso, 1993). De esta manera los contenidos educativos relativos a la seguridad vial podían presentarse de dos maneras: 1) como un curso de corta duración o una charla llevada a cabo por especialistas o colaboradores ajenos al centro escolar (por ejemplo: la policía local), lo cual suele constituir un hecho puntual descontextualizado de la dinámica escolar, o bien 2) los contenidos se exponían por los mismos profesores en horas lectivas, situación que presentaba una doble problemática, como es la falta de preparación que aduce el profesorado al enfrentarse a este tipo de temática y la dificultad de introducir los procesos de entrenamiento eficaces para modificar el comportamiento del alumnado.

La Ley Orgánica de la Educación (LOE) aprobada el 2006 propone diferentes objetivos en materia de educación vial para los diferentes cursos de infantil, primaria, secundaria y bachillerato (ver anexo 2). Por ejemplo: “Fomentar la educación vial y las actitudes de respeto que incidan en la prevención de los accidentes de tráfico” “Afianzar actitudes de respeto y prevención en el ámbito de la seguridad vial”. A pesar de que la LOE ha dado un impulso a la educación vial, por sí misma no se espera que provoque cambios relevantes en el comportamiento de los escolares. Si tenemos en cuenta que en nuestro sistema educativo no existe ninguna asignatura sobre este tema, a diferencia de otros países europeos como Suecia, Alemania, Austria y Bélgica que llevan muchos años de experiencia en formación vial de los niños escolarizados.

Los resultados de una encuesta realizada por el RACE (Real Automóvil Club de España) indican que el 39% de los profesores consideran que la educación vial debería ser obligatoria en las escuelas, sin embargo un 53% reconoce no tener conocimientos suficientes para impartir esta materia (D.G.T, 2005c).

Estas carencias se intentan subsanar en el Plan de Actuaciones 2006 del M. E. C. referidas a educación y formación vial: uno de los objetivos propuestos es la “potenciación de la formación del profesorado en materia de seguridad viaria” (ver anexo 3).

Los centros educativos disponen de abundantes recursos didácticos para la enseñanza de esta materia, ya sea material impreso (libros, guías, fichas, póster), vídeos didácticos, diapositivas o programas asistidos por ordenador (ver anexo 4). La utilización de internet se ha convertido, en un potente medio para difundir todo lo relacionado con la seguridad vial. Algunas escuelas e institutos de secundaria ya recurren a este recurso como vía de aprendizaje, de manera exitosa (García, 2004).

A pesar de la ley el contenido de la mayoría de los programas de seguridad vial que se aplican en nuestro país se centra de forma casi exclusiva en el conocimiento de las reglas y señales de tráfico, dejando a un lado todo el aspecto actitudinal, pese a que se ha demostrado que el incremento en los conocimientos de los sujetos no conlleva un cambio en la ejecución conductual (Valentín y Sellés, 1995).

Otro tipo de intervenciones realizadas en centros escolares son las llevadas a cabo por asociaciones de víctimas y afectados por accidentes de tráfico (DGT, 2005b). Por ejemplo la Asociación para el estudio de la lesión medular (AESLEME) lleva 15 años

recorriendo escuelas de toda España, poniendo especial énfasis, en explicar a los jóvenes, por qué y cómo hay que utilizar los sistemas de seguridad pasiva (el cinturón de seguridad, el reposacabezas y el casco), además utilizan el testimonio de una persona afectada que les explica su experiencia en primera persona.

La Fundación MAPFRE también colabora con institutos, ayuntamientos y asociaciones para implicar a los jóvenes conductores en el uso del casco. Inicialmente esta Fundación empezó a regalar cascos a chicos entre 14 y 16 años. En la actualidad apuestan por intentar fomentar la motivación de los jóvenes proponiendo talleres gratuitos de decoración del casco, con el objetivo de que deseen exhibirlos y hagan uso de ellos (Nicolas, 2006).

Otro aspecto a tener en cuenta es el de la situación de enseñanza, es decir, cual es el mejor lugar para llevar a cabo el aprendizaje, si en situaciones de tráfico real o bien en contextos simulados ya sea fuera o dentro del aula. La mayoría de investigaciones llevadas a cabo al respecto muestran que en situaciones simuladas se hace difícil la transferencia del aprendizaje a situaciones de la actividad vial cotidiana, mientras que las que se desarrollan en condiciones reales de tráfico es más probable que contribuyan a la modificación de comportamiento (Valentín y Sellés, 1995).

El espacio educativo reglado que tiene como responsabilidad específica formar en educación vial son las autoescuelas, que ofrecen una formación regulada, evaluable y a cargo de profesionales. Si bien, en éstas se proporciona información, para aprobar el examen teórico y el práctico, no se tienen en cuenta (no se evalúan) en el momento de otorgar el permiso de conducción las actitudes y los comportamientos como cualidades de buen conductor (Fundación Racc, 2007).

En relación a la formación vial reglada en el Plan de Actuaciones 2006 del M.E.C se pretende mejorar las capacidades de los conductores a través de la modificación de los procesos para la autorización de permisos y licencias que habilitan para la conducción de los distintos tipos de vehículos. Por ejemplo se da más importancia a aspectos relacionados con la seguridad vial y se incluirá una prueba práctica de destreza en circuito cerrado para la obtención de la licencia para conducir un ciclomotor (ver anexo 5).

Además de la familia y de la escuela no debemos olvidar el papel de otros agentes educativos como son los colectivos de tiempo libre, la policía local o municipal y los

mensajes que llegan a través de los medios de comunicación social: TV, radio, prensa, revistas juveniles, grupos de amigos, colectivos asociados al deporte, cine, en definitiva del conjunto de la sociedad (Fundación Racc, 2007).

1.4.2. Las campañas de los medios de comunicación

Los medios de comunicación tienen un papel fundamental en la divulgación de contenidos sobre seguridad vial. Pero no siempre se consigue que los mensajes lleguen a los jóvenes ya sea porque no se utilizan los canales informativos óptimos o debido a la saturación informativa. Además, los medios de comunicación generalistas, se limitan a dar estadísticas que no sirven para crear concienciación ni opinión (Pato, 2007).

Según esta autora para llegar a los jóvenes es necesario:

- Utilizar los conceptos en positivo en lugar de en negativo (p.e: el casco evita lesiones graves en vez de si no usas casco puedes morir).
- Acompañar las informaciones con testimonios.
- Evitar el dramatismo de las imágenes pues generan un pesimismo paralizador y una desensibilización.
- Utilizar personajes en que los jóvenes se vean identificados para lanzar mensajes positivos y preventivos.

Las campañas de publicidad sobre seguridad vial en España tienen diferentes objetivos, entre los que destacan (Carbonell, et al., 1995):

1/ La transmisión de nuevas informaciones al usuario sobre los cambios producidos en el sistema de tráfico (p.e: obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad por vía urbana y en asientos traseros, obligatoriedad del uso del casco en ciclomotores, etc.).

2/ La modificación de actitudes negativas y comportamientos de riesgo en la conducción.

3/ Conseguir una percepción realista del riesgo que comporta la conducción.

4/ Realizar acciones en respuesta a la elevada tasa de accidentalidad vial.

Tanto la Dirección General de Tráfico como el *Institut Català de Seguretat Viaria* han llevado a cabo en los últimos años diferentes campañas con el objetivo de reducir la accidentalidad vial (ver Tabla 1.4.2.1 y Tabla 1.4.2.2). En éstas se han utilizado distintas estrategias persuasivas. En algunas se apela a la racionalidad del usuario y se destacan las recomendaciones y los aspectos positivos del comportamiento recomendado (“Si bebes no conduzcas”/ “No tengas prisa, tienes toda la vida por delante”). Otras se centran en la influencia social ejercida por amigos y familiares (“La seguridad es cosa de todos”). También se ha enfatizado el papel de la educación vial y el modelado (“VIVE , enseña a vivir”) o se ha recurrido al impacto emocional directo mostrando a través de casos ficticios y reales la dramáticas consecuencias de las imprudencias en la conducción (“Las imprudencias se pagan”).

Tabla 1.4.2.1. Mensajes utilizados en las campañas de prevención de accidentes viales dirigidas a usuarios de ciclomotor del Servei CATALA de Trànsit desde 2000 a 2008.

AÑO	MENSAJES DE LA CAMPAÑA
2000	“ Com més corris, més pots perdre ”
2001	“Pots trigar dies. Pots trigar setmanes. Mesos. Fins i tot anys. Però si condueixes begut, t’acabarà arribant l’hora”. Sigues prudent tu no tens recanvi.
2002	“Cada moment és una raó per viure. Si us plau, corda’t el cinturó i posa’t el casc”
2003	“ T’estem esperant, o sigui que si us plau no corris”
2004	“A l’asfalt tu ets el més feble. No corris“
2005	“Al carrer i a la carretera, no corris el risc de perdre-ho tot”
2006	“Conduir més alcohol o drogues: El pitjor viatge”
2007	“La velocitat mata. La inconsciència també” “Una gran moto exigeix una gran experiència”
2008	“Quan condueixis, mira la carretera”

Una de las campañas multimedia más evaluadas en España fue la emitida en 1992. Probablemente esto se debe a que fue la primera vez que se empleó el miedo para tratar de modificar la conducta, siendo una de las más impactantes a nivel emocional por la dureza de sus imágenes (casos reales de personas accidentadas).

Esta campaña se basaba en destacar las consecuencias trágicas de diferentes conductas imprudentes al volante. En una de las fases de esta campaña se presentaban las medidas preventivas (por ejemplo: uso del cinturón de seguridad y casco, respetar los límites de velocidad, no conducir si se ha ingerido alcohol) adecuadas para prevenir un accidente o reducir sus efectos y conjuntamente la posible consecuencia por no haberla puesto en práctica, proporcionando al sujeto un feedback que no obtiene en la mayoría de las ocasiones en las que ejecuta un comportamiento de riesgo en una situación habitual de tráfico.

Gras (1994) analiza los efectos de esta campaña en el riesgo percibido y la intención de conducta de los automovilistas. Los resultados muestran que focalizar la atención en las consecuencias finales de la conducta imprudente y aumentar su sentimiento de vulnerabilidad a sufrir un accidente, no implica necesariamente una intención de incrementar la prudencia ante el volante.

Si nos fijamos en las cifras del anexo 1 podemos observar que durante el año 1992 hubo un notable descenso de los muertos, heridos graves y heridos leves en comparación con los años anteriores, pero el hecho de haberse llevado a cabo paralelamente otras acciones (como el incremento del control de las infracciones y de la cuantía de las sanciones) no permite atribuir el cambio al efecto exclusivo de la campaña.

Tejero y Chóliz (1995) también examinaron los efectos a nivel emocional que tienen una serie de mensajes amenazadores, utilizados en la misma campaña, y comparan los resultados con la respuesta que generan otros anuncios publicitarios no amenazadores (por ejemplo: con contenido erótico o neutro) de características técnicas similares. Estos autores concluyen que los anuncios de la Dirección General de Tráfico producen una reacción emocional más intensa y más desagradable que otros anuncios publicitarios. Así pues parece ser que las campañas en las que se apela al miedo son de las más efectivas a la hora de concienciar a nivel social acerca de las graves consecuencias que tienen los accidentes de tráfico y para convencer de que éstos son debidos a comportamientos inadecuados. En lo que se refiere al cambio conductual que se pretende, en general, las campañas publicitarias no han demostrado la eficacia que cabría esperar, posiblemente porque ni el cambio de actitudes ni las reacciones emocionales son las únicas variables responsables en la modificación del comportamiento.

Tabla 1.4.2.2 Mensajes utilizados en las campañas de prevención de accidentes viales de la Dirección General de Tráfico entre 1986 y el 2008. Fuente: Dirección General de tráfico.

AÑO	MENSAJES DE LA CAMPAÑA
1986	“Si bebes no conduzcas”
1989	“Ojo! Te lo dice un amigo ”
1990	“ La vida es el viaje más hermoso ”
1991	“ La vida es el viaje más hermoso ”
1992	“ Las imprudencias se pagan...Cada día más ”
1993	“ Al final, las imprudencias se pagan...Cada día más ”
1994	“Las imprudencias se pagan muy caras. Carísimas ”
1995	“ Las imprudencias no sólo las pagas tú ”
1996	“ La solución está en tus manos ”
1997	“ La solución también está en tus manos ”
1998	“ Vive ”
1999	“Enseña también seguridad vial. Enseña a vivir ”
2000	“ Ya basta: Cumple las normas ”
2001	“ Tú si puedes evitarlo”
2002	“Vive. Y deja vivir”
2003	“ No dejes que te echen de menos”
2004	“Únete a Nosotros. Únete a la vida “
2005	“No podemos conducir por ti”
2006	“No perder puntos es cuestión de vida o muerte”
2007	“Hay muchas razones para ponerse el cinturón, elige tú la tuya y hazlo”
2008	“Ponle freno”
MENSAJES DIRIGIDOS A USUARIOS DE CICLOMOTOR	
	“No podemos ponernos el casco por ti. Ayer volvió a nacer”
	“No pierdas la cabeza.....Ponte casco”
	“Si tienes cabeza.....Ponte casco”
	“Como ellos que conocen el riesgo.....Ponte casco”
	“Si pensamos en las motos todo irá sobre ruedas” ; “Nadie tiene la cabeza tan dura como para no llevar casco”

En el año 2000 se emitió la campaña “Ya basta: cumple las normas”, que tiene como eje argumental la comparación de las víctimas “inevitables” que producen las grandes catástrofes naturales con las “evitables”, como es el caso de los accidentes de tráfico.

Con esta campaña se vuelve a la llamada línea dura (generar miedo para provocar conductas de evitación de la amenaza) y se muestran las consecuencias de los accidentes y el dolor de las víctimas tras una ráfaga de imágenes de un siniestro (Sánchez, 2000).

Durante el 2001 la campaña presentada a través de la televisión, radio y prensa escrita sigue en la misma línea dura. En este spot de la DGT, bajo el lema “ Se podría haber evitado “ se utilizan imágenes de accidentes que parecen totalmente reales con el objetivo de impactar al espectador y hacerle reflexionar sobre la existencia de la siniestralidad vial (Sánchez, 2001) .

Durante el año 2002 se emitió la campaña “Vive y deja vivir”. Ésta tenía como objetivo fomentar la solidaridad y el respeto en las vías públicas, poniendo el acento en aquellos valores de convivencia – respeto, solidaridad y paciencia- que pueden evitar accidentes. Y resaltando que las vías públicas son un bien a compartir entre usuarios que no tienen las mismas capacidades. Esta campaña supone un nuevo enfoque respecto a ediciones anteriores: de aconsejar comportamientos seguros- no rebase la velocidad, use casco, póngase el cinturón- se pasa a incidir en actitudes cívicas (Sánchez, 2002c).

Aesleme (Asociación para el estudio de la lesión medular espinal), junto a la DGT y Cepsa, presentaron una campaña que se sumó a la elaborada por Tráfico en la lucha por el uso de los sistemas de seguridad pasivos. La campaña de concienciación parte del slogan «no dejes que te echen de menos» y se desarrolló durante todo el año 2003, aunque con especial hincapié en las vacaciones de Semana Santa, verano y Navidades. Además de los carteles que se exhibieron en las 1.600 gasolineras Cepsa de toda España, los 20.000 trabajadores de estas estaciones de servicio entregaban a todos los clientes que repostaban, una postal con la imagen de la campaña. El mensaje se complementó con distintos consejos que intentaban transmitir la necesidad de un comportamiento seguro y responsable. Para ello, se recordó la importancia de utilizar el cinturón de seguridad, de respetar la señalización y la velocidad máxima indicada, no ingerir drogas, alcohol ni medicamentos antes de conducir, evitar las distracciones como el teléfono móvil, la radio, el tabaco, etc. (López, 2003c).

En diferentes investigaciones realizadas en estacionamientos de restaurantes, universidades y supermercados, se ha puesto en práctica un tipo de intervención similar que consiste en recordar personalmente a los conductores en el momento en que van a abandonar el lugar donde tienen el vehículo estacionado, que el uso del cinturón de seguridad es efectivo para reducir la gravedad de las lesiones o evitar la muerte en caso de accidente. En todos los casos se ha observado un incremento notable a corto plazo del uso del cinturón de seguridad (Austin, Alvero y Olson ,1998; Gras, Cunill, Planes, Sullman y Oliveras, 2003; Engerman, Austin y Bailey ,1997).

Asimismo, es posible que el uso de otros estímulos discriminativos (otras instrucciones verbales, carteles, adhesivos, señal visual etc.) puedan ser igualmente eficaces para incrementar el uso el cinturón de seguridad como se muestra en otros estudios (Cox, Cox y Cox, 2001; Weinstein, Grubb y Vautier, 1986). En esta misma línea, Sullman (1998) encontró que la utilización de una señal visual era efectiva para incrementar la utilización del cinturón de seguridad entre los conductores de tractores ya que les recordaba que debían utilizarlo. Actualmente muchos de los vehículos que salen al mercado disponen en el cuadro de mandos de una señal luminosa que advierte al conductor si no utiliza el cinturón de seguridad. Otro estudio llevado a cabo por Malefant, Wells y Williams (1996) muestra que la utilización de señales de feedback (en este caso paneles que informaban sobre el porcentaje de uso del cinturón de seguridad que realizaban los conductores de su misma ciudad durante la semana pasada junto con el record, colocados en el arcén de la vía urbana) incrementaban la utilización del cinturón de seguridad. Sería interesante conocer si aparte de los efectos a corto plazo esta sencilla intervención podría llegar a tener efectos a largo plazo que conlleven la adquisición del hábito.

La campaña del 2004 bajo el eslogan “Únete a nosotros. Únete a la vida” tiene como principal objetivo transmitir a la población lo decisivos que son para su seguridad sus propios actos. En televisión se emitieron cinco anuncios centrados en los límites de velocidad, la distancia de seguridad, el uso del casco, el uso del cinturón de seguridad y los sistemas de retención infantil. En todos ellos, los protagonistas circulaban en unas condiciones óptimas y una excusa que apoya una decisión equivocada les lleva a un accidente (por ejemplo en el caso del casco la excusa es “A mí es que me agobia”). En la segunda parte, el conductor, no busca excusas, piensa y actúa adecuadamente y todos continúan su camino. Con un mensaje final “Tu puedes reducir el número de muertos y heridos en los accidentes de tráfico” (López, 2004).

Siguiendo un enfoque similar al año anterior "No podemos conducir por ti" fue el eslogan de la campaña divulgativa de la D.G.T. (2005). Su principal objetivo es destacar la importancia del factor humano, en la lucha contra la accidentalidad. Se intenta demostrar que si bien desde las administraciones pueden hacer muchas cosas en pro de una mayor seguridad vial (como mejorar las carreteras, incrementar la vigilancia, potenciar la formación de los conductores, etc.) al final es el conductor el que, con sus actitudes y comportamientos, tiene la última palabra.

A partir del 2 de octubre de 2006, la D.G.T inició la emisión de la nueva campaña que pretende servir de recordatorio a los conductores, sobre la aplicación del sistema de permiso para conducir por puntos. Con la frase "No perder puntos es una cuestión de vida o muerte" se dirige de manera muy directa al conductor para recordarle que el respeto por las normas debe mantenerse día tras día. Esta campaña es continuación de la llevada a cabo durante los meses previos a la implantación del permiso por puntos con el eslogan "Con el permiso por puntos vamos a conducir mejor", en la que se pedía la implicación de todos los conductores en el respeto a las normas de circulación.

La campaña de 2007 en lugar de apelar a la "emotividad", con escenas duras y de sangre, apuesta por la racionalidad, consta de dos anuncios publicitarios que se desarrollan en un único plano y en ambos aparece un hombre de mediana edad, que con un tono algo agresivo, requiere al espectador que se ponga el cinturón o el casco de moto, según el caso, y para ello aducen motivos como evitar una multa, la pérdida de puntos o "por una tía o por tus amigos".

Durante el 2008 se están realizando diferentes campañas en colaboración con otras instituciones. Un ejemplo de ellas es "Ponle freno" campaña en la que colabora grupo Antena 3 se estructura entorno a tres ejes: las infracciones, las distracciones y la participación activa del ciudadano en la seguridad vial (DGT, 2008).

Cunill, Vieta, Gras, Planes y Oliveras (2001) evaluaron los efectos cognitivos, conductuales y emocionales de algunas de las campañas llevadas a cabo en España desde 1989 hasta el 2000. Se analizó una de las que utiliza como recurso el miedo (concretamente la campaña "dura" emitida en 1994) y otras dos con mensajes positivos y educativos (las campañas "suaves" emitidas en 1991 y en 1999). Los resultados mostraron que todos los anuncios referidos a las campañas de tráfico provocaban más preocupación y malestar en los sujetos que otro tipo de anuncio

neutro. Aunque los efectos de estas campañas no fueron muy destacados, aquellas basadas en el recurso del miedo aumentaron en mayor medida que las campañas suaves, la intención de conducir de manera prudente.

En la misma línea un estudio realizado por Johnston, Hendricks y Fike (1994) evalúa la efectividad de diferentes intervenciones para incrementar el uso del cinturón de seguridad. Los resultados en relación a la aplicación de programas educativos muestran que se produce un incremento modesto en comparación con programas basados en la aplicación de leyes o uso de incentivos.

De alguna manera los resultados de estos estudios reflejan que si bien es cierto que como dice Bandura (1987, pág.201) “las campañas multimedia hacen que aumente el interés por los programas de salud y transforman las probables consecuencias de los hábitos perjudiciales en preocupaciones actuales este cambio “constituye el primer paso para la adopción de medidas preventivas pero no garantiza, en absoluto, tal adopción” (Gras, 1994, pág.179).

Desde el Plan de Actuaciones 2006 del M.E.C, se plantea como objetivo seguir realizando esfuerzos de comunicación y concienciación de los usuarios de las vías, subrayando la importancia de las conductas preventivas y de las implicaciones de la salud en la seguridad vial, como medio para evitar los accidentes y reducir el número de víctimas y heridos. Para ello se pretende lograr la máxima implicación de todos los sectores sociales en el debate sobre seguridad vial y prevención de accidentes (ver anexo 6).

1.4.3. Medidas coercitivas y disuasorias

Las estrategias basadas en las normas de obligado cumplimiento acompañadas de un sistema punitivo se han mostrado eficaces en la prevención de la accidentalidad vial (Rodríguez, 2004).

Numerosas investigaciones e intervenciones sociales en diferentes ciudades europeas han demostrado que los programas de prevención de comportamientos socialmente indeseables son más eficaces cuando penalizan la conducta no deseada a la vez que modifican las actitudes hacia su realización (Carbonell et al.,1995). Por ejemplo la tasa de mortalidad en España es un 54% superior que la de países Europeos como Holanda, Suecia o el Reino Unido cuyos planes de seguridad vial se basan en la

aplicación sistemática de medidas coercitivas y disuasorias. (Ministerio del Interior y Dirección General de Tráfico ,2005).

Un estudio realizado en Canadá concluye que cuando un conductor es sancionado, el riesgo de que sufra un accidente mortal se reduce más de un 30%. Estas conclusiones, según la Dirección General de Tráfico avalan que la denuncia y la consiguiente sanción tienen efectos sobre la salud, porque modifican el comportamiento de los conductores, por lo que la consideran como una medida educativa, puesto que puede crear, cambiar o reforzar pautas de conducta (López, 2003b).

En la misma línea otro estudio realizado por la Comisión Europea, bajo la denominación de proyecto GADGET (en López, 2003b) expone que la legislación, su aplicación y paralelo control policial, junto con la información y la publicidad, han demostrado un gran potencial para cambiar hábitos de conducción, tales como la velocidad excesiva o la no utilización del casco.

Algunas de las estrategias destinadas a controlar el cumplimiento de la normativa son: el uso de radares fijos, el control de los agentes de tráfico, las sanciones económicas y la suspensión temporal de permisos de conducir.

En un estudio realizado para la D.G.T antes de que fuera obligatorio el uso del casco para circular por ciudad, en septiembre de 1992, señalaba que sólo 1 de cada 3 conductores de ciclomotor y 1 de cada 10 acompañantes lo llevaba puesto. Sin embargo, unos meses más tarde, inmediatamente después de su obligatoriedad, el número de conductores de ciclomotor que lo llevaba puesto, se elevó al 80%, mientras que la mitad de los acompañantes también lo usaba (D.G.T, 1997).

Años más tarde, en otro estudio realizado por la D.G.T (2003) se analizaban los resultados de la aplicación de una campaña de divulgación, vigilancia y control que se desarrolló desde el 1 de junio al 15 de junio del 2002 en España (excepto, Catalunya, Ceuta y Melilla). Los datos obtenidos muestran un incremento en el uso del casco por parte de usuarios de ciclomotores y de motocicletas, tanto en vía urbana como en carretera (ver tablas 1.4.3.1 y 1.4.3.2).

Tabla 1.4.3.1. Uso del casco por parte de usuarios de ciclomotor en zona urbana antes y después de la campaña de 2002.

ZONA URBANA				
	CONDUCTOR		PASAJERO	
	Pre-Campaña	Post-Campaña	Pre-Campaña	Post-Campaña
No lleva casco	13,1%	10,2%	42,7%	35,2%
Lleva casco pero no puesto	6,1%	5,6%	5,1%	3,4%
Lo lleva mal puesto	18%	17,1%	16,2%	10,3%
Lo lleva bien puesto	62,9%	66,7%	35,2%	51,1%

Tabla 1.4.3.2. Uso del casco por parte de usuarios de ciclomotor en zona interurbana antes y después de la campaña de 2002.

ZONA INTERURBANA				
	CONDUCTOR		PASAJERO	
	Pre-Campaña	Post-Campaña	Pre-Campaña	Post-Campaña
No lleva casco	9,4%	5,1%	27,2%	26,3%
Lleva casco pero no puesto	3,7%	4,3%	2,9%	2,6%
Lo lleva mal puesto	14,5%	12,7%	19,4%	18,4%
Lo lleva bien puesto	72,4%	78%	50,5%	52,6%

Según datos de la D.G.T (2003), el 18,5% de los conductores y el 22% de los pasajeros de ciclomotor que circulan por vía urbana, llevan el casco por miedo a ser multados y no porque crean que el casco es una medida preventiva efectiva. Además este colectivo parece tener una percepción muy baja del riesgo a que están sometidos cuando circulan en ciclomotor o motocicleta (Sánchez, 2002d).

Pero la mayor apuesta de la DGT para incrementar la seguridad vial es la instauración en España de la licencia de conducción por puntos. Por su relevancia y actualidad, nos centraremos en esta medida en el siguiente apartado.

1.4.3.1. El permiso de conducir por puntos

El 1 de julio de 2006 entró en vigor en España la licencia de conducir por puntos. Con esta medida se pretende concienciar al conductor sobre la importancia del cumplimiento de las normas a fin de consolidar una cultura de la seguridad vial a través de la transformación del permiso de conducir en un crédito social de puntos que se va agotando en la medida que se cometen infracciones relacionadas con la seguridad vial. Además, los conductores de riesgo, que son los que más fácilmente acaban provocando los accidentes, deberán realizar cursos de sensibilización y reeducación en materia de seguridad vial para que tomen conciencia de que deben cambiar sus comportamientos cuando conducen un vehículo.

Esta estrategia consiste en otorgar un crédito en puntos (12 para los conductores con experiencia y 8 para conductores noveles o con menos de 3 años de experiencia) que se van restando en función de la gravedad de cada infracción cometida (ver tabla 1.4.3.1.1). Sólo se dispondrá de 8 puntos cuando se obtenga un nuevo permiso o licencia de conducción, tras haber perdido el anterior por haber agotado el crédito.

Los puntos perdidos se pueden recuperar, por dos vías distintas: superando un curso de sensibilización y reeducación vial de 12 horas (hasta un máximo de 4 puntos) o dejando de cometer infracciones que supongan pérdida de puntos durante dos años (tres si entre las infracciones había alguna muy grave).

A aquellos conductores que agoten sus puntos, se les retirará el permiso de conducir y transcurridos entre 6 y 12 meses tendrán la opción de recuperarlo realizando un examen psicofísico, un curso de sensibilización de 24 horas (con un coste de 320€) y

un examen teórico en la Jefatura de Tráfico. Los conductores profesionales tendrán un régimen especial aún por determinar.

El permiso por puntos también otorga una bonificación de puntos a los buenos conductores. Para ello es necesario que durante los tres primeros años no se cometa ninguna infracción que suponga pérdida de puntos con lo que se obtienen dos puntos más que se sumarán a los 12 iniciales. Si vuelven a pasar tres años y no se ha cometido ninguna infracción de las que restan puntos, se recibirá otro punto extra.

El sistema por puntos no elimina el actual sistema de sanción. Cuando se comentan determinadas infracciones, además de la correspondiente sanción económica y de la suspensión en su caso del permiso o licencia de conducción, ahora también se restarán los correspondientes puntos.

El permiso por puntos está vigente en otros países de la Unión Europea desde hace años. En Reino Unido donde existe desde 1982, es un sistema que actualmente cuenta con una gran aceptación y que ha supuesto un considerable avance en la lucha contra la accidentalidad vial. También existe en Alemania (1974), Francia (1992) e Italia (2003).

Los objetivos y las estrategias a seguir referentes al permiso de conducir por puntos recogidas en el Plan de Actuaciones 2006 del Ministerio del Interior y la Subdirección General de Educación, Divulgación y Formación Vial se presentan en el anexo 7.

Por lo que se refiere a la evolución de la accidentalidad en carretera en España inmediatamente después de la entrada en vigor del sistema por puntos, la D.G.T (4 septiembre de 2006) informa que el número de víctimas mortales se ha reducido en un 20%. Desde el 1 de julio al 31 de agosto se produjeron 528 muertos en accidentes de circulación, 139 menos que en el mismo periodo del año pasado, siendo el grupo de 15 a 24 años en el que mayor descenso se produce, un 36,67%, con 44 muertos menos que el verano del año pasado.

Tabla 1.4.3.1.1. Guía de puntos (Fuente: Dirección General de Tráfico).

2 PUNTOS MENOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Si superas el límite de velocidad entre 21 y 30 km/h. ● Si paras o estacionas en zonas de riesgo, para la circulación, para los peatones, o en los carriles destinados al transporte público urbano. ● Si usas cualquier sistema de detección de radares para eludir la vigilancia de los agentes de tráfico. ● Si no llevas el alumbrado cuando es obligatorio o haces mal uso de él. ● Si llevas a un menor de 12 años como pasajero de tu motocicleta o ciclomotor, con las excepciones que se determinen reglamentariamente.
3 PUNTOS MENOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Si sobrepasas el límite de velocidad entre 31 y 40 km/h. ● Si haces un cambio de sentido incumpliendo las normas. ● Si no mantienes la distancia de seguridad. ● Si usas manualmente el teléfono móvil, auriculares o cualquier otro aparato que no te permita estar atento mientras conduces. ● Si no te pones el cinturón, el casco y demás dispositivos de seguridad obligatorios.
4 PUNTOS MENOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Si conduces a una velocidad superior al límite establecido en más de 40km/h, siempre que no suponga, además, un exceso del 50%. ● Si conduces con una tasa de alcohol superior a 0,25 mg/l y hasta 0,50 mg/l en aire espirado (profesionales y conductores noveles más de 0,15 y hasta 0,30 mg/l.). ● Si circulas por una autopista o autovía con un vehículo con el que esté expresamente prohibido circular por ellas. ● Si conduces un vehículo sin llevar el permiso o la licencia adecuada. ● Si arrojas a la vía o alrededores cualquier objeto que pueda producir incendios o accidentes. ● Si conduces de forma negligente o creando riesgos para los demás. ● Si te saltas un stop, un semáforo en rojo o no respetas la prioridad de paso. ● Si adelantas poniendo peligro o entorpeciendo a quienes circulan en sentido contrario o en lugares o circunstancias de visibilidad reducida. ● Si adelantas poniendo en peligro o entorpeciendo a ciclistas. ● Si realizas maniobras de marcha atrás en autopistas o autovías. ● Si no respetas las señales de los agentes que regulan la circulación. ● Si conduces con un exceso del 50% o más en el número de plazas autorizadas, excluido el conductor, salvo que se trate de autobuses urbanos o interurbanos. ● Si aumentas la velocidad o efectúas maniobras que impidan o dificulten el adelantamiento.
6 PUNTOS MENOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Si conduces superando en más del 50% el límite de velocidad máxima autorizada, siempre que ello suponga superar, al menos, en 30km/h dicho límite. ● Si conduces con una tasa de alcohol superior a 0,50 mg/l en aire espirado (profesionales y conductores noveles más de 0,30 mg/l.) ● Si conduces bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos ● Si te niegas a pasar a las pruebas de alcoholemia, estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos. ● Si conduces de forma temeraria, circulas en sentido contrario o participas en competiciones o en carreras de vehículos no autorizadas. Si eres conductor profesional y excedes en más del 50% los tiempos de conducción.

En una nota de prensa de la D.G.T el 21 de septiembre de 2006 sobre la implantación del permiso por puntos comunica que se han notificado un total de 62.043 denuncias por infracciones graves o muy graves en carretera. Más de 59.000 conductores tienen abiertos expedientes sancionadores con pérdida de puntos. El 86,7% de los denunciados son hombres, el 13,3% son mujeres y un 30% menores de 25 años. La mayoría de denuncias se refieren al no uso del cinturón o del casco (24% de las denuncias), velocidad excesiva detectada con radares móviles (20%), conducción con tasas de alcohol superiores a las permitidas (16%) y conducir utilizando manualmente un teléfono móvil (13%).

Según datos de la DGT (2007) el carné por puntos ha logrado en su primer año de funcionamiento reducir la mortalidad en las carreteras españolas. En 2006 fallecieron 3.016 personas, frente a las 3.332 del año pasado (316 menos, un 9,5%). El carné por puntos comenzó a funcionar el 1 de julio; desde entonces, la mortalidad ha descendido un 15% (ha habido 260 víctimas menos que el año anterior) (El País, 2007).

El *Servei Català de Trànsit* informa que las víctimas mortales en la red viaria catalana se redujeron un 11,6% en los primeros cuatro meses del 2007. Así mismo, este organismo ha tramitado desde el 1 de julio de 2006 al 30 de abril de 2007 171.917 expedientes (de los cuáles 19.486 se corresponden al no uso del cinturón/casco/sillitas infantiles) sancionadores que implican la retirada de 540.280 puntos. Durante este periodo se ha gestionado la retirada del permiso a 94 conductores (*Generalitat de Catalunya*, 2007).

Aún así sería necesario revisar los procesos administrativos ligados al conjunto de cumplimiento de las normas de tráfico. Es decir, buscar mecanismos para acelerar los procesos de sanción en cuanto al Carné por Puntos, ya que la mayor parte de las veces las multas llegan con mucho retraso o las sanciones no son lo suficientemente fuertes.

Cabe destacar que para que el permiso de conducción por puntos sea una medida efectiva en el descenso de la accidentalidad vial será necesario reforzar la vigilancia de las infracciones. Para ello el Ministerio del Interior (2006) propone las actuaciones que a continuación se exponen: 1. Incremento de efectivos policiales para reforzar la presencia de la autoridad y mejora de los medios a su disposición. Creación del centro de denuncias automáticas (CESTRADA). 2. Operaciones especiales de vigilancia y control para consolidar el cumplimiento de las normas más elementales de la

seguridad vial (conducción bajo los efectos del alcohol, la conducción a velocidad excesiva y el no uso de los dispositivos de seguridad, uso del móvil en la conducción).

3. Mayor implicación del sistema judicial en la política de seguridad vial.

La implicación del sistema judicial en la seguridad vial se considera fundamental dada la importancia que tiene su actividad en la corrección o represión de las conductas infractoras en materia de tráfico y circulación de vehículos en su dimensión penal. Por ello, se pretende continuar con la aplicación del convenio con el Centro de Estudios Jurídicos para realizar cursos de sensibilización en seguridad vial y delitos de tráfico dirigido a jueces, fiscales y secretarios judiciales.

En el Plan de Actuaciones 2006 del Ministerio del Interior y bajo el epígrafe “vigilancia y control” se presentan los objetivos de manera más detallada (ver anexo 8).

2

COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (2002) define la salud sexual como “un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos.” (en OMS, 2006).

Según la definición del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (2002) una sexualidad sana debería incluir tres elementos básicos:

- 1 La actitud para disfrutar de la relación sexual y para regularla en función de una ética personal y social.
- 2 La ausencia de miedos, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, de creencias sin fundamento y otros factores psicológicos que inhiben la reacción sexual.
- 3 La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que alteren la actividad sexual y reproductiva.

La adolescencia es la etapa de la vida en la que se inician las relaciones sexuales, si bien físicamente los jóvenes son capaces de mantener relaciones completas, no siempre están preparados a nivel psicológico (Castillo, 2000). En muchas ocasiones los adolescentes inician su actividad sexual sin llevar a cabo ningún tipo de prevención (Planes, 1994). Según Seoane (2002) el comportamiento sexual en la adolescencia se caracteriza por: una sexualidad de iniciación, estructuralmente promiscua – en el sentido de que no suelen tener relaciones de pareja demasiado estables –, débilmente premeditada, condicionada en muchos casos desde reglas marcadas por su propio grupo de amigos/as y bastante poco permeable al control y supervisión de los adultos.

En este capítulo se plantea el tema de los comportamientos sexuales de riesgo y de prevención en la adolescencia, y se realiza una exposición sobre las consecuencias de las conductas sexuales de riesgo y los principales métodos preventivos. Finalmente nos centramos en las intervenciones preventivas del comportamiento sexual de riesgo de estos jóvenes.

2.1. COMPORTAMIENTOS SEXUALES PREVENTIVOS Y DE RIESGO

El inicio de la adolescencia se sitúa entre los 10-12 años y generalmente está asociado a los primeros signos de maduración propios de la pubertad. La pubertad según Kimmel i Weiner (1998) se entendería como el proceso de llegar a ser física y sexualmente maduro y desarrollar las características del género del individuo (relacionados con: la estructura física, los genitales y el vello corporal) alcanzando la plena capacidad reproductiva. Una vez finalizada esta etapa se entra plenamente en la adolescencia, en la que se consolidarán los cambios iniciados en la pubertad, no sólo a nivel de maduración física si no también a nivel de maduración psicológica (Font, 1994). A partir de estos momentos los sentimientos y experiencias sexuales se intensifican. Se consideran típicas de esta etapa: la masturbación, los sueños y las fantasías sexuales y las exploraciones tentativas de conducta sexual con otros (De la Cruz, 2006; Kimmel i Weiner ,1998).

En términos generales, podemos distinguir entre dos tipos de comportamiento sexual: comportamiento sexual sin penetración y comportamiento sexual con penetración. El primer tipo, incluiría la masturbación y el “petting”. La práctica estricta de ambas conductas entraña un riesgo nulo de embarazo o de contagio con una enfermedad de transmisión sexual (E.T.S). Por comportamiento sexual con penetración, entendemos todas aquellas prácticas sexuales en las que se produce la introducción del pene en la

vagina, boca o ano y por lo tanto, si no se utilizan medidas preventivas, existe riesgo de infección del VIH u otras E.T.S, y en el caso de la penetración vaginal, también riesgo de embarazo.

Así pues, como apuntaba en el párrafo anterior la masturbación y lo que los anglosajones llaman “petting” son las conductas sexuales que permiten un primer contacto con la sexualidad y que no comportan riesgos para la salud del adolescente.

La **masturbación** consiste en acariciarse uno mismo los órganos sexuales con el objetivo de obtener placer. Es una de las prácticas más habituales en la adolescencia ya que permite aprender sobre las propias reacciones y respuestas sexuales delante de diferentes estímulos que resultan excitantes y aceptar estas respuestas y los genitales como parte de uno mismo (Diputación de Barcelona, 1995; Kimmel y Weiner, 1998).

Por razones morales y religiosas, tradicionalmente se ha atribuido a la masturbación consecuencias no saludables (tanto físicas como psíquicas), lo que ha provocado que durante mucho tiempo se pensara en ella como una conducta peligrosa, pecaminosa, y por lo tanto, no deseada y considerada tabú socialmente. En la actualidad, la masturbación se entiende, más bien, como una práctica sexual normal y natural, que no conlleva ningún tipo de riesgo, muy aceptada por los adolescentes, que se acompaña mayoritariamente de sentimientos de satisfacción después de realizarla (Fuertes, Soriano y Martínez, 1995).

Esta conducta suele ser más frecuentemente informada por los chicos que por las chicas (Castillo, 2000). En un estudio realizado por Mesa, Barella y Cobeña (2004) encontraron que el 100% de los jóvenes varones encuestados declararon haberse masturbado alguna vez frente al 27,7% de mujeres que declararon haberlo hecho. Del mismo modo ponen de manifiesto que los chicos son más precoces en el inicio de esta práctica (a los 16 años, el 96,8% de ellos tenían experiencia, frente al 23,4% de las mujeres). Estas diferencias, según los autores, pueden deberse a la distinta fisiología de ambos sexos y no tanto a la distinta formación ético-religiosa que hayan podido recibir en función del género, hecho que pudo haberse dado en otro tiempo pero que al parecer no se daría en la actualidad. También podría ocurrir que en las respuestas de las chicas exista un sesgo de deseabilidad social, dado que parece ser que esta conducta es “mejor vista” cuando la practican ellos que cuando lo hacen ellas.

La palabra “**petting**” proviene del inglés y puede traducirse por “acariciarse mutuamente”, es decir, sería dar y recibir placer a partir de caricias por todo el cuerpo, de besos y de abrazos. Se utiliza para referirse a las relaciones sexuales sin penetración y más concretamente cuando las personas que las llevan a término son jóvenes. El “petting” es considerado por muchas personas como una buena vía de inicio a la práctica sexual, ya que permite el aprendizaje de cuáles son las respuestas sexuales a las caricias que se dan y se reciben, y conocer en qué partes del cuerpo produce más excitación. Es una alternativa adecuada al coito ya que éste requiere cierto nivel de responsabilidad y conocimientos previos a fin de utilizar de manera correcta los métodos anticonceptivos (Font, 1994). Cabe destacar el hecho de que en ocasiones el “petting” se utiliza de forma más específica para referirse a la estimulación sexual (con las manos, boca, lengua, etc.) que se centra en los genitales. En este sentido está extendida la idea de que la felación (que comporta penetración oral) es “petting”. Un estudio realizado por Espadalé, Planes y Gras (2005) con una muestra de 108 estudiantes de bachillerato pone de manifiesto que algunos jóvenes no identifican el sexo oral con el sexo con penetración, de manera que están infravalorando el riesgo de este comportamiento, ya que si bien esta práctica es efectiva como método anticonceptivo comporta riesgo de transmisión del VIH si no se utiliza el preservativo.

En España la edad de inicio de las **relaciones sexuales con penetración** ha ido disminuyendo en las últimas décadas y, actualmente, se sitúa alrededor de los 16 años en la población general (Mesa, et al., 2004). Pero este adelanto en la edad de inicio en las relaciones sexuales no se corresponde con una mayor formación y preparación de los jóvenes para llevar a cabo una actividad sexual placentera y responsable (Lameiras, 1997). Según Mesa et al. (2004) son pocos los adolescentes que están plenamente informados de los riesgos que corren y de cómo pueden protegerse de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos no deseados. Además, tal y como señalan estos autores, los jóvenes se sienten poco preocupados por su salud y presentan poco interés por las informaciones negativas y amenazantes, sintiéndose invulnerables a cualquier tipo de riesgo. Riesgo que por otra parte pueden valorar de forma positiva.

La existencia de una fuerte creencia entre los adolescentes sobre el hecho de que la sexualidad es exclusivamente sexo con penetración (Bimbela y Cruz, 1997; Font, 1994) promovida en la mayoría de los casos por el entorno mediático de la juventud actual (películas, cómics, etc.) (Comunicación Imagen y Opinión Pública (CIMOP),

2005) reduce la probabilidad de llevar a cabo otras actividades sexuales alternativas al coito que disminuyan los riesgos asociados al mismo.

Según los datos referentes a salud sexual de la encuesta internacional a escolares HBSC-2002 realizada en España con una muestra de 6.727 estudiantes (edades comprendidas entre 15 y 18 años) el 26 % de los participantes informa haber tenido alguna vez relaciones sexuales completas, siendo los porcentajes similares entre chicos y chicas (27,3% y 24,8% respectivamente). Teniendo en cuenta el grupo de edad entre los 15 y 16 años, un 16% manifiesta haber tenido relaciones aumentando este porcentaje a un 36% cuando el rango de edad es de 17 a 18 años (Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2002).

Callejas, Fernández, Méndez, León, Fàbrega, Villarín, Rodríguez, Bernaldo, Fortuny, López de Castro y Fernández (2005) en un estudio con una muestra de 238 adolescentes (media = 15,5 años; 54,6% mujeres) encontraron que el 24% habían mantenido en alguna ocasión relaciones sexuales con penetración sin encontrar diferencias entre género.

Planes, Gras y Soto (2002) en una investigación realizada con 225 universitarios de primer curso encuentran que el 45% de los menores de 21 años habían mantenido relaciones sexuales completas en alguna ocasión a lo largo de su vida, sin observar diferencias entre géneros.

El Ministerio de Sanidad y Consumo (2006), en un estudio sobre la interrupción voluntaria de embarazo (IVE) y los métodos anticonceptivos en jóvenes, constata un cambio en las conductas sexuales y de uso de anticonceptivos en la gente joven, los cuales refieren mantener con mayor frecuencia y más precozmente relaciones sexuales coitales en condiciones que no siempre son seguras, desde el punto de vista de la prevención de los embarazos no deseados y de las enfermedades de transmisión sexual.

En relación al **uso del preservativo** los resultados de un estudio cualitativo (Seoane, 2002), basado en la realización de entrevistas abiertas a farmacéuticos y jóvenes entre 17 y 19 años, pone de manifiesto que existen dos tipologías comportamentales claramente diferenciadas respecto del uso del preservativo: los que siempre lo utilizan y no se plantean, por lo menos a priori, ninguna excepción al respecto, y los que lo

utilizan sólo a veces, dependiendo del grado de riesgo percibido en una determinada relación.

Según datos de Instituto Nacional de Estadística (2004) en un estudio sobre salud y hábitos sexuales realizado con una muestra de 10.838 personas alrededor de un 40% de los jóvenes que mantuvieron relaciones sexuales con parejas ocasionales no utilizaron el preservativo sistemáticamente en todas ellas.

Mesa et al., (2004) encuentran que el método anticonceptivo utilizado exclusivamente por los adolescentes de su muestra, es el preservativo, pero que éste no es empleado en el 16,7% de las ocasiones en que hay penetración.

Según la encuesta internacional a escolares (HBSC-2002), un 80% de los adolescentes españoles dijeron haber utilizado el preservativo masculino en la última relación sexual, el porcentaje más alto de entre los países participantes. Hay que destacar sin embargo que los chicos más jóvenes (15-16 años) presentan, según dicha encuesta, conductas menos seguras (el 10% no usaron ningún método en su última relación, el 10,4% usó la "marcha atrás" y el 2,6 no estaba seguro del método empleado) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2004).

En esta misma dirección, una encuesta nacional llevada a cabo por el Consejo de la Juventud entre jóvenes de 13 a 29 años (Hernán, Ramos y Fernández, 2002) puso de manifiesto que entre el 27 y el 46,5% informaron *"no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración"*.

Según la Encuesta de Fecundidad 1999 (últimas cifras disponibles), el 79,9% de las mujeres de 15 a 19 años sexualmente activas no ha utilizado nunca un método anticonceptivo y entre las 423.000 adolescentes que tienen cónyuge, pareja estable o relaciones ocasionales, sólo la mitad utiliza métodos anticonceptivos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

Planes et al., (2002), comprueban que a medida que se incrementa el número de parejas disminuye el porcentaje de estudiantes que utiliza siempre el preservativo, mientras que se eleva el de aquellos que emplean la píldora.

Diferentes estudios realizados con población universitaria (Gómez, 2006; Lameiras y Failde, 1998; Lameiras, Nuñez, Rodríguez, Bretón, y Agudelo, 2005) ponen de

manifiesto que existen diferencias inter-género en relación al uso del preservativo, en el sentido de que son los chicos los que en mayor medida utilizan siempre este método profiláctico. En investigaciones orientadas a evaluar la frecuencia de uso del preservativo en población adolescente escolarizada (Lameiras, Rodríguez, Calada y González, 2004) o en una muestra representativa de jóvenes españoles con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años (Comas, Aguinaga, Orizo, Espinosa y Ochaíta, 2003; Ochaíta y Espinosa, 2003) se obtienen estas mismas diferencias. De acuerdo con lo apuntado por diferentes autores (Lameiras et al., 2005; Planes et al., 2002), el mayor uso del preservativo por parte de los chicos podría estar relacionado con el hecho de que las mujeres en estas edades, a diferencia de los varones, tienden a mantener relaciones sexuales con una pareja estable de mayor edad con la que utilizan otro tipo de métodos (por ejemplo los anticonceptivos orales) para prevenir el embarazo.

En los datos del INJUVE (Comas, 2004) puede observarse como sólo un tercio de la juventud con relaciones coitales y que usa el preservativo considera la protección respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) - y específicamente respecto al VIH/SIDA- una buena razón para su uso. Aunque las chicas parecen ligeramente más sensibles a la prevención de los embarazos no deseados, no ocurre lo mismo con el tema de las infecciones a pesar de su mayor vulnerabilidad. Resultados similares son los hallados por Gómez (2006) con una muestra de 1001 estudiantes universitarios, donde la gran mayoría informa que emplean el preservativo para prevenir posibles embarazos no deseados y no tanto para protegerse de una E.T.S.

Así pues, según los datos disponibles aportados por los diferentes estudios, entre un 20 y un 40% de los jóvenes que mantienen relaciones sexuales con penetración no utilizan siempre el preservativo y cuando lo hacen, es mayoritariamente para prevenir un embarazo, no teniendo presente en muchas ocasiones la importancia de la prevención de las ETS.

Callejas, et al., (2005) encuentran que un 33% de la muestra (n=79) informan que no saben usarlo correctamente.

En este sentido el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) apunta que aunque en el contexto europeo los jóvenes españoles son los que más utilizan el preservativo masculino, se aprecia una disminución de su uso y su sustitución por la anticoncepción de emergencia. En esta misma línea, algunos estudios cualitativos (Conde 2004,

CIMOP 2005) han observado una cierta “relajación” en la “norma” discursiva que prescribe utilizar “siempre” el preservativo en el marco de una relación sexual que pueda conllevar algún riesgo.

El uso de **la anticoncepción de emergencia (AE)** por parte de las jóvenes españolas parece ser cada vez más frecuente. Un 63% de las 500.000 unidades dispensadas en farmacias y hospitales en el 2005, fueron utilizadas por personas menores de 25 años. Alrededor del 30% fueron consumidas por chicas de entre 16 y 19 años (MSC, 2006). La Federación de Planificación Familiar de España, estima que unas 40.000 jóvenes españolas recurren cada año a este tipo de contracepción.

Actualmente existe preocupación sobre el posible uso que la población adolescente pueda hacer de este método, en el sentido que se convierta en habitual y desplace al uso del preservativo, con lo que se incrementaría el riesgo de contagio de enfermedades de transmisión sexual.

La mayoría de quienes solicitan la píldora poscoital asegura que está en situación de riesgo porque se le rompió el preservativo. Pero los controles de calidad de las empresas que los fabrican señalan que puede fallar 1 de cada 340. Por eso, los médicos y el personal sanitario que atiende a las jóvenes sospechan que en el 80% de los casos no lo utilizaron (Alcaide, 2001).

Por lo que se refiere a la **Interrupción Voluntaria del embarazo (IVE)** las tasas en jóvenes de entre 15 y 20 registradas en España desde 1990 hasta 2004 muestran una tendencia creciente, han pasado de 3,12 (por mil) a 10,35 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Un estudio de la Clínica Dátor (2006) en mujeres que realizaron una IVE muestra que un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas afirman que su pareja les obliga a tener relaciones sexuales sin preservativo. Datos que nos sugieren que en España, en el ámbito de la sexualidad, continúan existiendo las desigualdades de género, ya que las chicas siguen teniendo presiones para mantener relaciones precoces y coitales, escasa capacidad para la negociación del uso del preservativo y deben asumir la responsabilidad y las posibles consecuencias de la anticoncepción de emergencia y en su caso de la IVE (M.S.C, 2006).

El número de abortos en Cataluña, al igual que el de embarazos, ha sufrido un incremento en los últimos años (ver tabla 2.1.1). Durante el 2004 el 13% del total de

abortos legales se produjeron entre jóvenes menores de 20 años (Departament de Salut, 2005).

Tabla 2.1.1. Número de abortos legales en Cataluña entre 1998-2004. Adaptado: *Registre d'Interrupció voluntària de l'embaràs. Servei d'informació i d'Estudis. Direcció Departament de Salut.*

Abortos legales entre las mujeres residentes en Cataluña, por grupos de edad.							
Cataluña, 1998-2004							Abortos
Edad de la mujer	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
< 15 años							58
15-19 años	1.531	1.797	1.913	1.920	1.980	1.968	2.063
20-24 años	2.993	3.320	3.806	3.867	4.110	4.005	4.079
25-29 años	2.317	2.520	2.937	3.201	3.742	3.841	3.958
TOTAL JÓVENES (15-29 años)	6.841	7.637	8.656	8.988	9.832	9.814	10.100
Total Población	10.449	11.665	13.137	13.800	15.372	15.285	15.863

Por lo que se refiere a la utilización de **métodos de dudosa eficacia** para prevenir embarazos no deseados o el contagio de enfermedades de transmisión sexual, los resultados de algunas encuestas apuntan hacia la necesidad de reforzar la información y educación sobre el uso correcto de métodos anticonceptivos. En la realizada en Sevilla (Real Heredia, Oliva y Serrano, 2003) un 26,4% de los jóvenes encuestados declaraba haber utilizado en sus relaciones coitales métodos anticonceptivos de dudosa eficacia, como el lavado vaginal y la marcha atrás. Además, un 31% de los encuestados declaró utilizar a menudo el preservativo pero no en todas las ocasiones y un 17.7% (14% de los chicos y 21,6% las chicas), manifestaron creer que el preservativo era eficaz aunque se colocara tras la penetración, es decir, antes de la eyaculación.

Algo similar se recoge en el artículo de Callejas et al., (2005) donde se señala que un 12% de los jóvenes de 14-18 años que declaraban mantener relaciones sexuales con penetración, habían recurrido al menos una vez a la marcha atrás.

En relación a las diferencias por género, podemos decir que si bien años atrás los chicos se mostraban mucho más activos sexualmente que las chicas, cuando nos referíamos a conductas genitales: caricias, masturbaciones mutuas, prácticas buco-genitales, relaciones coitales, etc (Fuentes, et al., 1995), actualmente se han igualado las prácticas entre ambos géneros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Tanto en chicas como en chicos se observa un incremento en estos últimos años, de los que dicen tener experiencias sexuales con más de una pareja (Gras, Planes, Soto, Font-Mayolas, 2000; Planes et al., 2002). Parece ser según el Ministerio de Sanidad y consumo (2006) que los estereotipos sobre el rol sexual asociado tradicionalmente al hombre o a la mujer están cambiando, en el sentido de que, el papel activo y una práctica del coito dirigida al placer físico era propio del varón y a la mujer se le asignaba un papel más pasivo y una práctica del sexo más asociada al mundo afectivo. En las chicas más que en los chicos, y en las clases medias altas más que en las clases medias y medias bajas, se aprecia un cambio de los citados estereotipos en una línea más igualitaria, más activa en las chicas e introduciendo ciertos elementos más afectivos en los chicos. Sin embargo, hay otros sectores sociales en los que siguen vigentes los comportamientos prescritos por los estereotipos más tradicionales y en los que las chicas tienen menor capacidad de decidir libremente sobre cuándo y cómo mantener relaciones sexuales (CIMOP, 2005).

Según un estudio de Oliva, Serra y Vallejo (1993; en Fuentes, et al., 1995) sobre sexualidad y contracepción en jóvenes andaluces, para la realización del primer coito, son los chicos los que en general toman la iniciativa, la mayoría de veces no se planifica y en consecuencia gran parte de los jóvenes o no utiliza ningún método anticonceptivo o utiliza los menos eficaces. Según cifras del INE (2004) tanto hombres como mujeres declaran que la mujer no asume la iniciativa respecto a asegurarse de que el preservativo esté disponible: casi en tres de cada cuatro ocasiones el preservativo lo lleva el hombre.

En resumen, en relación con la frecuencia de uso del preservativo masculino existen aspectos que deben ser mejorados. Sobre todo porque, por un lado, hay jóvenes que todavía no lo utilizan o no lo hacen de manera adecuada, y por otro, porque parece existir una cierta tendencia a la relajación en su uso, relacionada probablemente con la

disminución en la percepción del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y en concreto del VIH/SIDA. Asimismo pone de manifiesto problemas en la implicación y corresponsabilidad de los chicos e incluso actitudes coercitivas sobre las chicas para el no-uso del preservativo.

No hay que olvidar que la propia presencia y dominancia de la norma de usar el preservativo puede ser en sí misma un factor incitador de su trasgresión, ya que el juego con el riesgo es una característica central de la juventud (Seoane, 2002).

Así pues, no es de extrañar que se dedique una atención especial a cómo se toman las decisiones relativas a las conductas sexuales, ya que se pueden dar un conjunto de circunstancias que lleven a los adolescentes a realizar prácticas de riesgo.

2.2. CONSECUENCIAS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Durante mucho tiempo la prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en nuestro país, se ha orientado, principalmente, hacia la anticoncepción y, en un segundo término, a evitar las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S). Esto se debía a las eficaces terapias farmacológicas que existen para el tratamiento de las E.T.S. clásicas y por otra parte, al fuerte impacto personal y social que representa un embarazo no deseado en una adolescente. Pero como los datos actuales muestran que la transmisión del VIH por vía heterosexual se ha convertido en uno de los mecanismos más importantes de contagio (OMS, 2003b), se considera necesario, un cambio conductual hacia la triple prevención de los embarazos no deseados, el Sida y otras enfermedades de transmisión sexual (Planes, 1994).

2.2.1. El sida y otras enfermedades de transmisión sexual

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) debido a la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) sigue siendo, veinte siete años después del diagnóstico de los primeros casos de esta enfermedad, uno de los trastornos de salud que más preocupan en todo el mundo (Planes y Gras, 2002). Los avances en los tratamientos farmacológicos del sida han sido muy importantes; en la actualidad las terapias antirretrovirales permiten a la personas infectadas mantener un estado de salud lo suficientemente satisfactorio como para empezar a considerar el sida como

una enfermedad crónica más (Parras, 2000). Sin embargo, hasta el momento no existe una vacuna para impedir nuevas infecciones, y la única forma de prevención eficaz es la adopción de determinados comportamientos por parte de las personas que quieren proteger su salud (Barreiro, Soriano, González, 2003; Bayés, 1995).

Por lo que se refiere a la transmisión por vía sexual, las recomendaciones de las autoridades sanitarias son las siguientes: retrasar en lo posible las relaciones sexuales con penetración entre los jóvenes, mantener relaciones sexuales estrictamente monógamas en el caso de parejas sexualmente activas y el uso del preservativo cuando no existe monogamia (Bayés, 1995). También se han transmitido mensajes sugiriendo la abstinencia y el sexo sin penetración, como estrategias para retrasar el inicio de la actividad coital.

En diferentes investigaciones (Planes y Gras, 2000; Planes, Gras, Cunill, Gómez, Romero, Font-Mayolas y Vieta, 2004) se pone de manifiesto que tanto los jóvenes universitarios como los adolescentes consideran totalmente o muy eficaz el preservativo y la abstinencia para evitar la transmisión sexual del VIH. Sin embargo, en el caso del preservativo se sienten totalmente o muy capaces de usarlo, mientras que cuando se trata de la abstinencia muy pocos se muestran capaces de practicarla.

Aunque no se tienen datos objetivos de cómo evoluciona la tasa de nuevas infecciones, en estos últimos años algunos estudios han puesto de relieve que, al lado de un decremento en las poblaciones inicialmente más afectadas (adictos a las drogas por vía parental y homosexuales), se observa un incremento en la población general, debido a la transmisión heterosexual (Casabona, 2000; Departament de Sanitat i Seguretat Social, 2004; Hamers y Downs, 2004). Y más concretamente, se ha observado un aumento en la población adolescente (Fauburg, Kaplan y Naylor, 1995). Stephenson y Obasi (2004) y Merson (2006) advierten que la pandemia del sida es la principal amenaza para la salud de los jóvenes de 15 a 24 años a escala mundial y que la mitad de las nuevas infecciones ocurren en este colectivo.

Según datos acumulados desde 1981 al año 2005, se han notificado en España 20.634 casos de SIDA en personas entre 13 y 29 años, lo que representa un 43% del total de los casos declarados (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005). En Catalunya según el *Departament de Sanitat i Seguretat Social* (2004) el número de jóvenes afectados por el sida desde que se descubrió el síndrome hasta el 2004 es de 4.176 (ver tabla 2.2.1.1) lo que supone un 28% sobre el total de enfermos.

Tabla 2.2.1.1. Casos de SIDA en Cataluña. Adaptado del Departament de Sanitat i Seguretat social (2004).

Casos de SIDA declarados, por grupos de edad y sexo.			
Cataluña, 1981-2004			<i>Personas</i>
GRUPO DE EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
15-19 años	50	16	66
20-24 años	677	266	947
25-29 años	2.423	744	3.167
TOTAL JÓVENES (15-29 años)	3.150	1.026	4.176
TOTAL POBLACIÓN AFECTADA	11.897	2.870	14.767

Además del sida, en las relaciones sexuales con penetración desprotegidas pueden transmitirse otras enfermedades de transmisión sexual. En la tabla 2.2.1.2 se presentan algunas de las más frecuentes.

Según Lameiras y Failde (1997) muchas de las personas afectadas por una ETS son adolescentes y adultos jóvenes. Se producen cada año un gran número de casos y, a pesar de disponer de tratamientos eficaces para curarlas, todavía muchas personas por desconocimiento (ya que algunas MTS son asintomáticas) o vergüenza (el adolescente es reticente a ir a un servicio asistencial por iniciativa propia) sufren sus consecuencias negativas y continúan siendo fuente de nuevos contagios (Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999). Además la presencia de una ETS es un co-factor de riesgo para la transmisión sexual del VIH, debido a las llagas y ulceraciones que suelen producir (Cates y Bowen, 1989, en Planes, 1994).

Tabla 2.2.1.2. Algunas de las enfermedades de transmisión sexual más comunes. Adaptado del *Departament de Sanitat i Seguretat Social de Catalunya (1999)*.

ENFERMEDAD	DESCRIPCIÓN
Candidiasis Genital	El organismo se encuentra de forma frecuente en la boca, vagina y recto sin presentar síntomas. Se puede dar a partir del sexo oral, coito o de la medicación antibiótica. Los síntomas son; supuración vaginal espesa y blanca, picor, olor e irritación
Gonococia o Gonorrea	Se transmite a partir del contacto sexual con alguien que la padezca. Los síntomas son: supuración vaginal verdosa e irritación de la vulva. En los hombres puede provocar micción dolorosa y supuración de la uretra. A largo plazo si no se trata puede causar: enfermedad inflamatoria pélvica, orquiepididimitis, artritis y septicemia.
Herpes genital	Se transmite por contacto directo con lesiones abiertas mediante caricias, coito o sexo oral. Los síntomas son: ampollas dolorosas en los genitales, glándulas linfáticas infladas y fiebre. Es una enfermedad crónica.
Sífilis	Se transmite por contacto sexual con una persona infectada. Provoca afectación de los órganos internos y lesiones cutáneas
Hepatitis B y C	Es una enfermedad producida por el virus de la hepatitis B o C. Las vías de transmisión son: sexual, sanguínea, saliva, materno-filial. Este virus ataca las células del hígado. Produce cirrosis hepáticas a largo plazo.
Verrugas genitales	Se transmite por el contacto directo con verrugas al practicar el sexo vaginal, anal u oral. Estas no son dolorosas, pueden ser blandas, rosas o rojas, en racimos únicos o múltiples.
Hemofilia vaginal	Este organismo está presente con frecuencia en las mujeres sin presentar síntomas; en los hombres puede ser la causa de uretritis no específicas. Entre los síntomas se incluye una profusa supuración vaginal cremosa, blanca o gris y, olor fétido.
Clamidia	Enfermedad pélvica inflamatoria. Elevada incidencia y prevalencia. Produce dolor abdominal y causa esterilidad a largo plazo. Es una infección en auge en mujeres en las últimas décadas.

Así pues, la OMS (2006b) considera a los adolescentes como una población prioritaria en las intervenciones preventivas a desarrollar en los próximos años. Las razones de esta preferencia son las siguientes:

- El periodo de incubación de la enfermedad (entre 8 y 10 años) que hace pensar que la mayor parte de los jóvenes diagnosticados de SIDA se infectaron durante la adolescencia.
- La elevada presencia en esta población de otras ETS que facilitan la transmisión del VIH.
- La incorporación cada vez más precoz de los adolescentes a la vida sexual.
- El hecho de que en estas edades empiezan a consolidarse actitudes, valores, creencias y hábitos que pueden facilitar la transmisión durante el largo período posterior de vida sexual activa.

2.2.2. Embarazos no deseados durante la adolescencia

Los embarazos no deseados es otro problema que puede aparecer si se lleva a cabo un coito vaginal sin la utilización de medidas preventivas.

Según los datos del *Departament de Sanitat i Seguretat Social* (en Corbella, 2002), el número de embarazos en adolescentes se está incrementando de forma alarmante. La cifra de menores que se han quedado embarazadas en Cataluña ha pasado de 759 en 1997 a 1.232 en el año 2003 (tasa anual de 9,8 embarazos por cada chica de entre 14 y 17 años) (*Departament de Salut*, 2003).

Carpintero (1995) estima que podrían quedarse embarazadas en nuestro país cada año hasta 4 de cada 100 chicas entre los 15 y los 19 años, aunque la verdadera incidencia es difícil de calcular dado que se escapan del control sanitario los abortos clandestinos y algunos de los espontáneos.

Un embarazo en la adolescencia tiene una serie de repercusiones sociales y personales que hacen que se convierta en una situación complicada. El embarazo adolescente y la maternidad temprana están asociados con fracaso escolar, deterioro de la salud física y mental, aislamiento social, pobreza y otros factores relacionados. La edad de los padres por debajo de los 20 años se considera un riesgo para la vida de los recién nacidos. Estos embarazos presentan el doble de alteraciones biológicas

asociadas como un menor peso al nacer, complicaciones en el parto y la prematuridad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

Las consecuencias de un embarazo no deseado afectan a la chica adolescente, su posible hijo, su pareja, los padres de ambos y la sociedad en general (Generalitat de Catalunya, 2004; Muñoz, et al., 2001).

La chica adolescente, tome la decisión que tome (abortar o tener el hijo), está expuesta a importantes consecuencias no sólo orgánicas, sino también psicológicas, sociales, económicas y educativas ya que los efectos de algunas de ellas van mucho más allá del parto y el posparto (Carpintero, 1995).

Las consecuencias iniciales (ante la confirmación del embarazo) son la aparición de sentimientos de miedo y ansiedad ante la situación de incertidumbre que se crea. La ansiedad se manifiesta, entre otros síntomas, en pérdida del apetito y dificultades para dormir y para concentrarse en los estudios o trabajo. En el caso de que decida tener el hijo/a, teniendo en cuenta el estado psicológico de la madre, su inmadurez biológica, el tardío o inexistente cuidado prenatal y otros factores, los embarazos en estas edades son considerados de alto riesgo (Muñoz, Berger, Alacena, 2001).

Por otra parte, son más probables las complicaciones durante la gestación (anemias, alteraciones del peso, abortos espontáneos), el parto y el posparto (partos operatorios, cesáreas e infecciones uterinas). Las consecuencias a medio y largo plazo se relacionan con el menor rendimiento escolar y/o abandono de los estudios, lo que disminuye sus posibilidades de encontrar un trabajo digno y unos ingresos suficientes (Instituto Libertad y Desarrollo, 2005). Otras consecuencias negativas que acostumbran a presentarse consisten en dificultades en la relación de pareja, bajos niveles de autoestima y sentimiento de fracaso.

En el caso de que decida abortar, los abortos en la adolescencia suelen ser tardíos, clandestinos y vividos en soledad, por lo que son más frecuentes, a nivel orgánico, perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones e incluso la propia muerte y, a nivel psicológico, sentimientos de tristeza, de pérdida y de culpabilidad. Desde el punto de vista social, puede darse rechazo hacia la chica en caso de que se conozca que ha abortado (Carpintero, 1995).

Las consecuencias para el chico dependen, en gran medida, del grado de implicación. Si la implicación es grande serán muy similares a las sufridas por la chica con excepción de las orgánicas (Carpintero, 1995).

Por lo que se refiere a las consecuencias para el hijo/a, existe una mayor probabilidad de prematuridad, bajo peso para la edad gestacional, desnutrición y mayor mortalidad en los días próximos al parto y durante su primer año de vida (Carpintero, 1995; Muñoz, Berger, Alacena, 2001).

En relación a las consecuencias para las familias, suelen encontrarse en una situación de rechazo social o de percepción de éste (por ejemplo por la creencia de no haber educado bien a sus hijos), que rompe sus expectativas sobre su propio futuro y el de la familia, en relación a todos los proyectos que como consecuencia de la situación pueden verse afectados (Carpintero, 1995).

Al mismo tiempo la sociedad ha de pagar todos los años un alto coste por los embarazos en la adolescencia y por otros riesgos asociados con la sexualidad que se podrían haber evitado. En un estudio realizado en Estados Unidos (*The National Campaign to prevent teen pregnancy*, 2002) se ha estimado que por cada dólar invertido en programas de prevención de embarazos, al menos se ahorran 2,65 dólares en costos médicos y servicios sociales.

2.2.2.1. Interrupción voluntaria del embarazo

La interrupción voluntaria del embarazo es el cese de una gestación a petición de la mujer embarazada. Generalmente se conoce como aborto.

La legislación española (Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio. Artículo 417 bis del Código Penal) permite la posibilidad de interrumpir el embarazo en tres casos:

1.- No será punible la interrupción practicada por un médico o bajo su dirección, en centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado y con consentimiento expreso de la mujer embarazada, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- *Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto de aquel por quien, o bajo cuya dirección, se practique el aborto. En caso de urgencia, por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.*
- *Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del artículo 429, siempre que la intervención se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.*
- *Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que la intervención se practique dentro de las veintidós semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica de la interrupción, sea emitido por especialistas de centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquél por quien o bajo cuya dirección se practique la interrupción.*

2.- En los casos previstos en el número anterior, no será punible la conducta de la embarazada, aún cuando la práctica de la interrupción no se realice en un centro o establecimiento público o privado acreditado o no se hayan emitido los dictámenes médicos exigidos.

En el caso de las menores de edad que deseen interrumpir el embarazo, en España se requiere el permiso de los padres o de sus tutores legales.

Las técnicas de interrupción del embarazo varían de acuerdo con el tiempo de gestación. Cuanto más tempranamente se realice, menor es el riesgo y la posibilidad de complicaciones. La interrupción de un embarazo antes de las doce semanas tiene menos complicaciones y riesgos para la salud de las mujeres que un parto, siempre que se realice en las condiciones adecuadas y por personal convenientemente preparado.

Las técnicas más utilizadas son (CJAS, 2004):

- *Método químico (RU 486).*

Puede utilizarse solamente en gestaciones de menos de 7 semanas de amenorrea, es decir, puede utilizarse en el caso de que hayan transcurrido menos de 49 días desde el primero de su última regla. No está disponible en farmacias, ni siquiera con receta.

- *Método de aspiración.*

Se utiliza antes de las diez o doce semanas de embarazo. Este método no precisa hospitalización y se realiza, normalmente, bajo anestesia local, siendo en este caso los riesgos mínimos. En ocasiones puede realizarse con anestesia general, lo que puede implicar hospitalización.

- *Técnica de legrado (raspado).*

Es una intervención quirúrgica que, a veces, complementa el método de aspiración para asegurar el completo vaciado del útero. Habitualmente se realiza con anestesia general.

- *Método de inducción.*

Se utiliza para interrumpir embarazos de más de catorce semanas. Son técnicas más complejas y es necesaria la hospitalización. Además se usan medicamentos que provocan la expulsión del contenido del útero.

2.3. PRINCIPALES MÉTODOS PREVENTIVOS EN LAS RELACIONES SEXUALES

Entenderemos por métodos preventivos y anticonceptivos (ver tabla 2.3), todos los medios que, acompañando a la práctica sexual con penetración (vaginal, anal o oral), impiden que se produzca un embarazo o el contagio de una enfermedad de transmisión sexual (De la Cruz, 2006).

Cabe destacar que además de las ventajas y los inconvenientes médico- biológicos de los diferentes métodos preventivos que se exponen en la tabla 2.3, el preservativo tiene como ventaja proporcionar a la pareja mayor tranquilidad (“todo ha ido bien”). Al ser el único método que aporta doble protección (embarazo y ETS) hace que su uso evite la aparición de pensamientos obsesivos relacionados con un posible embarazo o una probable infección (hasta que baja la regla o se realiza la prueba del sida). La

utilización de pastillas anticonceptivas también tiene como ventaja que la mujer se hace responsable de la anticoncepción y por tanto se ve reforzada su autonomía.

Tabla 2.3. Principales métodos preventivos (anticonceptivos y de barrera): ventajas e inconvenientes .

MÉTODOS EFECTIVOS PARA EVITAR ETS Y/O EMBARAZOS		
MÉTODO	VENTAJAS	INCONVENIENTES
PRESERVATIVO MASCULINO Y FEMENINO	EVITA CONTAGIO DE E.T.S. EVITA EL EMBARAZO. ECONÓMICO. NO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS NO NECESITA RECETA MÉDICA RETARDA EYACULACIÓN EN LOS PRECOCES	REQUIERE PLANIFICACIÓN.
MÉTODO HORMONAL PÍLDORA ORAL	EVITA EL EMBARAZO REGULA EL CICLO MENSTRUAL NO INTERRUMPE LA RELACIÓN SEXUAL	NO EVITA LAS E.T.S EFECTOS SECUNDARIOS. SUPERVISIÓN MÉDICA. REQUIERE CONSTANCIA
MÉTODO HORMONAL NORPLANT	EVITA EL EMBARAZO CÁPSULA IMPLANTADA EN EL BRAZO CADA SEIS MESES	NO EVITA LAS E.T.S EFECTOS SECUNDARIOS. SUPERVISIÓN MÉDICA COSTE INICIAL CARO
MÉTODO HORMONAL DEPO-PROVERA	EVITA EL EMBARAZO UNA INYECCIÓN CADA TRES MESES	NO EVITA LAS E.T.S EFECTOS SECUNDARIOS. SUPERVISIÓN MÉDICA
DIU	EVITA EL EMBARAZO NO SE TIENE QUE HACER NADA HASTA EL MOMENTO DEL COITO BARATO	NO EVITA LAS E.T.S MOLESTIAS SUPERVISIÓN MÉDICA EFECTOS SECUNDARIOS: SANGRADO, RECHAZO, RIESGO DE INFECCIÓN
DIAFRAGMA	EVITA EL EMBARAZO NO TIENE EFECTOS SECUNDARIOS NO SUPERVISIÓN MÉDICA	NO EVITA LAS E.T.S REQUIERE PLANIFICACIÓN.
CONTRACEPCION HORMONAL DE EMERGENCIA	EVITA EL EMBARAZO	NO EVITA LAS E.T.S NO ES EFICAZ DESPUES DE PASADAS 72 HORAS DEL COITO. SUPERVISIÓN MÉDICA EFECTOS SECUNDARIOS: NAUSEAS, VÓMITOS, TENSIÓN MAMARIA, CEFALEAS, MAREOS, ALTERACIONES DE LA REGLA..
ESTERILIZACIÓN	EVITA EL EMBARAZO NO SE TIENE QUE PREVEER NADA UNA ÚNICA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA. PARA HOMBRES Y MUJERES	NO EVITA LAS E.T.S.
MÉTODOS POCO O NADA EFECTIVOS PARA EVITAR ETS Y/O EMBARAZOS		
MÉTODOS NATURALES	NO EVITA EL EMBARAZO NI LAS E.T.S. ÉS NECESARIA MUCHA PRÁCTICA Y UN GRAN CONOCIMIENTO DEL CICLO MENSTRUAL	
COITUS INTERRUPTUS	NO EVITA EL EMBARAZO NI LAS E.T.S . PUEDE HABER PÉRDIDAS DE LIQUIDO SEMINAL ANTES DE EYACULAR O SE PUEDE CALCULAR DE MANERA ERRÓNEA EL TIEMPO DE LA EYACULACIÓN	
LAVADOS VAGINALES	NO EVITA EL EMBARAZO NI LAS E.T.S	
MONOGAMIA SERIAL	NO EVITA EL EMBARAZO NI LAS E.T.S MANTENER RELACIONES SEXUALES SÓLO CON UNA PERSONA (DE LA QUE SE DESCONOCE SU ESTATUS SEROLÓGICO) SIN UTILIZAR SISTEMÁTICAMENTE PRECAUCIONES EFICACES, AUNQUE PUEDAN HABER EXISTIDO OTRAS PAREJAS ANTES Y PROBABLEMENTE LA PAREJA ACTUAL NO SEA LA DEFINITIVA	

A continuación nos centramos en los únicos métodos altamente efectivos para prevenir al mismo tiempo las E.T.S y los embarazos no deseados: los preservativos masculino y femenino. En el anexo 9 se detallan los otros métodos descritos en la tabla 2.3.

2.3.1. Métodos preventivos eficaces para evitar enfermedades de transmisión sexual (E.T.S) y embarazos.

Sólo los métodos de barrera mecánica, como el preservativo (masculino o femenino) y la abstinencia de toda penetración del pene en la vagina, recto o boca sirven para evitar la transmisión del VIH u otras E.T.S y, al mismo tiempo, el embarazo. Su uso también es efectivo para prevenir el contagio de las infecciones por vía oro-vaginal u oro-anal.

Las barreras mecánicas, cuando su finalidad es la anticoncepción, pretenden impedir que los espermatozoides alcancen el útero, ya sea a través de una funda para el pene, generalmente de látex, (preservativo masculino), o una vaina de poliuretano sostenida por dos anillos que se introduce en la vagina (preservativo femenino). Si lo que pretenden es evitar la transmisión de una E.T.S se basan en el hecho de que el látex es impermeable a las partículas del tamaño de los patógenos que causan dichas enfermedades, incluyendo el VIH. Por lo tanto, proveen un método de barrera altamente efectivo, cuando se usa correctamente (80-95%).

Los preservativos para mujeres han sido estudiados para determinar su eficacia y su efectividad, principalmente para prevenir ETS y para prevenir el embarazo. Estudios de laboratorio y ensayos clínicos han demostrado que el preservativo para mujeres proporciona una barrera efectiva contra organismos incluso más pequeños que los que causan ETS y es, por lo menos, equivalente al preservativo para hombres en la prevención de la gonorrea, tricomoniasis y clamidia. Hasta la fecha, no se ha hecho un ensayo clínico que haya evaluado específicamente la eficacia del preservativo para mujeres en la prevención de la infección por VIH. Sin embargo, basándose en los estudios de prevención de ETS y embarazo, se estima que el preservativo para mujeres es 94%-97% efectivo en la reducción del riesgo de infección por VIH; si se usa correcta y sistemáticamente (American Foundation for AIDS Research, 2005).

Para garantizar un correcto uso del preservativo es importante tener en cuenta los siguientes aspectos (CJAS, 2004; Font, 1994): 1/ Comprar preservativos de calidad, homologados. Cualquier preservativo comprado en farmacia está homologado. Los preservativos de mercadillos ambulantes, tiendas de saldos, etc., no son fiables. 2/ Conservarlos lejos de fuentes de luz y de calor. Evitar guardarlo en la cartera o en la guantera del coche. 3/ No usar preservativos después de su fecha de caducidad. 4/ Ponerlo al principio de iniciar la relación sexual, antes de cualquier penetración. 5/ Colocarlo cuando el pene está en erección, asegurándose de que en la punta del preservativo queda una pequeña bolsa sin aire que servirá para recoger el semen después de la eyaculación 6/ Si se desea utilizar un lubricante adicional, debe elegirse uno con base de agua (por ejemplo glicerina), nunca uno con base de aceite como la vaselina. 7/ Debe retirarse de la vagina antes de perder la erección, con el fin de evitar que se pueda quedar dentro. 8/ Después de utilizarlo debe anudarse y tirarse a la basura, nunca al WC ya que se podría atascar. 9/ El condón es de un solo uso.

Pese a la facilidad de uso del preservativo, muchas personas lo utilizan de manera inadecuada, corriendo un riesgo innecesario (Font, 1994).

La principal ventaja del preservativo según los jóvenes del estudio realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2006) es la accesibilidad. Aunque no olvidemos que algunos jóvenes parecen seguir teniendo ciertos problemas para adquirirlos, en parte por el coste económico que supone y también porque todavía declaran tener “vergüenza” /”corte” a la hora de pedirlo. Una encuesta realizada en el 2003 entre jóvenes de Sevilla (Real Heredia et al., 2003) puso de manifiesto que al 25% de ellos les daba “corte” pedir el preservativo al farmacéutico, siendo más difícil todavía en el caso de la chica que en el del chico (Seoane, 2002).

Otras ventajas de la utilización del preservativo es que éste no tiene efectos secundarios sobre el organismo y no necesita controles médicos para su uso (Font, 1994)

El uso del preservativo masculino presenta algunos frenos asociados a ciertas creencias vinculadas al placer, a la incomodidad de su uso o a otros aspectos como el hecho de que puede interferir en la relación sexual ya que se necesita detenerla para colocarlo (Font, 1994; MSC 2006). Estas limitaciones pueden ser solucionadas introduciendo el preservativo como parte del juego erótico antes de la penetración.

Además, la incomodidad acaba desapareciendo cuando el uso del preservativo se convierte en un hábito y la persona se acostumbra.



Figura 2.3.1. Ilustración de un preservativo masculino sin desenrollar (Fuente: Organon 2005)

En el caso de los contactos oro-vaginales u oro-anales puede utilizarse como barrera un trozo de plástico para alimentos o bien un preservativo cortado en dos a lo largo y colocado en la vulva o en el ano.

2.4. PRINCIPALES INTERVENCIONES PREVENTIVAS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO DURANTE LA ADOLESCENCIA

Existe consenso en considerar que la mejor arma de que disponemos hoy en día contra el VIH /SIDA y los embarazos no deseados es la educación preventiva (Rebull, Reverté, Piñas, Ortí, González y Contreras, 2003).

La mayoría de los programas cuyo objetivo es reducir la prevalencia del VIH y los embarazos entre los jóvenes son complejos y a menudo combinan diferentes acciones tales como (OMS, 2006):

- Educación sexual o educación para la vida en el contexto educativo
- Educación sexual en el contexto educativo a partir del grupo de iguales o consejero
- Intervenciones específicas dirigidas a jóvenes que se encuentran fuera del contexto educativo o son considerados grupos de riesgo
- Promoción del uso del preservativo. Facilitar su accesibilidad.
- Servicios de salud dirigidos exclusivamente a jóvenes.
- Acceso a la prueba de anticuerpos del VIH y a la prueba de embarazo conjuntamente con un asesoramiento individual.
- Acceso al cuidado, apoyo y tratamiento para personas jóvenes infectadas por el sida o embarazadas.

- Intervenciones de los medios de comunicación dirigidos a cambiar valores sociales, normas y conductas.
- Cambios en la legislación.

Estas acciones pueden ser aplicadas a nivel individual (p.e: entrenamiento en habilidades de negociación del preservativo), a nivel familiar (p.e: promoviendo la comunicación padres-hijos sobre temas de sexualidad) y a nivel comunitario (p.e: facilitando el acceso a los jóvenes a servicios de salud sexual; campañas desde los medios de comunicación). Hay que tener en cuenta que muchos de estas acciones ya son en sí mismas intervenciones complejas, que para que sean efectivas pueden requerir un profundo cambio social y conductual entre los que aplican el programa y el grupo diana que los recibe.

En los siguientes apartados nos referiremos en primer lugar a las principales características y objetivos de los programas preventivos. A continuación se presentan las principales intervenciones preventivas y la evidencia existente sobre su efectividad y se analiza su impacto en el cambio de conocimientos, actitudes y conducta.

2.4.1. Principales características y objetivos de los programas preventivos.

Según Hernán, Ramos y Fernández (2001) las características que deben cumplir los programas efectivos para reducir las conductas sexuales de riesgo son:

- Estar centrados en conductas de riesgo conocidas.
- Usar modelos teóricos de cambio conductual reconocidos.
- Utilizar métodos pedagógicos participativos.
- Incluir la clarificación de valores, la resistencia a la presión social y el entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Abordar la percepción de riesgos.
- Dar formación previa a las personas que llevan a cabo el programa.
- Tener una duración suficiente.
- Contar diseños de evaluación experimentales o cuasi-experimentales.

La Organización Mundial de la salud recomienda que los esfuerzos preventivos dirigidos a modificar los comportamientos sexuales de riesgo de los jóvenes,

relacionados con la transmisión del VIH se centren en intervenciones que incluyan: información básica sobre las formas de transmisión del virus, evaluación del riesgo personal, facilidad de acceso a los preservativos y la promoción del empleo de este profiláctico como opción protectora (haciendo un especial énfasis en el desarrollo de habilidades para negociar su uso con las parejas sexuales), junto con la abstinencia, las relaciones monógamas fieles y menor número de parejas sexuales (ONUSIDA,2006).

En la actualidad la mayoría de programas de prevención del SIDA orientados específicamente a los jóvenes, focalizan los consejos preventivos en demorar en lo posible el inicio de las relaciones sexuales coitales y en mantenerse abstinentes -en el sentido de no implicarse en relaciones sexuales con penetración (vaginal, anal u oral)-, y al uso del preservativo en caso de que exista penetración (Barnett y Parkhurst, 2005; Editorial de The Lancet, 2002). Estos programas son conocidos como el enfoque ABC (A: abstinencia [*abstinence*], B: fidelidad [*be faithful*] y C: condones [*condoms*]). Otra orientación preventiva más general es la llamada la orientación CNN (C: condones [*condoms*], N: agujas [*needless*] y N: habilidades de negociación [*negotiation skills*]) (Barnett y Parkhurst, 2005) en la que de nuevo se hace manifiesta la importancia de los aspectos interpersonales en la prevención sexual.

2.4.2. Principales intervenciones preventivas y evidencias sobre su efectividad

2.4.2.1. Educación afectivo – sexual

Tradicionalmente, se ha entendido la educación sexual como sinónimo de educación reproductiva, de manera que los contenidos educativos se limitaban a facilitar conocimientos sobre anatomía, fisiología e higiene sexual. En la actualidad se parte de una concepción más holista de la sexualidad y de la educación sexual que se basa en un modelo que incluye la interacción entre los diferentes aspectos biológicos, psicológicos y sociales.

En Europa se usan diferentes conceptos para referirse a la educación sexual, variando desde la educación de vida en familia(“family life education”) hasta la educación de habilidades para la vida (“life skill education”) y, la educación sexual y de relaciones (“sex and relationships education”). Independientemente del término utilizado la educación afectivo-sexual se utiliza para referirse a la comprensión de la sexualidad, y

su objetivo es equipar a la gente joven no sólo con el conocimiento básico, sino también con las habilidades, actitudes y valores que necesitan para determinar y disfrutar de su sexualidad, tanto psíquica como emocional e individualmente, así como en sus relaciones (Knerr, 2006). En la tabla 2.4.2.1 se resume esta aproximación.

Tabla 2.4.2.1. Objetivos de la educación sexual (adaptado de Knerr, 2006)

La educación sexual debe ayudar a la gente joven a :
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Adquirir información detallada</i> Sobre los derechos sexuales y reproductivos; información para rechazar los mitos; Referencias sobre recursos y servicios.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Desarrollar habilidades para la vida</i> - Habilidades sociales o interpersonales: habilidades de comunicación y negociación/rechazo, confianza, cooperación y empatía. - Habilidades cognitivas: solución de problemas, comprensión de consecuencias, toma de decisiones, pensamiento crítico y auto evaluación.
<ul style="list-style-type: none"> - <i>Promover actitudes positivas y valores,</i> “Mentes abiertas”, respeto por uno mismo y por los otros, autoestima, confort, no juzgar, Sentido de la responsabilidad, actitud positiva hacia su salud sexual y reproductiva.

Así pues, la educación afectivo - sexual cubre un rango amplio de temas relacionados tanto con aspectos psíquicos como biológicos de la sexualidad, y los aspectos emocionales y sociales, reconoce y acepta a todas las personas como seres sexuales y no sólo se preocupa de la prevención de enfermedades o embarazos. Este abordaje debería realizarse de manera conjunta desde el contexto educativo, el medio familiar, el sistema sanitario y la comunidad.

La **escuela** es la institución que de manera regular está en contacto con la mayoría de jóvenes, muchos de ellos todavía no han mantenido relaciones sexuales y otros se inician en las prácticas sexuales aún estando escolarizados. En este sentido, el contexto educativo proporciona la oportunidad de aplicar intervenciones que tengan una elevada cobertura de jóvenes antes o en el momento que inician su actividad sexual, así pues se puede ofrecer la posibilidad de demorar el inicio de sus relaciones o incrementar el uso del preservativo en el caso de que ya se hayan iniciado.

Según Font (2001) los principales objetivos de la educación sexual en el contexto educativo son:

- 1 Facilitar una *información adecuada, variada y correcta*. Adecuada, en la medida que corresponda a las características del momento evolutivo y a las capacidades del receptor; variada, en la medida que no se interese únicamente en los aspectos anatómicos y fisiológicos de la sexualidad, sino también en los psicológicos, antropológicos y históricos; correcta, en la medida que se base en conocimientos científicos actualizados y, por consiguiente, libre de prejuicios.
- 2 Esta información, incluida en el proceso evolutivo, tendría que facilitar la adquisición de *actitudes positivas* respecto a la sexualidad y al propio cuerpo y fomentar la propia autoestima y el respeto y afecto por los demás.
- 3 La información también debe tener como finalidad desmitificar y desculpabilizar la sexualidad, liberando de sentimientos de culpa y de vergüenza y favoreciendo la espontaneidad y la comprensión de la variedad y riqueza de la conducta sexual humana.
- 4 Así mismo, ha de *promover comportamientos saludables* en relación con la sexualidad y preparar para afrontar adecuadamente los problemas vinculados a la experiencia sexual.
- 5 También debería fomentar la responsabilidad, preparando para la toma de decisiones a partir del análisis de las alternativas posibles y de las consecuencias.
- 6 En definitiva, la educación sexual ha de tener como finalidad aumentar o mejorar la capacidad de interrelación con otras personas y generar satisfacción con uno mismo y con los otros.

En España, el papel del sistema educativo en este terreno aparece muy debilitado. La educación afectivo-sexual ha desaparecido prácticamente del contexto educativo y vagamente es contemplada por la LOE. Pero la situación no sólo es preocupante por la caída cuantitativa de estos contenidos sino porque adolece de deficiencias en la orientación dominante, que se reduce a los aspectos de anatomía y biología. Aunque estos conocimientos son imprescindibles para el conocimiento del funcionamiento de

los órganos genitales y el aparato reproductor, resultan insuficientes para ayudar a los y las jóvenes a comprender el mundo afectivo-sexual (MSC, 2006). Sería necesario aplicar, a lo largo de todo el período escolar desde la infancia a la adolescencia, una perspectiva multidisciplinaria que abarque mucho más que los aspectos puramente informativos.

Pese a la clara necesidad de abordar el tema de la sexualidad desde una perspectiva global, la instauración de programas preventivos en los centros educativos orientados a adolescentes en España presenta una serie de limitaciones relacionadas con la ausencia de inversión y de planificación a largo plazo, lo que hace que surjan intervenciones paralelas, de corto aliento y con subvenciones insuficientes. Algunas de las conclusiones que se pueden extraer de algunos de estos programas aplicados en diferentes regiones españolas son (Páez, 1997):

- 1 La mayoría de los programas preventivos se llevan a cabo mediante el voluntariado del profesorado habitual.
- 2 Los programas que se apoyan en el voluntariado de profesores, con apoyo externo bibliográfico, se implantan de forma muy limitada; cubren menos de la mitad de la población propuesta, y se produce un fenómeno de agotamiento y “burnout” de los voluntarios. En algunos casos, éstos carecen de las habilidades pedagógicas y psicológicas necesarias para proporcionar una educación sanitaria eficaz.
- 3 Los programas eficaces se apoyan en personal externo o personal educacional al que se le reconoce institucionalmente su labor y se le remunera. Además, hay en general un apoyo externo a la prevención bajo la forma de personal especializado, tanto en la fase de formación como de seguimiento del programa.
- 4 Los programas son muy heterogéneos y dependen en gran medida de las capacidad organizativa de sus responsables.

En relación a la efectividad de los programas preventivos encontramos que, numerosos estudios constatan que éstos son efectivos para incrementar los conocimientos relacionados con como evitar el contagio del VIH (OMS, 2006b) o prevenir un embarazo no deseado, pero la evidencia no está tan clara cuando se refiere al cambio actitudinal y comportamental, relacionado en muchas ocasiones con la dificultad a la hora de evaluar el impacto de estas intervenciones.

En España se llevan a cabo dos tipos de programas: aquellos que están orientados a transmitir conocimientos y habilidades y los que tienen como objetivo el retraso de las relaciones sexuales y la transmisión de valores.

En relación al primer grupo, es decir, las intervenciones basadas en la información, la comunicación y el desarrollo de competencias personales, han mostrado un alto impacto en la prevención de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes (Hernán et al., 2001). Estas intervenciones tienen como objetivo facilitar que los jóvenes den solución a sus propios problemas, busquen ayuda o aprendan a decir no ante la presión social.

Tras la aplicación de estos programas se aprecia que el nivel de conocimientos sobre el sida mejora de forma importante, se producen algunos cambios en las actitudes y aumenta el uso autoinformado del preservativo. Los programas de prevención del sida y de educación sexual no disminuyen la edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, ni aumenta la actividad sexual entre los adolescentes expuestos a ellos. La amenaza del sida tampoco retarda el inicio de las relaciones sexuales. En general, estos programas reducen las conductas sexuales de riesgo, pero no retrasan el comienzo de la actividad sexual coital (Páez, 1997)

Rebull et al., (2003) realizaron una investigación cuasi experimental con una muestra de 896 alumnos de cuarto de ESO y bachillerato para evaluar el efecto de una intervención preventiva de la infección por VIH. La intervención consistía en un taller en el cual había una primera parte informativa y de discusión y una segunda parte de role-playing donde se simulaba una posible situación referente a la prevención o a la transmisión del VIH. Los resultados obtenidos pusieron de manifiesto que este tipo de intervención es un instrumento útil para aumentar los conocimientos y mejorar actitudes sobre la infección del VIH. Este resultado concuerda con los de otras investigaciones realizadas con poblaciones similares (Castilla, Barrio, de la Fuente y Belza, 1998; Fernández, Molina, Ramírez y Pérez, 2000; Juárez y Díez; 1999).

En relación a los programas de retraso del inicio de las relaciones sexuales y de transmisión de valores los resultados hallados son contradictorios. Por una parte hay estudios (Moatti, 1996; Rudelic- Fernández, 1996) que concluyen que no está claro que demoren efectivamente dicho inicio, ni que disminuyan la frecuencia de conducta sexual entre las personas sexualmente activas. Tampoco parecen incrementar el uso de contraceptivos en la última relación sexual ni aumentan la utilización de métodos

anticonceptivos en los 18 meses siguientes a la intervención. En cambio, un estudio realizado en Estados Unidos sobre salud adolescente y familia, concluye que la caída en la tasa de embarazos de adolescentes de entre 15 y 19 años ocurre debido a una disminución de la actividad sexual de los jóvenes y no al uso de métodos anticonceptivos (*The Heritage Foundation Executive*, 2003).

En el **medio familiar**, la sexualidad es uno de los temas menos hablados. En el mejor de los casos se hace sólo para recomendar el uso del preservativo, sin proporcionar más información y sin tomar un papel más activo y educativo en la vivencia de la sexualidad. De esa manera, se refuerza la importancia de las relaciones coitales, sin abordar otras dimensiones esenciales. Dentro del entorno familiar y, sobre todo, las chicas, reconocen tener más confianza para hablar de estos temas con la madre que con el padre (MSC, 2006). Hay estudios que constatan que la comunicación entre padres e hijos puede ser un importante factor protector, en el sentido de que cuando los padres hablan con sus hijos de manera explícita y clara sobre medidas anticonceptivas y enfermedades de transmisión sexual es más probable que éstos utilicen dichas medidas (Aspy, Vesely, Oman, Rodino, Marshall, McLeroy, 2007).

Respecto al **sistema de salud** no parece ser percibido por las chicas jóvenes y menos aún por los chicos como un espacio accesible para obtener información y consejo sobre salud sexual y reproductiva, dado que en muchas ocasiones los médicos y enfermeras se muestran reticentes a garantizar la intimidad y confidencialidad que los jóvenes necesitan para tratar estos temas (Klein, Allan, Elster, Stevens, Cox, Hedberg y Goodman, 2001). Aunque en algunos casos el personal sanitario colabora con los centros educativos impartiendo charlas sobre estos temas, la orientación suele ser de manera predominante anatómico-biológica. Además, este tipo de actividades puntuales suelen ser insuficientes y de efectividad limitada.

En general se podría decir que existe un abordaje que refuerza más los aspectos negativos que los positivos de la relación afectivo-sexual. Se habla más de prevenir riesgos y de evitar problemas, que de cómo vivir lo afectivo-sexual de un modo más diverso, complejo, responsable y placentero.

Según la encuesta sobre salud y hábitos sexuales (INE, 2004) la gente joven prefiere a los iguales como fuente de información sobre temas referidos a la sexualidad y los métodos anticonceptivos que a la familia o profesionales del ámbito sanitario y

educativo. Las conversaciones con sus iguales no sólo informan sino que transmiten experiencias y permiten compararlas. También prescriben modelos de comportamiento, y transfieren y consolidan creencias, acertadas o erróneas (CIMOP, 2005).

Nuestra impresión es que en **la sociedad actual** la sexualidad ya no es un tema tabú pero sí que muchos aspectos de ésta están censurados moralmente, lo cual provoca que sigan existiendo mitos e informaciones contradictorias al respecto. Determinadas políticas sanitarias, dirigidas por criterios morales sectarios, se posicionan en contra del uso del preservativo sin tener en cuenta los intereses de la población en general. Por ejemplo la financiación prioritaria o exclusiva de los programas preventivos orientados a promover la abstinencia entre los jóvenes en EE.UU. (Editorial The Lancet, 2002). O en nuestro país, las campañas de la iglesia católica en contra del preservativo, asegurando que no protege del sida (Domingo, 2003).

Otro elemento que se incluiría en la educación sexual es la **distribución de material divulgativo y educativo** para jóvenes. Desde las diferentes instituciones gubernamentales cada año se editan y se distribuyen materiales que tienen como objetivo informar al colectivo de jóvenes y adolescentes sobre la infección por VIH, para prevenir su transmisión, sobre la sexualidad y sobre las relaciones afectivas.

Además, con el objetivo de prevenir las prácticas sexuales de riesgo la *Generalitat de Catalunya* (2003b) mantiene los siguientes servicios:

1. Teléfono de información confidencial y gratuita del sida.

Este servicio telefónico (telf. 900 212 222) tiene como objetivo resolver las dudas de las personas que llaman para solicitar información sobre el Sida/VIH y temas relacionados. También ofrece apoyo psicológico y social a las personas afectadas por esta enfermedad, extiende medidas preventivas y promueve actitudes favorables para su aplicación.

2. Consejo asistido.

Este servicio se lleva a cabo en el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat de Barcelona (www.centrejove.org) y en los centros educativos de secundaria que lo soliciten. El objetivo es orientar y aconsejar sobre el problema de la infección con el

VIH, y promover el uso correcto del preservativo en las relaciones sexuales como medida preventiva. A su vez, este servicio facilita la detección voluntaria, confidencial y gratuita de los anticuerpos del VIH y el apoyo social y psicológico en los casos necesarios.

3. Información por Internet sobre sexualidad.

A través de páginas web se pretende atender específicamente a los jóvenes, desde una visión pluridisciplinaria, en todos los temas relacionados con la salud sexual y la educación para la prevención.

Las direcciones para acceder a estas páginas web son:

www.centrejove.org , www.gencat.net/joventut, www.informaciosexual.net

4. Programa Máquina

El programa máquina tiene como objetivo facilitar el acceso al preservativo y promover el uso correcto de este método preventivo. El programa consiste en la comercialización de preservativos a un precio reducido a través de máquinas dispensadoras de preservativos especialmente diseñadas para esta iniciativa y colocadas en lugares donde los jóvenes tienen fácil acceso (por ejemplo: polideportivos, centros cívicos, puntos de información juvenil, etc.).

5. Distribución gratuita de preservativos masculinos y femeninos.

La distribución gratuita de preservativos en unidades de atención a la salud sexual, en las tardes jóvenes en los centros sanitarios, etc. tiene como objetivo ampliar los puntos de distribución de éstos, y compensar el bajo poder adquisitivo de algunos jóvenes.

2.4.2.2. Las campañas de los medios de comunicación

Con el fin de intensificar la participación de los jóvenes en la prevención del VIH/sida, el Consejo de la Juventud de España lanza anualmente una Campaña de prevención realizada por jóvenes y para jóvenes. Dentro del marco de la campaña realizan: carteles, folletos informativos, folletos de promoción de la prueba del VIH, guías de

prevención de la transmisión del VIH para mediadores y mediadoras juveniles, postales, preservativos masculinos, preservativos femeninos, lubricantes y pack vídeo forum de cortometrajes sobre VIH/sida.

Todo el material elaborado es distribuido entre las organizaciones juveniles que a su vez lo integrarán en actividades y acciones de intervención con población joven en prevención de la transmisión del VIH/sida, como talleres, cursos de formación, charlas, mesas redondas, vídeo forum, concursos, representaciones teatrales, etc.

Toda la información relativa a la campaña está disponible en la página web: www.cje.org

En 1998 el Consejo de la Juventud de España firmó el primer convenio de colaboración con el Plan Nacional sobre el Sida, para poner en marcha una campaña de prevención del VIH. El lema de esta primera campaña fue “Aquí tienes una solución redonda para prevenir el SIDA”. Esta campaña se mantuvo dos años más. En el año 2000 se convocó un concurso entre los jóvenes para escoger la nueva campaña, el lema ganador fue “Atracción, Seducción, Provocación, Prevención”, y se mantuvo durante los años 2001 y 2002. La campaña del 2004 se centró en la importancia de la comunicación y la negociación del preservativo en las relaciones sexuales para prevenir las transmisión del VIH y su lema fue “Habla con tu pareja....sobre el uso del preservativo en vuestras relaciones sexuales”. Bajo el lema *El lugar no importa. La luna es imprescindible*, el Consejo de la Juventud de España pretende concienciar a los y las jóvenes de la importancia del uso del preservativo en sus relaciones sexuales (ver anexo 10).

Asimismo el Ministerio de Sanidad y Consumo lanza periódicamente nuevas campañas de prevención de la transmisión del VIH. Los eslóganes utilizados en estas campañas desde 1988 se presentan en la tabla 2.4.2.

Tabla. 2.4.2 Esloganes de las campañas realizadas para prevenir la infección del VIH desde 1988.

2007	Si no tomas precauciones, ¿sabes quién actúa?
2006	Con el Sida no te la juegues. Protégete
2005	Por ti y por todos, úsalo. Detén el sida. No le des la espalda al sida
2004	Por ti y por todos, úsalo. ¡Ahora escúchame!
2003	Vive y deja vivir. A todos nos puede llegar el virus del sida
2002	Vive y deja vivir. Protégete
2001	El sida puede cruzarse en tu camino
2000	El sida puede cruzarse en tu camino
1999	Por ti por mí
1997	Prevenir el sida está en tus manos
1996	Lo peor del sida es el rechazo y la marginación
1995	Todos somos iguales ante el sida
1994	YO TU
1992	El sida te engancha por la droga
1989	Si da No da
1988	El sida te engancha por el pico

Es de destacar el hecho de que las campañas se centran únicamente en la prevención del VIH y no tienen en cuenta la prevención de los embarazos no deseados.

Existe consenso a la hora de afirmar que las campañas de publicidad sobre prevención de VIH / SIDA son una medida esencial para concienciar a los jóvenes sobre la problemática de esta enfermedad y de la necesidad de utilizar el preservativo en las relaciones sexuales con penetración, con el objetivo de evitar la propagación de

la epidemia (Martínez, 2000). Sin embargo, existen pocas investigaciones sobre la influencia de las campañas en la población (Bretón y Buela, 2005).

En un estudio realizado con una muestra de 320 adolescentes, Bretón y Buela (2005) concluyen que las campañas publicitarias españolas preventivas de VIH / SIDA (emitidas durante 1994 y 1999) tienen un impacto a corto plazo sobre variables psicológicas de afecto (aceptación y asimilación del anuncio) y cognición (pensamientos favorables sobre la prevención) en función del tipo de contenido y de las características de las personas que lo reciben (rural o urbana), en cambio el efecto no está tan claro sobre la intención de conducta (predisposición para adoptar medidas preventivas y de salud).

En un estudio realizado por el Consejo de la Juventud de España, con una muestra de 1.693 jóvenes de edades comprendidas entre los 13 y los 29 años, se expone que éstos perciben las campañas desde los medios de comunicación como acciones aisladas que tienen un interés puntual por su salud y que se realizan desde la óptica de los adultos (Hernán et al., 2002). Los jóvenes de este estudio reclaman: (1) Una mayor accesibilidad y calidad de los recursos y la información que les llega (2) Una mayor participación de los jóvenes en la elaboración de las intervenciones.

3

MODELOS GENERALES DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

“El mapa no es el territorio”

Gregory Bateson

En este capítulo se exponen algunos de los modelos teóricos más utilizados en los últimos veinte años para explicar los comportamientos preventivos. **El Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman** (Becker y Maiman, 1975) tiene especialmente en cuenta variables antecedentes de tipo cognitivo y emocional (percepción de riesgo, percepción de la gravedad, preocupación, costes y beneficios percibidos) y suele limitarse a predecir las intenciones de conducta o la probabilidad de que ésta ocurra. Por otra parte, es importante tener en cuenta que en las evaluaciones que hacen los sujetos de su propio riesgo se ha detectado un importante sesgo optimista, como se pone de manifiesto en **El Modelo de Vulnerabilidad percibida de Weinstein** (Weinstein, 1982). **La Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein** (Ajzen y Fishbein, 1980) también propone fundamentalmente variables antecedentes cognitivas, otorgando un papel predominante a las actitudes personales y a las normas percibidas, por lo que se suele considerar un modelo psicosocial. Igualmente es frecuente que sólo se utilice para hacer predicciones de intenciones de conducta (Planes y Gras, 2002; Rodríguez Marín, 1994). **La Teoría del Comportamiento Planeado de Ajzen** (Ajzen, 1991) es una extensión de la teoría de la acción razonada a través de la inclusión de la variable percepción de control sobre la conducta.

Existen otros modelos teóricos de orientación más conductual que, además de tomar en consideración los antecedentes de la conducta, destacan la importancia de las consecuencias de la misma sobre el inicio, el mantenimiento o el abandono de un comportamiento, ya sea de riesgo o de prevención como son **El Modelo de Autocontrol de Rachlin** (Rachlin, 1989) y **El Modelo de prevención de la enfermedad de Bayés**

(Bayés, 1995), en gran medida basado en el modelo anterior. De acuerdo con estos autores, tienen mayor peso sobre la conducta las consecuencias positivas inmediatas, aunque sean de pequeña magnitud, que las posibles consecuencias negativas demoradas de gran magnitud.

Otras de las variables que han mostrado tener una notable influencia en la adopción de comportamientos preventivos son la presión social (real o percibida), norma de los iguales, y el modelado, así lo proponen Bandura y Walters (1979) en **El Modelo Socio-Comportamental**.

3.1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El modelo de creencias de salud fue propuesto y desarrollado inicialmente por un grupo de especialistas en psicología social del Departamento de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que intentaban encontrar la explicación de la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades, (Villamarín, 2003). Posteriormente fue extendido y mejorado con éxito por Maiman y Becker (1974).

El modelo se centra principalmente en variables psicosociales para explicar y predecir comportamientos preventivos de salud, y ha sido empleado con frecuencia en la implantación de programas de prevención y en la promoción de conductas saludables, dentro de las cuales se incluyen los comportamientos de prevención en la conducción de vehículos y los comportamientos sexuales preventivos.

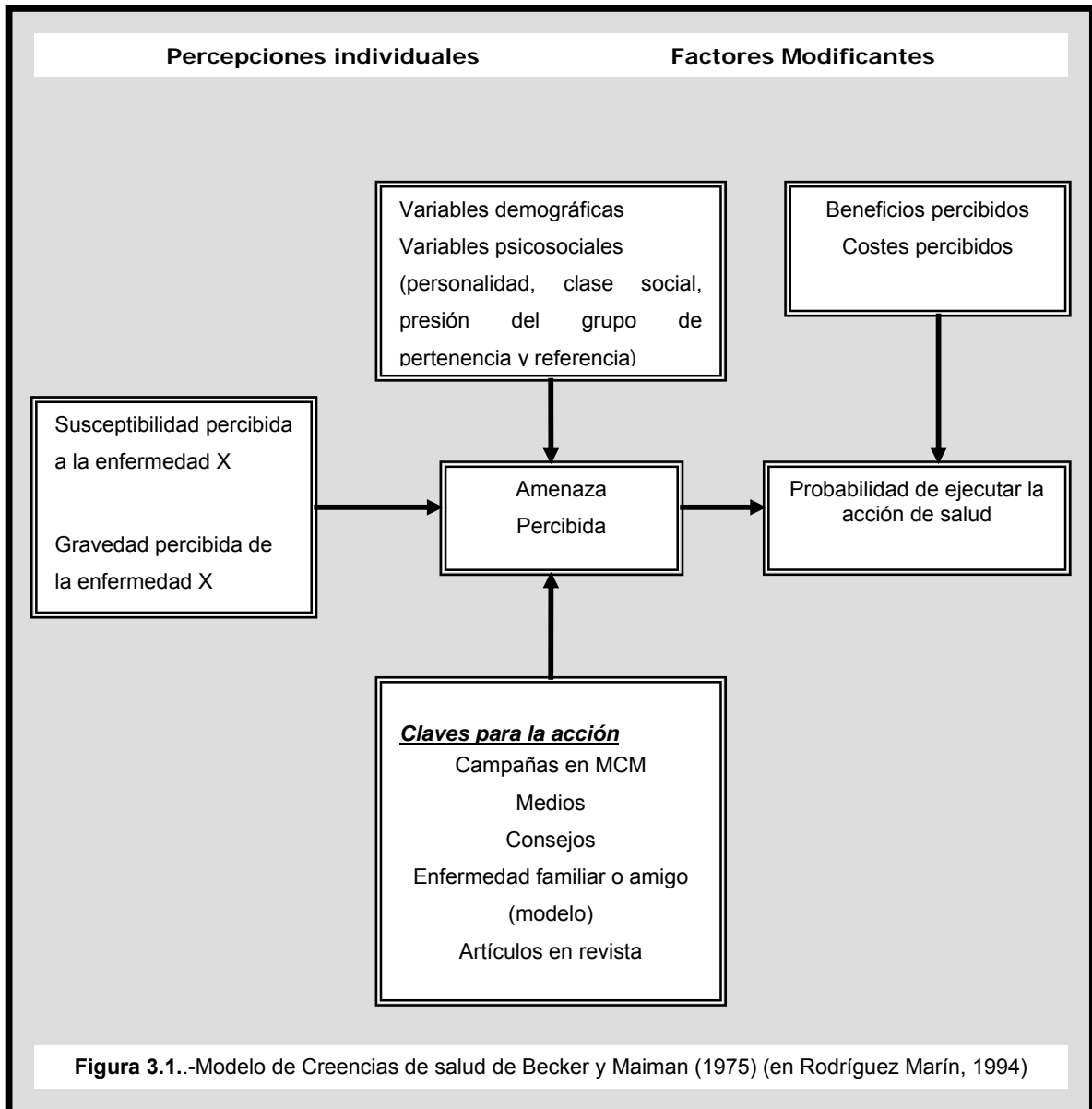
Según este modelo generalmente los sujetos no realizarán conductas preventivas a no ser que tengan unos niveles mínimos de motivación y de información relevantes sobre el mantenimiento de la salud, vean la enfermedad en cuestión como amenazante, se consideren a si mismos como potencialmente vulnerables, estén convencidos de la eficacia de la intervención (expectativas de resultado) y encuentren pocas dificultades en la puesta en práctica de la conducta de salud (expectativas de autoeficacia) (Rosenstock, 1974, c.f. Rodríguez Marín, 1994; Kirscht, 1983).

Becker y Maiman (1975) exponen que la probabilidad de ejecutar una acción de salud (p.e: ponerse el casco, utilizar el preservativo, vacunarse, hacer ejercicio físico...) viene determinada en parte por la **amenaza percibida** que representa para la persona la enfermedad de que se trate. A su vez, la amenaza percibida está en función de: a) la probabilidad percibida por el sujeto de su **susceptibilidad a la enfermedad** concreta; b) sus percepciones de la **gravedad de las consecuencias** de sufrir esa enfermedad y c) las **claves para la acción** que desencadenan la conducta de salud apropiada, que pueden provenir de fuentes internas (p.e: síntomas) o externas (p.e: interacciones interpersonales). Por otra parte, la probabilidad de ejecutar una acción de salud preventiva está determinada por la evaluación que hace la persona de la conducta en términos de **viabilidad y eficacia** (beneficios y costes percibidos). A su vez las motivaciones y percepciones subjetivas acerca de la salud pueden verse afectadas por **variables demográficas, personales, estructurales y sociales** (ver figura 3.1).

La probabilidad de que el sujeto utilice el casco cuando circula en ciclomotor, según este modelo, estaría determinada por su evaluación de los beneficios (por ejemplo: evitar muerte o lesiones graves en caso de accidente o evitar una pérdida económica y de puntos en caso de sanción) y de los costes (por ejemplo: molestia del casco, empeoramiento de la estética) que representa utilizarlo. Además la probabilidad de ponerse el casco dependería de la amenaza percibida de sufrir un accidente de tráfico o de ser sancionado por no utilizarlo, que a la vez estaría determinada por la susceptibilidad percibida por el sujeto de tener dicho accidente de circulación o de ser sancionado y su percepción sobre la magnitud de la gravedad de las consecuencias (lesiones, muerte, cuantía de la sanción económica, etc.) si esto sucede. Todas estas relaciones estarían moduladas por variables demográficas y psicosociales propias de cada persona y por fuentes internas o externas, es decir, las llamadas claves para la acción.

Respecto al segundo comportamiento de riesgo analizado en la presente investigación **la probabilidad de que el sujeto utilice el preservativo** depende de la evaluación de los beneficios potenciales (por ejemplo hacer prácticamente nula la posibilidad de contraer VIH/SIDA por vía sexual), contrarrestados con los costes (por ejemplo la reducción del placer que se busca en un acto sexual). Además la probabilidad de utilizar el preservativo dependerá de la amenaza percibida respecto a contraer una ETS o tener un embarazo no deseado, que a la vez estaría determinada por la susceptibilidad percibida a padecerlo y

por la percepción de la magnitud de la gravedad de las consecuencias si esto sucede. Por último, la realización de esta conducta puede estar determinada por fuentes internas o externas, es decir, las llamadas claves para la acción y por variables demográficas y psicosociales propias de cada persona



En conclusión, el modelo de creencias de salud de Becker y Maiman, sostiene que para que una persona realice un comportamiento preventivo como el uso de casco o del preservativo, se deben producir dos condiciones: primero, el sujeto debe sentirse

personalmente amenazado por la probabilidad de accidente o de enfermedad, debe sentirse personalmente susceptible a sufrir un accidente o enfermedad y ha de creer que el accidente o la enfermedad tienen graves consecuencias, y segundo, debe creer que los beneficios de tomar las acciones preventivas son mayores que las barreras percibidas para la acción preventiva.

Nos gustaría también apuntar aquí que una variable fuertemente relacionada con la percepción de vulnerabilidad es el grado de experiencia previa propia pero también vicaria. En el sentido de que aquellas situaciones con las que no se tiene experiencia previa negativa y /o que se perciben como más controlables son las que presentan menor percepción de vulnerabilidad (Oliveras, Font-Mayolas, Gras y Planes ,1998; Weinstein, 1982).

3.1.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelo de Creencias de Salud.

Algunas investigaciones indican que comportamientos como seguir una dieta, practicar sexo seguro, visitar regularmente al dentista, entre otros, están relacionados con la percepción de susceptibilidad a sufrir problemas de salud, con la creencia de que el problema es grave y con la percepción de que los beneficios del comportamiento preventivo son superiores a los costes (Becker y Rosenstock, 1984).

Soto et al., (1997) examinan el papel del Modelo de Creencias de Salud como herramienta educativa en intervenciones preventivas contra el VIH/SIDA y defienden su utilización en educación para la salud en base a los resultados de los estudios descritos a continuación. En una investigación con población adolescente (Ostrow, 1989) encontró que la creencia respecto a que la tecnología moderna pronto encontrará una cura para el VIH/SIDA influye en la percepción de amenaza de los sujetos, en el sentido de que si algo puede o podrá curarse no supone un grave riesgo y por tanto favorecerá el comportamiento no preventivo. Además, los individuos que realizan comportamientos de riesgo, como el coito sin protección, no se perciben con mayor susceptibilidad de contraer VIH/SIDA que otros que no realizan estas prácticas. Mc Kusick y Coates (1985) exponen que las personas que creen que han estado expuestas al VIH pero que sus

“características especiales” han evitado su contagio, tienen más tendencia a continuar practicando comportamientos de riesgo.

En una investigación realizada por Planes y Moix (1993) con 100 estudiantes universitarios de primer curso de carrera se encontró que la vulnerabilidad percibida no era un buen predictor ni de la preocupación por padecer el sida ni del interés por la prevención. Mientras que la gravedad percibida sí que estaba directamente relacionada con la preocupación y esta última mostraba el mismo tipo de asociación con el interés por la prevención. Otras variables significativamente relacionadas con esta última variable fueron las expectativas de resultado (relación inversa) y las expectativas de autoeficacia (relación directa). En opinión de las autoras “estos datos sugieren la posibilidad de que la creencia en la gravedad actúe directamente sobre la preocupación sin necesidad de que el sujeto reconozca su vulnerabilidad e, incluso, propicia que éste la niegue, por ejemplo, como una forma de afrontar la amenaza.” (Planes y Moix, 1993, pág. 49). Los resultados relativos al papel de las expectativas de resultado observados en este estudio están de acuerdo con lo anteriormente expuesto por Ostrow (1989), ya que una mayor creencia en la eficacia de las medidas preventivas existentes se asocia con un menor interés por la prevención. Cabe decir, que hoy en día el sida ya es considerado en los países desarrollados como una enfermedad crónica, gracias a los tratamientos médicos con fármacos antiretrovirales (Parras, 2000)

Un estudio realizado en España (Paéz, San Juan, Romo y Vergara, 1991) pone de manifiesto que la percepción de que el SIDA es una enfermedad grave es alta. Sin embargo, las personas, en general, consideran que su riesgo de contraer el VIH/SIDA es bajo. En este estudio la relación entre susceptibilidad y conducta preventiva se presentaba a la inversa de la postulada por el Modelo de Creencias de Salud.

Se considera que la percepción de riesgo personal de sufrir un trastorno es equivalente a la percepción de vulnerabilidad y que por lo tanto se relaciona de la misma forma con la percepción de amenaza y con la intención de conducta. Diversos estudios han mostrado las dificultades que tienen los jóvenes para identificar determinados comportamientos y situaciones que entrañan riesgo de contagio con el VIH, como sería el caso de la monogamia serial (Bayés, Pastells y Tuldrà, 1995; Gras et al., 2000; Lameiras y Failde, 1997; Planes et al., 2000).

Otros estudios ponen de manifiesto la importancia del papel de la percepción del coste-beneficio a la hora de realizar comportamientos preventivos. Soto et al., (1997) hallaron que en determinados colectivos, como podrían ser los jóvenes adolescentes, el temor a la presión del grupo puede ser un factor determinante a la hora de no llevar a cabo comportamientos preventivos: el temor a las críticas por no aprovechar la oportunidad de mantener una relación sexual, puede parecer un mayor coste, que el supuesto beneficio de la abstinencia. Del mismo modo la negociación del uso del preservativo, con una pareja estable u ocasional, puede ocasionar situaciones tensas que pueden percibirse como de pérdida más elevada en comparación con el beneficio. En un estudio realizado por Lajunen y Räsänen (2004) sobre el uso del casco cuando se circula en bicicleta, con una muestra de 965 estudiantes de edades comprendidas entre 12 y 19 años encontraron como variables predictoras del uso los costes percibidos (“llevar casco parece estúpido”) y el hecho de que el casco estuviera en un lugar visible para evitar el olvido (claves para la acción).

Otras investigaciones también dan soporte al papel de las claves para la acción. La información sobre salud, en forma de advertencias basadas en el miedo, ha demostrado provocar cambios en las creencias y en los comportamientos de salud en varias áreas, entre ellas, la de la seguridad vial (Sutton, 1982; Sutton y Hallett, 1989). En esta misma línea, las intervenciones educativo/informativas enfocadas a mostrar la rápida evolución de la pandemia del VIH, el lento progreso de los tratamientos y los efectos deteriorantes del SIDA han propiciado comportamientos preventivos, como por ejemplo, reducir el número de compañeros sexuales de ciertos grupos poblacionales (Mc Kusick y Coattes, 1985).

2.2. MODELO DE LA VULNERABILIDAD

Este modelo parte de la idea de que, en general, las personas tienden a creer que sus propios riesgos de enfermar están por debajo de la media cuando se comparan con sus iguales. Weinstein (1987), profundiza en el estudio de la vulnerabilidad percibida y constata la existencia de un sesgo optimista: los sujetos en general suelen creer que sus posibilidades de padecer enfermedades son inferiores a las de sus iguales y tienden a pensar en el momento de evaluar sucesos futuros negativos que “*a mí no me puede pasar*” (McKenna, 1993; Weinstein, 1984). Según este autor los sujetos presentan más

sesgo optimista en aquellos problemas que perciben como controlables y en los que, en el momento actual, aún no han aparecido y por lo tanto creen que ya no pueden aparecer (Weinstein, 1982). En cambio, la experiencia con un problema de salud incrementaría los sentimientos de vulnerabilidad.

La percepción de vulnerabilidad es uno de los principales factores que contempla el Modelo de Creencias de Salud revisado anteriormente y se considera de forma más o menos explícita en otros modelos revisados.

Los resultados de algunos estudios sugieren que hay toda una serie de mecanismos que podrían llevar a los sujetos al optimismo irrealista, estos son: la negación defensiva (se niega el riesgo para evitar la ansiedad), el egocentrismo (pensar en acciones preventivas que hace uno mismo y no pensar en las que hacen los otros), los errores cognitivos (olvidar que los riesgos son igual de probables para mis compañeros), el mantenimiento de la autoestima y las enfermedades con estigma o censura social (Weinstein, 1982).

Este autor halló que los mejores predictores del optimismo irrealista son: 1. La creencia de que si el trastorno aún no se ha presentado, estás libre de él en el futuro, 2. La percepción de que el problema se puede prevenir con la actuación individual 3. La percepción de que el riesgo es poco frecuente. Asimismo los mejores predictores del interés por la prevención serían la gravedad percibida, la percepción de probabilidad de ocurrencia y la preocupación por sufrir el problema (ésta sería el resultado de sentimientos de vulnerabilidad) y, equivale a la percepción de amenaza del Modelo de Creencias de Salud. Según Weinstein el optimismo irrealista tendría un efecto negativo en la determinación de poner en práctica medidas preventivas: aprendemos que muchos trastornos *“a nosotros no nos pasan”*.

La experiencia previa con el problema tiene un fuerte impacto en el reconocimiento del riesgo, ya que: 1. La experiencia personal con un trastorno está relacionada con que este trastorno se vea como más frecuente y con que la persona se vea como futura víctima potencial, 2. La experiencia con una enfermedad hace que la persona piense más a menudo y con mayor claridad en el riesgo de sufrirla, 3. La experiencia en algunos trastornos influirá en la percepción de la gravedad y la controlabilidad de la enfermedad, 4. Las personas toman precauciones que creen adecuadas para un determinado

problema de salud según la experiencia que hayan tenido en el pasado (Weinstein, 1989). Se ha comprobado que la falta de experiencia previa correlaciona significativamente con una baja percepción de vulnerabilidad, tanto en estudiantes universitarios (Weinstein, 1982), como en la población en general (Weinstein, 1987).

El concepto de experiencia previa incluye no sólo la experiencia personal, sino también la experiencia vicaria (Bandura, 1987), especialmente en aquellos trastornos graves o poco frecuentes, en los que cabe esperar que la persona no tenga experiencia propia, pero que puede conocer a través de las personas afectadas, especialmente amigos o familiares (Oliveras, Font-Mayolas, Gras, y Planes, 1998).

Así pues, **según este modelo, con relación al uso del casco o a ser sancionado por no utilizarlo** podríamos decir que si las personas se creen menos vulnerables que los demás iguales a sufrir un accidente de tráfico, o a ser sancionados por no llevarlo actuarán prescindiendo de cualquier tipo de conducta preventiva y por lo tanto no lo utilizarán. Además, este sesgo tendrá más posibilidades de aparecer si la persona percibe la situación de conducción como controlable y cree estar fuera de riesgo porque nunca ha tenido un accidente de circulación (falta de experiencia con el problema) o si los modelos de las campañas no son los adecuados.

Lo mismo ocurrirá con el preservativo, es decir, si los sujetos no se creen vulnerables a sufrir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual, o un embarazo no deseado, no llevarán a cabo el comportamiento preventivo necesario. Además, esta actuación no preventiva tendrá más posibilidades de realizarse si el sujeto percibe la situación como controlable o no tiene experiencia previa con el problema. Cabe decir, que el embarazo no deseado suele percibirse como un problema más probable que el contagio con una enfermedad de transmisión sexual (Consejo de la juventud de España, 2002).

3.2.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del Modelo de la vulnerabilidad percibida.

En diferentes estudios se pone de manifiesto que los sujetos presentan un optimismo irrealista sobre sus propias habilidades de conducción y sobre sus capacidades para

evitar accidentes de tráfico, es decir, la mayoría de los sujetos consideran que conducen mejor y que sus posibilidades de verse implicados en un accidente de circulación son inferiores a la de los otros conductores semejantes (Gras, 1994; Svenson, 1981 en Weinstein, Grubb y Vautier, 1986).

El sesgo optimista por lo que se refiere a la posibilidad de tener un accidente ha sido constatado en diferentes investigaciones (Cunill, 2001; Gras, 1994). Pero sentirse vulnerable a sufrir un accidente tampoco garantiza la realización de una conducta preventiva, al menos los resultados de estudios previos son contradictorios: Chliaoutakis, et al. (2000) hallaron que esta variable no predecía el uso del cinturón, sin embargo los resultados de otras investigaciones sugieren que sí es una variable predictiva de su uso (Cunill, Gras, Planes, Oliveras y Sullman, 2004; Shin, Hong y Waldron, 1999).

Cuando una conducta se percibe como arriesgada, tendemos a realizarla con menos frecuencia. En este sentido, los resultados de diversos estudios sobre el uso del teléfono móvil al conducir, indican que lo utilizan más aquellos conductores que perciben esa conducta como poco arriesgada (Gras, Cunill, Sullman, Planes, Aymerich y Font-Mayolas, 2007; Sullman y Baas, 2004).

De acuerdo con el resultado de algunos estudios, la experiencia previa con los accidentes predice la percepción de vulnerabilidad a sufrirlos: aquellas personas que han sufrido un accidente o conocen a alguien que lo ha sufrido, se sienten más vulnerables que los que no han tenido ese tipo de experiencia (Astrom, Moshiro, Hemed, Heuch i Kvale, 2006; Oliveras et al., 1998). Pero haber tenido o no experiencia propia o de familiares y amigos con un accidente de tráfico no predice la realización de un comportamiento preventivo como puede ser el uso del casco. En otras palabras, si hemos sufrido un accidente o alguien próximo a nosotros lo ha sufrido, tendemos a sentirnos más vulnerables a tener un nuevo accidente, pero tal situación a veces no es suficiente para que nuestro comportamiento en las vías públicas sea más prudente.

En la misma línea se encuentran los resultados del estudio realizado por Lin et al., (2003) con una muestra de 4729 estudiantes. Según estos autores el hecho de tener experiencia con accidentes de tráfico no disminuye la práctica de conductas arriesgadas en la conducción de motocicletas en jóvenes, es más, afirman que aquellos que tienen

experiencia en accidentalidad mantienen niveles más elevados de riesgo. Lajunen y Räsänen (2004) también concluyen que haber sufrido un accidente en bicicleta o tener un amigo que lo haya tenido no influye en la decisión de utilizar el casco.

En una investigación realizada por Planes en 1994 con dos muestras de estudiantes universitarios con diferentes grados de interés por la prevención del sida (estudiantes de primer curso de carrera y estudiantes universitarios matriculados en un curso sobre prevención de la transmisión del VIH) se comprobó que el sesgo optimista estaba significativamente presente en ambos colectivos.

Planes y Moix (1993) en un estudio mencionado anteriormente en el apartado 3.1.1. comprobaron que la experiencia previa con un trastorno (ya fuera propia o vicaria) se relacionaba directa y significativamente con la percepción de vulnerabilidad en los siguientes problemas de salud: cáncer, sobrepeso, drogadicción y bronquitis; mientras que no se observó asociación de ningún tipo en el caso de úlcera gastrointestinal y del sida.

Oliveras et al., (1998) continuaron investigando los mismos tipos de trastornos examinados por Planes y Moix (1993) y añadieron los accidentes de tráfico. Emplearon una muestra de estudiantes de la Universidad de Girona (n= 452). La principal finalidad de su trabajo fue valorar el impacto diferencial de la experiencia propia y la vicaria y la suma de ambos tipos sobre la percepción de vulnerabilidad. Los resultados mostraron, como era de esperar, que la variable que mejor predecía la vulnerabilidad percibida respecto a los trastornos examinados era la experiencia propia con el trastorno. En el caso de enfermedades graves, donde la experiencia propia era poco probable, la experiencia vicaria (indistintamente de amigos o familiares) podía incrementar el sentimiento de vulnerabilidad. Si existía experiencia propia, la vicaria resultaba irrelevante y no añadía poder predictivo a la primera. En todos los casos la percepción de vulnerabilidad era superior entre los que tenían algún tipo de experiencia previa (propia y/o vicaria) y aquellos que no la tenían, aunque no llegaran a la significación en el caso de los accidentes, cáncer de pulmón, consumo de drogas y sida. Cuando la experiencia previa se determinaba no de forma dicotómica sino acumulativa (sin experiencia, poca experiencia, bastante experiencia y mucha experiencia) aparecían diferencias significativas en la percepción de vulnerabilidad y en el sentido esperado (mayor impacto

de la experiencia propia) en todos los trastornos excepto el sida. Ocurría algo parecido si se empleaban las categorías: sin experiencia, con experiencia vicaria y con experiencia propia: en todos los trastornos la diferencias en la percepción de vulnerabilidad era significativa excepto en cáncer de pulmón y sida (trastornos en los que ningún estudiante informó tener experiencia propia).

Planes et al., (2000) en una investigación realizada en 1999 con 225 estudiantes de primer curso de carrera de la UdG pusieron de manifiesto que: (1) el 10,8% de las opciones de conducta informadas por los jóvenes suponían riesgo de transmisión sexual del VIH, (2) los porcentajes de jóvenes que elegían comportamientos arriesgados con una pareja estable cuadruplicaban a los que optaban por ese tipo de comportamiento con una pareja ocasional y (3) el porcentaje de varones partidarios de continuar una relación sexual de riesgo duplicaba al de mujeres. Además se encontraron diferencias estadísticamente significativas en razón del género en la intención de conducta con una pareja ocasional: más hombres que mujeres eran partidarios de continuar la relación con algún tipo de penetración. No ocurría lo mismo en el caso de la pareja afectiva reciente. Cuando se les preguntaba si habían pensado en el sida a la hora de dar sus respuesta los resultados fueron los siguientes: si se trata de una pareja ocasional, más de las dos terceras partes de la muestra de universitarios han pensado en ese riesgo, mientras que los resultados se invierten en el caso de una pareja afectiva reciente: tan sólo algo más de la tercera parte de los jóvenes se ha planteado la posible transmisión del VIH.

En la misma línea, el estudio realizado por Espadale et al., (2005) con estudiantes de secundaria, encuentran que se incrementa notablemente los porcentajes de mujeres que optan por un comportamiento de riesgo con una pareja ocasional, si se comparan con las respuestas de los universitarios en el estudio de 1999 (Planes et al., 2000). Además no se observan diferencias significativas entre el comportamiento de chicos y chicas; ambos colectivos están dispuestos por igual a realizar comportamientos que entrañan riesgo de transmisión del VIH y por otra parte aumenta la proporción de los que no han pensado en el sida al elegir la conducta que llevarían a cabo con una pareja ocasional (el incremento es especialmente notable en el grupo de mujeres). Una pregunta complementaria del cuestionario nos permite conocer que el 93,6% de las mujeres que no pensó en el sida, al

informar sobre su intención de conducta, sí que tuvieron presente la posibilidad de un embarazo.

En el trabajo con muestra universitaria (Planes et al., 2000), también se analizó la relación entre el **riesgo percibido** (alto o bajo) y el **riesgo asumido** (las conductas que llevarían a cabo si se dieran cuenta de que no tienen preservativos en una fase muy avanzada de intimidad) para aquellos estudiantes que habían pensado en el sida al responder sobre su intención de conducta. En la situación de pareja ocasional, el 3% de los varones que perciben un riesgo alto de transmisión sexual del VIH estarían dispuestos a realizar conductas arriesgadas, lo que sólo ocurre en el 0,5% de las mujeres que comunicaron la misma evaluación. Los resultados se invierten en la situación de monogamia serial ya que no hay ningún chico dispuesto a realizar comportamientos de riesgo si perciben alto el peligro de transmisión sexual del VIH, mientras que sí los llevarían a cabo el 3% de las mujeres que tienen idéntica percepción.

En un estudio realizado por Weisse, Nessenholz, Fleco y Baum (1990) sobre la prevención del sida, la mitad de los jóvenes comunicó que no se preocupaban por su salud y que, además no consideraban que fuera responsabilidad suya. Autoras como Planes (1994) sugieren que ese tipo de creencias vendrían explicadas por el hecho de que en general los adolescentes todavía no han tenido tiempo de vivir suficientes experiencias y no han podido aprender la relación entre su conducta y su estado de salud. En esta línea Cochran y Peplau (1988 en Cochran y Mays 1989) observaron que las mujeres que habían modificado su conducta sexual tenían más experiencia sexual que las que no lo habían hecho; siendo el mejor predictor, haber recibido con anterioridad un tratamiento para una E.T.S. En relación a los embarazos adolescentes, algunas chicas consideran que son demasiado jóvenes para quedarse embarazadas, mientras que otras piensan que tener un bebé es algo emocionante o que puede ayudarlas a solucionar todos sus problemas (Fisher, 1990).

En una investigación realizada por Weinstein y Klein (1995) se plantean varias intervenciones para reducir el sesgo optimista. En cuatro grupos aplicaron los siguientes programas respectivamente: aproximación educativa, evitación de ansiedad, mantenimiento de la autoestima y generación de factores personales de riesgo. En todos

los casos aparece sesgo optimista. Destacan el hecho de que cuando los sujetos se comparan con personas de alto riesgo, se suele incrementar el sesgo. Por lo tanto aquellas campañas de salud que ponen énfasis en mostrar imágenes de accidentes de circulación muy graves debidos a conductas muy imprudentes pueden estar empeorando los sesgos que se pretenden reducir. Según estos autores este fenómeno podría producirse por el hecho de que las personas construyen estereotipos negativos o prototipos del “tipo de persona” que experimenta un problema de salud.

3.3. TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA

Los antecedentes de la Teoría de la Acción Razonada se remontan a 1862, cuando algunos psicólogos comenzaron a desarrollar modelos para relacionar las actitudes y el comportamiento. En la década de los 50, Fishbein y otros psicólogos sociales, se dedicaron al estudio del comportamiento humano y de los factores que mueven al individuo a la acción. Dichos estudios dieron lugar años más tarde a la formulación de un modelo predictivo de las intenciones de conducta conocido como *Teoría de la acción razonada* (Ajzen y Fishben, 1980).

Esta teoría parte del supuesto de que las personas generalmente toman decisiones bastante racionales y para ello hacen uso sistemático de la información de que disponen antes de realizar el comportamiento (Ajzen y Fishbein, 1980). Al elaborar este modelo, los autores pretendían analizar y comprender la relación entre creencias, actitudes, intenciones y comportamientos de los individuos (ver figura 3.3).

La intención de realizar una conducta de salud estaría determinada por un factor personal y por la influencia social. El factor personal es la **actitud** hacia la conducta (positiva o negativa) que está determinada por la creencia sobre los resultados de la conducta y la valoración de estos resultados. Las creencias que subyacen bajo la actitud de una persona hacia la conducta reciben el nombre de **creencias conductuales** (Ajzen y Fishbein, 1980, c.f. Rodríguez Marín, 1994). La influencia social hace referencia a la **norma subjetiva**, es decir, la creencia de una persona sobre lo que otras personas o grupos específicos piensan que ella debería hacer o no. Estas creencias se denominan **creencias normativas**. Pero no es suficiente conocer estas creencias para predecir si el

sujeto realizará una conducta o no: hay que tener también en cuenta la **motivación** para cumplir con esos referentes.

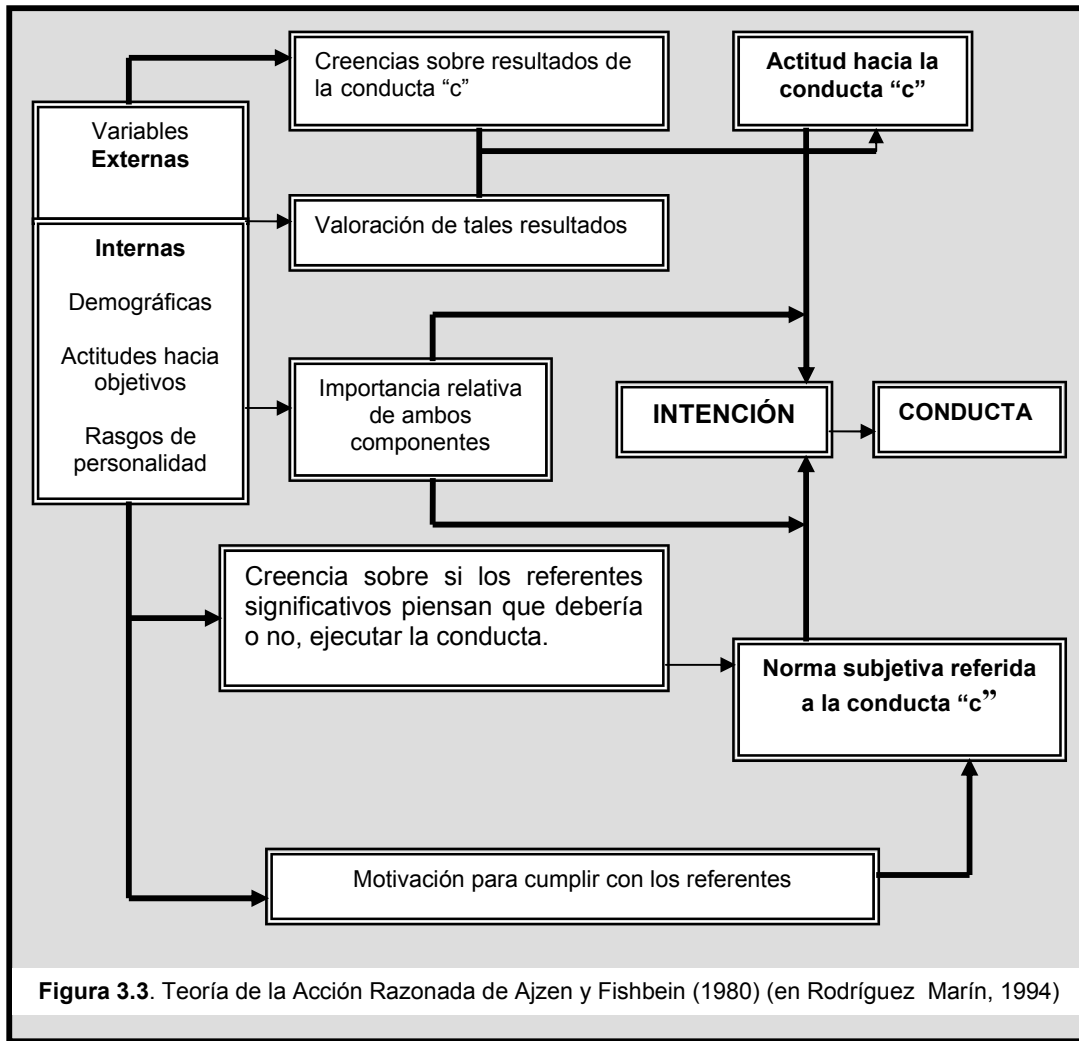


Figura 3.3. Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980) (en Rodríguez Marín, 1994)

Según este modelo, la intención de realizar (o no realizar) una conducta es el determinante inmediato de la misma, es decir, que si no se presentan acontecimientos imprevistos o se trata de un comportamiento en el que interviene otra persona (por ejemplo las relaciones sexuales), se actuará generalmente de acuerdo con la intención. A su vez la intención estaría determinada por las creencias conductuales y las normativas.

De acuerdo con esta teoría, cada uno de los factores tiene un peso relativo que hay que determinar en cada caso, y que variará mucho de un individuo a otro y de una conducta a otra. En algunos casos serán más importantes las actitudes que las normas subjetivas, o viceversa, por lo que terminan recomendando que si deseamos cambiar una intención, deberemos reforzar tanto la actitud hacia esa intención como las normas subjetivas que la sustentan.

Ajzen y Fishbein (1980) sugieren que en caso de conflicto entre actitudes y normas percibidas estas últimas suelen tener una mayor influencia en la elección de una conducta.

Para entender la importancia de las actitudes y de las normas subjetivas hacia la conducta hay que tener en cuenta cuatro aspectos (Ajzen y Fishbein 1980):

La importancia: se debe determinar los resultados y los referentes que son importantes en la elección de una conducta. Por ejemplo, puede ser que para un adolescente sea más importante “quedar bien” delante del grupo de amigos, aún reconociendo las repercusiones que puede tener para su salud no utilizar el casco cuando conduce su ciclomotor. Si este es el caso, el adolescente es probable que no utilice el casco debido a los comentarios de los amigos. Del mismo modo, si un joven cree que la mayoría de sus amigos están en contra del uso del preservativo y no quiere arriesgarse a ser ridiculizado por utilizarlo, es probable que tenga sexo sin protección, a pesar de los riesgos que tal acción representa. Aunque en el caso del uso del preservativo, es probable que la presión social más importante sea la de la pareja, al tratarse de una conducta íntima y que sus amigos o amigas no tienen por qué conocer.

Seleccionar la creencias-objetivo: Si se elige adecuadamente la creencia podremos cambiar las actitudes de las personas, y por lo tanto su intención de realizar la conducta. En los ejemplos anteriores, habría que intervenir para cambiar su forma de ver la relación con los amigos y potenciar su responsabilidad respecto a su salud y la de los otros, reforzando por supuesto sus creencias positivas hacia el uso del casco / del preservativo, ya que en principio el miedo a quedar mal con el grupo tiene más peso en la conducta que las actitudes.

Determinaciones múltiples: Considerando que una persona puede tener diferentes creencias, el cambio en solamente algunas de ellas puede no ser suficiente para producir un cambio en la actitud y en la intención de conducta. Por ejemplo, si un adolescente cree que el uso del casco no es eficaz para evitar lesiones en caso de accidente y además cree que es molesto, el cambio en una de estas dos creencias puede no ser suficiente para que llegue a utilizarlo. Lo mismo ocurriría si respecto a la utilización del preservativo, el joven cree por ejemplo que no es eficaz y que además reduce el placer: el cambio de una sola de estas creencias puede no provocar un cambio en la conducta dado que todavía hay una creencia en contra.

La regla de la correspondencia: Si una intención corresponde a una conducta, también las creencias deben corresponder a tal intención, de modo que para cambiar la intención habría que cambiar igualmente las creencias que han de sustentar esa intención. Por ejemplo, para cambiar la intención de una adolescente de prevenir un embarazo no deseado sería necesario cambiar sus creencias sobre los resultados del uso del preservativo y sus creencias sobre lo que piensan sus referentes importantes respecto a que ella se quede embarazada. En el caso de intentar cambiar la intención de un adolescente de prevenir lesiones graves en caso de accidente sería necesario cambiar su creencia sobre los resultados del uso del casco y sus creencias sobre lo que piensan sus referentes importantes en relación a que él sufra lesiones graves en caso de accidente de ciclomotor.

En resumen, según este modelo que **una persona tenga la intención de utilizar el casco o el preservativo** dependerá de cuáles sean sus creencias sobre los resultados de su uso (p.e: si cree o no en su eficacia; si cree o no que su uso es molesto) y la valoración que haga de ellos (si cree que un embarazo no deseado es un grave contratiempo o aún siéndolo considera que también tiene aspectos positivos) y de las creencias sobre lo que opinan sus familiares y amigos sobre que él use casco cuando circula en ciclomotor o utilice preservativo cuando mantenga relaciones sexuales.

3.3.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva de la teoría de la acción razonada.

Estudios anteriores (Corby, Schneider y Weltski 1996 en Ardouin, Bastos, Gayó, y Jarpa 2001) basados en este modelo sostienen que es la percepción social de la norma (lo que la persona cree que los otros esperan que él o ella haga) y su motivación para cumplir con estos referentes lo que determina la intención de conducta.

Fuentes (2005) en una investigación sobre el uso del casco en adolescentes conductores de ciclomotor gerundenses encontró que el empleo de esta medida preventiva estaba estrechamente relacionado con la creencia de que sus amigos lo utilizaban. Y en el caso de los acompañantes también estaba relacionado con la creencia del uso que hacían sus familiares. Resultados similares se hallaron en relación al uso del cinturón de seguridad tanto en conductores y pasajeros adultos (Cunill, et al., 2000: Cunill, et al., 2004) como en adolescentes (Cunill, Gras, Sullman y Planes, 2005).

En lo que se refiere a las expectativas de resultado sobre el uso del casco, según un estudio de la Dirección General de Tráfico (2003) en motocicletas y ciclomotores, la mayoría de los usuarios del mismo (un 61,7% de los conductores y un 52,5% de los pasajeros) informan que lo llevan porque creen que es eficaz para prevenir lesiones. Aún así, parece ser que según datos aportados en diferentes estudios la creencia en la efectividad de esta medida preventiva es independiente del uso del casco, es decir, la mayoría de adolescentes (usuarios o no) coinciden en creer que el casco es una medida efectiva para prevenir lesiones graves o la muerte, en caso de accidente (Fuentes, 2005), lo mismo que sucede con el cinturón de seguridad (Cunill, 2001) y eso no conduce a un mayor uso.

En el caso específico del uso del preservativo, y especialmente en jóvenes de mayor edad la intención puede estar influenciada en gran medida por las normas de la pareja (Smith y Stasson, 2000).

Díaz - Looving y Aragón (1995), en un estudio realizado para conocer el papel de las creencias, las actitudes, las normas subjetivas y la intención conductual en el uso del preservativo, encontraron que, con parejas ocasionales, la importancia de las creencias y

actitudes personales se incrementa, mientras que el caso de parejas estables se vuelven más importantes la norma subjetiva y la motivación por complacer.

Ardouin et al., (2001), han comprobado en una muestra de 104 mujeres estudiantes universitarias, que la variable de mayor peso para la predicción de la intención de petición de uso del preservativo es la norma subjetiva. La motivación para cumplir con los referentes (grupo de pares) mostró también una relación significativa con la intención conductual, aunque en menor grado.

Planes y Gras (2002) en un estudio con 84 estudiantes universitarios de primer curso de carrera encontraron que las creencias en la aceptación del uso del preservativo por parte del amigo/a más cercanos eran las únicas variables que se relacionaban significativamente con el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual. Estas autoras no hallaron relación entre el uso de esta medida preventiva y variables tales como la creencia en la aceptación de la pareja actual o de otras parejas, las expectativas de resultado y de autoeficacia y el nivel de conocimientos percibidos.

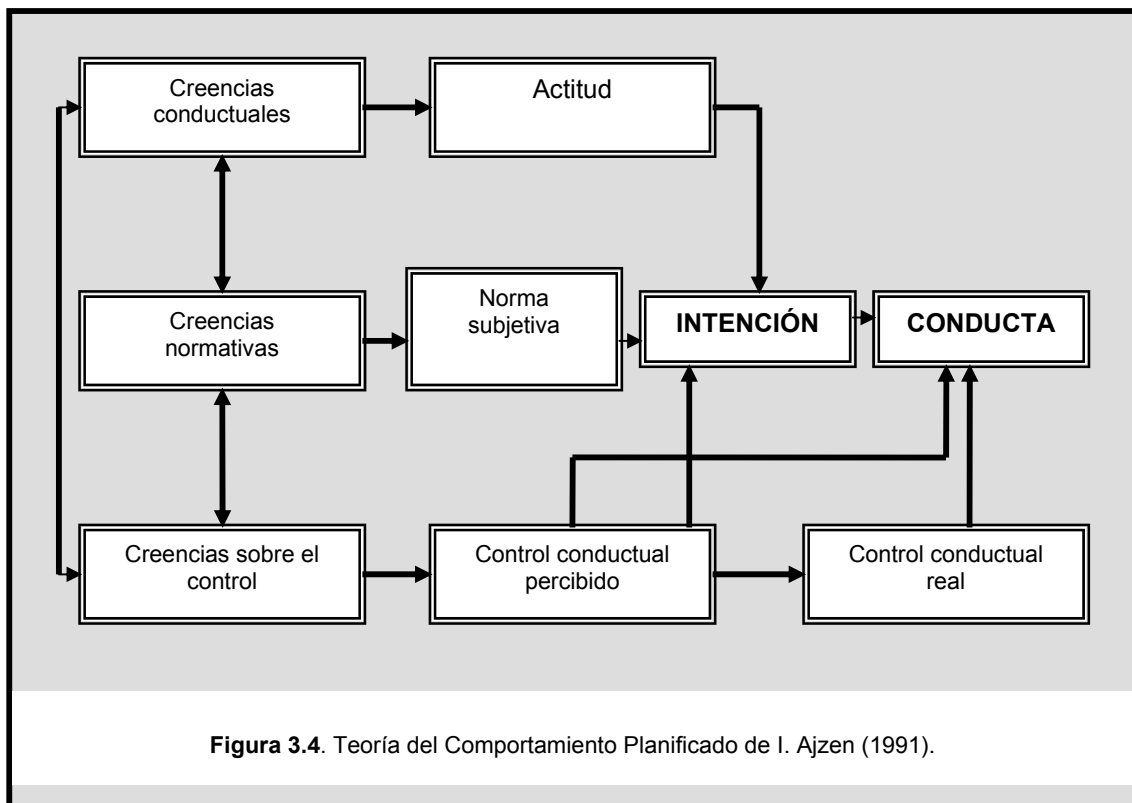
Cassamo (2004) en una muestra de 333 estudiantes mozambiqueSES de secundaria sexualmente activos comprobó que los jóvenes que informaban haber utilizado el preservativo en su última relación sexual creían en mayor medida que este método preventivo era aceptado por la pareja actual y por otras parejas que aquellos que no lo hicieron. En relación a las diferencias inter-género los chicos creen en mayor medida que las chicas que el preservativo es aceptado por su madre y por la pareja actual. En cambio ellas creen en mayor medida que ellos que el preservativo es aceptado por el amigo/a más próximo.

Relacionado con la norma subjetiva Mizuno, Myllyluoma, Kennedy y Seals (2000) en un estudio realizado sobre el uso del preservativo en población adolescente encontraron que las chicas adolescentes piden con mayor probabilidad el uso del condón, si creen que su grupo de pares y otras personas significativas también lo solicitan (percepción de conducta normativa). En los chicos adolescentes el mayor efecto como predictor del uso del preservativo lo tiene la percepción de la presión normativa, es decir, lo que los otros significativos (p.e: amigos) piensan acerca de esa conducta y su motivación para cumplir con ellos.

3.4. TEORÍA DEL COMPORTAMIENTO PLANEADO

Este modelo (ver figura 3.4) es una extensión de la teoría de la acción razonada de Ajzen y Fishbein (1980).

Ajzen (1991) plantea que para poder predecir conductas, intenciones o ambas es necesario incluir el **control conductual percibido** sobre el comportamiento. Una medida del control real del individuo sobre la conducta sería deseable, pero difícil de obtener, por lo que se utiliza la evaluación del control conductual percibido como una aproximación al control sobre la misma (Ardouin et al., 2001). En otras palabras, que la persona piense que es capaz o no de realizar una acción específica es visto como un determinante, juntamente con las actitudes y la norma subjetiva hacia ella, de algunas intenciones y conductas específicas.



El control conductual percibido, a diferencia de la norma subjetiva y la actitud hacia el comportamiento, tendría una relación directa con la conducta real y con la intención conductual, lo que no ocurriría con las otras dos variables, que sólo presentan una relación directa con ésta última (Ajzen, 1991).

En la teoría del comportamiento planeado **la conducta** está determinada por el **control conductual real**, las **percepciones de control conductual** y las **intenciones**.

El **control conductual real** nos indica hasta qué punto una persona tiene las habilidades, los recursos y otros prerrequisitos necesarios para realizar un comportamiento determinado. La realización de una conducta no depende únicamente de una intención favorable sino también de un nivel suficiente de control comportamental.

El **control conductual percibido** hace referencia a las percepciones que las personas tienen de sus capacidades de realizar una conducta. Sería equivalente a las expectativas de autoeficacia de Bandura (Ajzen, 1991). Éste a su vez está determinado por las **creencias de control**, es decir, las creencias sobre la presencia de factores que pueden facilitar o impedir la realización de la conducta.

La **intención** de llevar a cabo una conducta, es considerada como inmediatamente anterior al comportamiento. Y hace referencia a la representación de la voluntad personal para realizar una conducta determinada. La intención está basada en la actitud hacia la conducta, en la norma subjetiva y en el control comportamental percibido.

La **actitud hacia la conducta** hace referencia a la valoración positiva o negativa que el sujeto realiza de un comportamiento determinado. Ésta viene determinada por las **creencias conductuales**, es decir, con la probabilidad subjetiva de que el comportamiento produzca un resultado dado. Ajzen matiza que aunque una persona pueda tener muchas creencias comportamentales con respecto a algunos comportamientos, sólo un número relativamente pequeño están accesibles en un determinado momento, asumiéndose que tales creencias accesibles, en combinación con valores subjetivos de los resultados esperados, determinan la actitud predominante hacia el comportamiento.

La **norma subjetiva** se refiere a la presión social percibida para realizar o no la conducta. Ésta está determinada por las **creencias normativas** accesibles concernientes a las expectativas de personas o grupos de referencia, tales como: familiares y amigos/as y por la motivación personal para cumplir con los diferentes referentes.

Así pues, según este modelo una persona utilizará el preservativo o el casco si:

1. Tiene las habilidades necesarias para usarlo y así lo percibe. Y además tiene la creencia de que no hay ningún factor que pueda impedir su utilización (por ejemplo que la compra del preservativo sea accesible o tenga a su disposición un casco).
2. La valoración de su uso es positiva (por ejemplo evita la transmisión del VIH o un embarazo no deseado / evita lesiones graves en caso de accidente).
3. Percibe que sus referentes (por ejemplo sus amigos/as, pareja, familiares) están a favor del uso del preservativo / del casco y está motivado para seguir sus indicaciones.

3.4.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva de la teoría del comportamiento planeado.

Parker, Manstead, Stradling, Reason y Baxter (1992), en un estudio con 881 conductores intentan predecir la intención de infringir las normas de circulación (conducir bajo los efectos del alcohol, realizar adelantamientos peligrosos, conducir con exceso de velocidad, etc) en función de la actitud hacia la conducta, la norma subjetiva y la creencia de autocontrol (p.e: si tengo que conducir no beberé). A partir de la presentación de 4 situaciones donde se infringe la normativa de circulación, los participantes debían imaginarse en ese escenario y debían pensar sobre alguna posible razón para estar cometiendo esa infracción y si habría alguien que aprobaría o desaprobaría su conducta. Los resultados de su investigación ponen de manifiesto que los conductores más jóvenes perciben una mayor aprobación por parte de su grupo de iguales en relación a infringir las normas de circulación, que los conductores de más edad. Pero no se encontraron diferencias en función de la edad en lo referente al control percibido en relación a conducir

bajo los efectos del alcohol. Respecto a las diferencias halladas en función el género, los hombres ven de manera menos negativa las infracciones que las mujeres. Las diferencias en la creencia normativa indican que los hombres sienten menos presión por las normas en cuanto a conducir bajo los efectos del alcohol que las mujeres. En cuanto a la creencia de control, las mujeres expresan más control sobre conducir ebrio y exceder los límites de velocidad que los hombres.

Planes y colaboradores han puesto de manifiesto en diferentes ocasiones que las personas pueden tener conocimientos correctos sobre los comportamientos preventivos frente al sida y su eficacia, pero cuando se apela a su memoria sin la ayuda de un listado que permita el reconocimiento, recuerdan tan sólo algunos y no siempre los más eficaces (Espadale, Planes y Gras, 2005; Planes y Gras, 2002; Planes et al., 2004).

3.5. MODELO DE AUTOCONTROL

Los orígenes del modelo de autocontrol de Rachlin (1979, 1989) se hallan en el análisis experimental de la conducta (Skinner, 1977).

Rachlin (1979; 1989) intenta explicar las conductas de prevención y de riesgo como conductas de elección a partir del análisis funcional del comportamiento. Según este autor las elecciones se diferencian en función de si son **simétricas** o **asimétricas**. Las primeras son aquellas en las que sólo difiere un aspecto sencillo de una conducta (por ejemplo el lugar donde se realiza) como puede ser conducir por vía urbana o por autovía, en cambio, las segundas implican generalmente conductas que son diferentes, como puede ser escoger entre ponerse el casco o no, lo mismo podemos decir de tener relaciones sexuales con preservativo o sin él.

Basándose en la ley de igualdad de Herrnstein (1961, en Rachlin, 1979), Rachlin indica que cuando existen dos posibles respuestas, la tasa correspondiente a cada una de ellas es proporcional a la tasa de reforzamiento recibido.

Además considera que para entender la conducta de elección hay que tener presente la **probabilidad** de ocurrencia de las consecuencias de la conducta. Desde su visión conductual plantea que la conducta está guiada por las relaciones entre los estímulos discriminativos, la conducta de elección y los resultados, en definitiva, por lo que llama una probabilidad objetiva, en contraposición a la probabilidad subjetiva (representación interna de la probabilidad objetiva) propuesta por los teóricos cognitivistas.

Rachlin, Logue, Gibbson y Frankel (1986) relacionan los conceptos de **magnitud** y **demora** mediante una ecuación matemática. Rachlin (1989) considera, al igual que Skinner, que “la relación fundamental entre un operante y un reforzador o castigo, es la contigüidad temporal”. Se observa que a medida que aumenta la demora el valor otorgado por el sujeto al reforzador o castigo se aproxima a 0, es decir, que el efecto de la demora es una función inversa del intervalo de tiempo transcurrido entre la realización de la conducta y la aparición del reforzador. Este autor representa el valor de las alternativas de comportamiento (V) mediante la siguiente ecuación:

$$V = K \frac{A^{S_A}}{(1 + D)^{S_D}} R^{S_R}$$

Donde K es una constante individual, A es la magnitud del reforzamiento o castigo, D representa el tiempo, R la tasa de reforzamiento o castigo y S_A , S_D y S_R la sensibilidad a la magnitud, a la demora y al reforzador respectivamente.

Así pues, el valor subjetivo de una consecuencia positiva se incrementa según crece su magnitud y disminuye conforme aumenta la demora.

Rachlin (1989) presta también una atención especial en sus estudios al concepto de **autocontrol**. Utiliza este término para describir decisiones entre alternativas cuyas consecuencias aparecen en tiempos diferentes: ahora vs más tarde. Los sujetos muestran autocontrol cuando prefieren recompensas grandes en el futuro en lugar de pequeñas

recompensas en el presente, o cuando evitan mayor dolor en el futuro en vez de menor dolor en el presente. En cambio, cuando sucede lo contrario el autor habla de elección impulsiva. Según este modelo los comportamientos preventivos (con consecuencias positivas pero a largo plazo) podrían verse interferidos por los comportamientos de riesgo con consecuencias reforzantes inmediatas.

Utilizar el casco, según este modelo, representaría mostrar autocontrol ya que la persona prefiere un castigo pequeño seguro e inmediato (por ejemplo, la molestia) a un castigo mayor, demorado y sólo probable (la muerte o lesiones graves en caso de accidente o ser sancionado en caso de control policial). Además, al utilizar el casco el sujeto generalmente no recibe ninguna recompensa inmediata extrínseca, aunque éste puede auto-reforzarse por ser un buen cumplidor de las leyes, o por ser una persona responsable, lo que se podría traducir en un aumento de la autoestima (recompensa intrínseca). En el caso de no utilizar el casco el sujeto puede evitar de manera inmediata sentir una molestia y además en determinados casos puede recibir recompensas tales como la aprobación social del grupo de iguales.

En el caso del uso del preservativo sucedería algo similar, es decir, representaría mostrar autocontrol ya que el sujeto opta por un castigo pequeño seguro e inmediato (por ejemplo, tener menos sensibilidad) a un castigo mayor, demorado y sólo probable (la posibilidad de sufrir un embarazo no deseado o de contagiarse con una E.T.S). Además, al utilizar el preservativo el sujeto en ocasiones no recibe ninguna recompensa inmediata extrínseca como sería la aprobación de la pareja, aunque éste puede auto-reforzarse por ser una persona responsable, lo que se podría traducir en un aumento de la autoestima (recompensa intrínseca). También puede percibir otras recompensas intrínsecas como evitar la preocupación sobre un posible embarazo o infección. En el caso de no utilizar el preservativo el sujeto puede eliminar de manera inmediata sentir una molestia y además en determinados casos puede recibir recompensas tales como la aprobación social del grupo de amigos (si se lo cuenta) o la pareja.

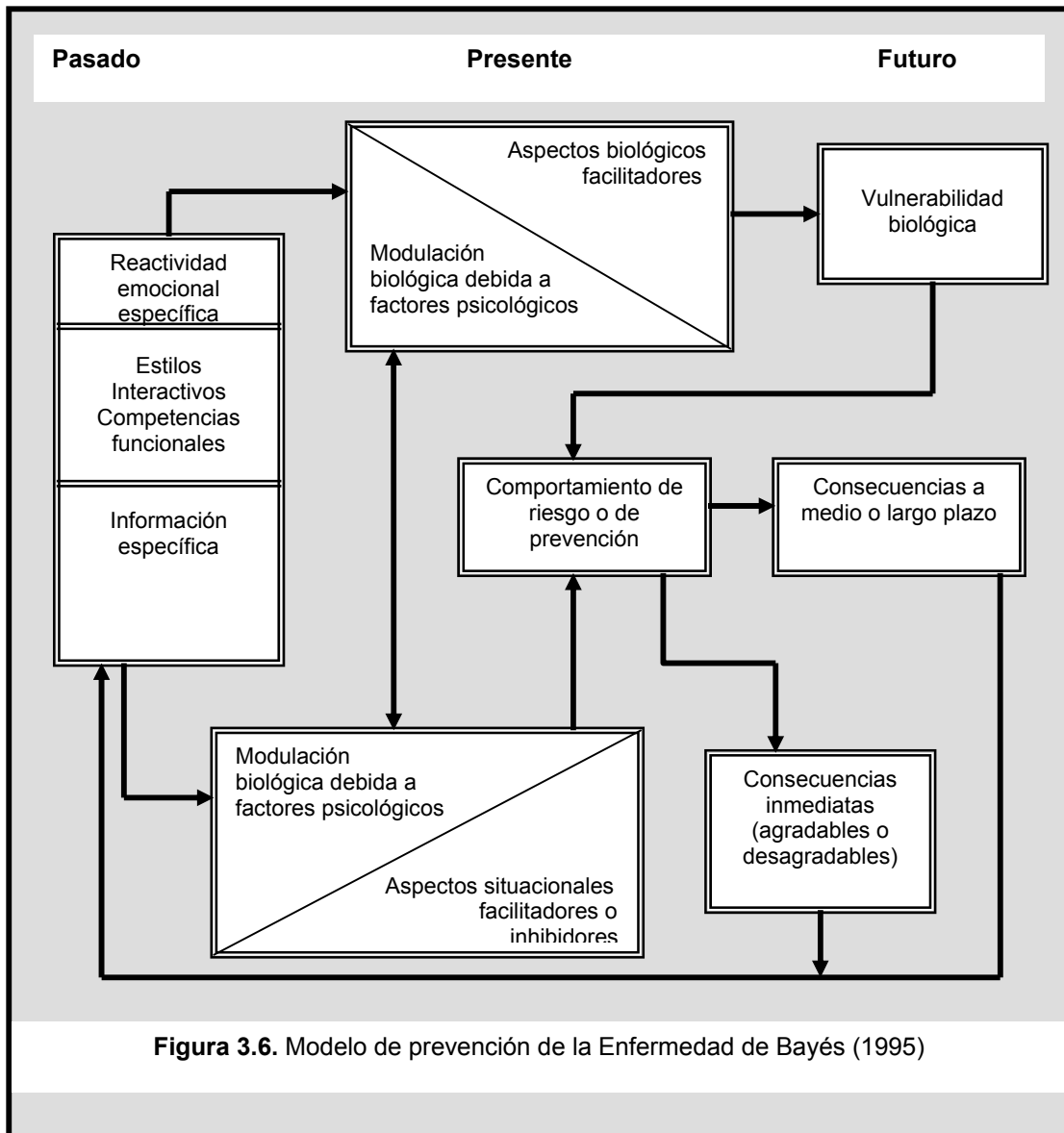
Cabe destacar que, según Rachlin (1989), lo más importante en el autocontrol no son los aspectos espaciales del mismo (dentro o fuera del organismo) defendidos por los psicólogos cognitivistas sino la dimensión temporal del proceso (obtener refuerzo ahora o más tarde).

Los resultados de estudios previos están explicados en el apartado siguiente en el Modelo de prevención de la enfermedad.

3.6. MODELO DE PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Bayés (1995) expone que las personas aunque posean la información sobre los riesgos para su salud y conozcan la manera de evitarlos, en muchas ocasiones no ponen en práctica los comportamientos preventivos. Este autor propone un modelo multifactorial e interactivo de prevención de la enfermedad en el cual se enfatizan los aspectos temporales de los elementos que lo componen, al igual que en el modelo de Rachlin en el que parcialmente se basa. Es un modelo psico-social y dinámico, de forma que los resultados inmediatos (consecuencias positivas o negativas) y a largo plazo pasan a ser continuamente historia y a influir en todo el proceso por retroalimentación, es decir, las consecuencias experimentadas tras la realización de una conducta pasan a ser los antecedentes de la misma en el futuro. El modelo, cuyo esquema se presenta en la figura 3.6 se compone de tres fases, pasado, presente, futuro.

El pasado incluye factores históricos predisponentes susceptibles de influir en cada nueva situación interactiva concreta. Estos factores son: a) Estilos interactivos (manera idiosincrática con la que el sujeto reacciona delante de situaciones que son funcionalmente similares); b) Competencias funcionales (habilidades y estrategias de afrontamiento que posee el sujeto); c) Información específica (objetivo- contingencial y normativo-cultural) y d) Reactividad emocional específica (delante de personas, estímulos, pautas temporales y características situacionales establecidas por condicionamientos asociativos y programas de refuerzo y cadenas interactivas a lo largo de cada historia personal) (Bayés, 1995).



El presente comprende los factores que forman parte, momentáneamente, de una interacción de prevención o riesgo. Éstos incluyen: a) aspectos situacionales (que facilitan o inhiben una interacción según los riesgos implicados y recursos disponibles); b) modulación psicológica (debida a las condiciones biológicas vigentes en la interacción); c) modulación biológica (como consecuencia de las condiciones psicológicas del momento de la interacción que conducirán a una mayor o menor vulnerabilidad biológica del individuo a la enfermedad) y d) la práctica del comportamiento de riesgo o de prevención, con especial referencia a sus consecuencias inmediatas, las cuáles son percibidas por el sujeto a lo largo de un continuo de sensaciones "agradables/desagradables" (Bayés,

1995). La modulación psicológica debida a las condiciones biológicas tiene interés en el caso que nos ocupa. Bajo los efectos del alcohol o de otras drogas psicoactivas son más probables y están bien documentados, los comportamientos de riesgo tanto de tipo sexual como vial (Planes, 1994)

Finalmente, en el futuro, como resultado conjunto del grado de vulnerabilidad y de los comportamientos de prevención o de riesgo, se rompe, restablece o mantiene el nivel de equilibrio psicobiológico existente, lo cual se traduce en manifestaciones de salud o de enfermedad.

A partir de un análisis funcional de la conducta, este autor pone especial énfasis en el estudio de las **consecuencias del comportamiento**. De acuerdo con su modelo, las consecuencias que poseen un carácter inmediato y que se asocian a comportamientos de riesgo o de prevención poseen gran importancia en el mantenimiento o cambio de los mismos. Los comportamientos de riesgo suelen estar seguidos de forma inmediata por consecuencias seguras placenteras, normalmente intensas y de corta duración (por ejemplo, conducir a gran velocidad puede comportar un ahorro de tiempo o una sensación gratificante: mostrar habilidad, potencia etc). En cambio, las consecuencias negativas de la conducta de riesgo suelen ser sólo probables o a largo plazo. En el caso de los comportamientos preventivos (por ejemplo utilizar el casco o el preservativo) las consecuencias negativas suelen ser seguras y a corto plazo (molestias que ocasionan su uso) y por el contrario las positivas son sólo probables o a medio o largo plazo en el caso del comportamiento vial (evitar lesiones graves o muerte en caso de accidente). Aunque cabe destacar que usar el casco con certeza evita la sanción de tráfico por no llevarlo. En el caso del comportamiento sexual preventivo, el uso correcto de un preservativo en buen estado protege de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos y se puede tener la certeza de su eficacia en un tiempo cada vez más corto por medio de las modernas pruebas diagnósticas. Otras razones que no favorecen la implantación de comportamientos preventivos es que no existe garantía de que el estado actual de salud se derive directamente de su práctica.

En este sentido, ante dos conductas incompatibles (ponerse/ no ponerse el casco; usar/ no usar el preservativo) donde cada una de ellas tiene consecuencias que varían en demora y en magnitud, muchas personas eligen aquella que no les produce pequeñas

consecuencias aversivas a corto plazo, aunque la magnitud de dichas consecuencias pueda ser muy elevada a medio o largo plazo. La demora de las consecuencias negativas cuando no se emplea el casco no tiene porque ser a largo plazo, simplemente pueden aparecer al cabo de horas o minutos, aunque la probabilidad sea baja. De acuerdo con este modelo la demora tiene un mayor peso que la magnitud en la elección de conductas (Bayés, 1992).

Además de las consecuencias intrínsecas, se deben tener en cuenta las consecuencias sociales extrínsecas asociadas a la conducta. En este sentido, el comportamiento social aprobatorio o desaprobatorio de las personas del entorno por lo que respecta al uso del casco o del preservativo puede ser de gran relevancia a la hora de elegir entre usarlos o no. Por otra parte, basándose en Bandura (1986; en Bayés, 1992) (ver apartado 4.7) el modelo de Bayés tiene en cuenta el efecto del aprendizaje por observación en la adquisición y mantenimiento de conductas de riesgo y prevención sobre todo el efecto de líderes y compañeros del mismo grupo.

3.6.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del modelo de prevención de la enfermedad de Bayés.

En varios estudios se pone de manifiesto que una de las variables que predicen mejor la no utilización de elementos de seguridad durante la conducción es una consecuencia inmediata negativa, concretamente la incomodidad que supone para algunos usuarios de automóvil utilizar el cinturón de seguridad (Cunill et al., 2004; Cunill, et al., 2005) o la molestia que representa llevar casco para los usuarios de ciclomotores (Fuentes, 2005).

En relación al papel de la influencia social en la predicción del comportamiento vial encontramos diferentes estudios que darían apoyo al modelo de Bayés (Cunill et al., 2000; Turrisi, Jaccard, Nelly y O'Malle, 1993) y que refuerzan la idea de utilizar referentes importantes para los adolescentes (como deportistas, miembros de grupos musicales, etc.) en las campañas publicitarias.

Planes (1994) en su estudio de revisión sobre la prevención de comportamientos de riesgo en los adolescentes plantea que la mayoría de personas consideran que los preservativos interfieren en la relación sexual, disminuyendo el placer. Esta autora

concluye que sería necesario hacer que los adolescentes sexualmente activos utilizaran el preservativo de forma continuada de manera que dejaran de percibir las molestias que inicialmente les pueda ocasionar, en definitiva que hubiera una habituación al preservativo.

En un estudio observacional realizado por Cunill (2001) con una muestra de 100 usuarios de los estacionamientos de la universidad de Girona se encontró una estrecha relación entre el uso del cinturón de seguridad por ciudad que hace el conductor y el que cree que hacen sus amigos y familiares. El comportamiento aprobatorio o desaprobatorio de las personas que rodean al sujeto puede adquirir gran relevancia, tanto para la ejecución presente de una práctica preventiva o de riesgo como para la formación y consolidación de unos hábitos o estilos de vida capaces de persistir en el futuro. Como dice Bayés (1995) los comportamientos de riesgo pueden cambiar si dentro del grupo de pertenencia de un sujeto, la consecuencia social que acompaña o sigue al comportamiento eficaz de prevención es de aprobación y normalidad social y, no de rechazo.

Los resultados del estudio de Doherty, Andrey y MacGregor (1998) indican que la tasa de accidentes de jóvenes conductores canadienses (16 a 19 años) se duplica cuando van acompañados de un pasajero de su edad y se triplica cuando los pasajeros son dos o más. La evidencia sugiere que mientras la presencia de los padres o de otras personas adultas daría lugar a una conducción más prudente, la de los amigos se relacionaría con comportamientos más arriesgados (Arnett, Offer y Fine, 1997).

En la misma línea, Simons-Morton, Lerner y Singer (2005), en un estudio observacional, hallaron que los adolescentes estadounidenses realizaban conductas más arriesgadas (conducían a más velocidad y hacían adelantamientos más peligrosos) que los adultos particularmente si iban acompañados de un adolescente del sexo masculino. En cambio si la acompañante era una chica la conducción era más prudente y similar a la de los que no llevaban acompañante.

La explicación que se suele dar a estos hallazgos se basa en la influencia social del grupo de iguales en la realización de conductas de riesgo, tales como conducir a gran velocidad, o bajo los efectos el alcohol u otras drogas o no utilizar el cinturón de seguridad (Arnett, et al., 1997; Doherty, et al., 1998; Simmons-Morton, et al., 2005).

Por lo que se refiere a la importancia de las consecuencias inmediatas en comparación con las consecuencias demoradas, la evidencia empírica repetidamente apoya esa hipótesis. Los resultados de estudios realizados con jóvenes españoles (Cunill, et al. 2004; 2005), griegos (Chliaoutakis, et al., 2000) y norteamericanos (Letho y James, 1997), sugieren que una de las variables que diferencia a los usuarios del cinturón de los que no lo usan es la incomodidad: los que consideran que este dispositivo es incómodo lo utilizan menos que aquellos a quienes no les resulta molesto. Lo mismo sucede con el uso del casco de los adolescentes motoristas (Fuentes, 2005). Igualmente, la incomodidad es uno de las principales motivos por los cuales no utilizan el cinturón de seguridad: una tercera parte de los conductores que no lo usan, indican que es por esta razón (Block, 2001). Se pone de manifiesto, una vez más, que prevalece una consecuencia inmediata negativa de relativamente poca importancia, por encima de una consecuencia negativa realmente grave como pueden ser las posibles lesiones sufridas si se tiene un accidente y no se lleva puesto el cinturón.

Si no estamos convencidos de que la conducta que realizamos es eficaz es muy probable que ni siquiera nos planteemos su realización. ¿Nos pondremos el casco si no estamos convencidos de que puede amortiguar la gravedad de las lesiones en caso de accidente? Casi seguro que no. Pero una elevada expectativa de resultados no garantiza que se realice la conducta: la creencia en la efectividad del uso casco, no predice su utilización: tanto los usuarios como los no usuarios consideran que son medidas preventivas altamente efectivas para evitar lesiones graves en caso de accidente (Cunill, 2001; Fuentes, 2005), pero no todos lo usan. Estos resultados sugieren que, por lo que se refiere al uso del casco, no se trata de un problema de información tal y como indica Bayés (1995), la información es condición necesaria pero no suficiente; son otros factores los que determinan que se realice o no la conducta.

3.7. MODELO SOCIO-COMPORTAMENTAL

La Teoría del Aprendizaje Social formulada por Bandura y Walters (1979) parte del enfoque del aprendizaje operante (la conducta es función de las consecuencias que produce) y pone especial énfasis en el papel de los contextos sociales en la adquisición del comportamiento: la *imitación* y el *refuerzo social* son fundamentales para la adquisición de nuevas conductas.

Bandura (1987) expone que la mayor parte de los comportamientos los aprendemos a partir del **modelado**, es decir, observando las consecuencias que tienen las conductas de los demás. A partir de estos datos formamos las reglas de conducta y esta información codificada nos sirve como guía para la acción en el futuro. La mayoría del aprendizaje social se realiza a partir de la observación de ejecuciones reales de los demás y de las consecuencias que tales acciones les comportan, esto permite a la persona ahorrarse costos y sufrimientos ocasionados por esfuerzos erróneos.

La imitación es “la tendencia de una persona a reproducir las acciones, actitudes o respuestas emocionales que presentan los modelos de la vida real o los simbólicos” (Bandura y Walters 1979). Los modelos simbólicos pueden presentarse mediante instrucciones orales o escritas, plásticamente o todo combinado. Hoy por hoy, los medios audiovisuales de masas ejercen una gran influencia en las pautas de conducta social. Así pues, la imitación juega un papel importante en la adquisición de la conducta desviada y de la adaptada.

En niños y adolescentes el aprendizaje por imitación de modelos sociales es de especial relevancia. Sus modelos suelen ser los padres, hermanos y familiares próximos, los maestros, los amigos y hasta los cantantes, deportistas y otros personajes “famosos” que les sirven de referente.

Según Bandura (1987) la observación de la conducta de determinados modelos tiene básicamente tres efectos:

1. El observador puede adquirir respuestas nuevas que no existían previamente en su repertorio. Para lograrlo el modelo debe exhibir las respuestas deseadas y el observador ha de reproducirlas de forma sustancialmente idéntica.
2. La observación de modelos puede fortalecer o debilitar las respuestas inhibidas. Estos efectos inhibitorios o desinhibitorios aparecen en estudios en los que las respuestas elicitadas existen ya en el repertorio del sujeto.
3. La observación de un modelo provoca en el observador respuestas de emulación aprendidas previamente pero que no se llevaban a la práctica, simplemente porque la

percepción de actos de un determinado tipo sirve como “disparador” de respuestas de la misma clase.

La imitación depende de la valoración de las consecuencias de la respuesta del modelo. Estas consecuencias pueden ser específicas de la conducta observada, como cuando los actos del modelo reciben una recompensa o un castigo inmediatos. Aunque a veces el modelo no recibe recompensas en presencia del observador: la conducta de aquél se verá influida por la de éste si sabe que durante su vida ha acumulado gratificaciones o generalmente ha sido castigado. Es bien conocido el experimento realizado por Bandura y Ross (1936; cf. Bandura y Walters, 1979) con dos grupos de niños. Uno de los grupos observaban la conducta de un modelo agresivo que era recompensado y el otro grupo observaba a uno que era castigado. Los miembros del primer grupo mostraron más tarde mayor agresividad. En las entrevistas posteriores se vio como los niños de la situación del modelo recompensado expresaban desaprobación hacia esa conducta pero aún así la imitaban. Esto demostraría que las consecuencias de la actuación del modelo predominaban sobre el propio sistema de valores de los observadores. En cambio los niños que observaron al modelo castigado no reprodujeron su conducta y además la desaprobaron como modelo a imitar. En estudios posteriores (Berger, 1962 ;cf Bandura y Walters, 1979) también se observó como las respuestas de miedo se podían adquirir mediante la imitación aunque el observador no recibiera ningún castigo.

Las características de los observadores, que son el resultado de sus historias de refuerzo, también determinan hasta qué punto tendrán tendencia a imitar una conducta. Tanto las características estables (edad, sexo...) como los estados emocionales pasajeros del observador (estrés, uso de drogas..) pueden hacer que se vuelva más o menos influenciado. Según Bandura las personas que han recibido insuficientes recompensas y a las que se les ha reforzado antes por mostrar respuestas de imitación son más propensas a imitar modelos de éxito. También aquellos observadores que se identifican con alguna característica del modelo tienden a copiar otras clases de respuesta de éste en mayor grado que aquellos que se consideran diferentes. Cuanto más parecido es el modelo (edad, sexo, etc.), más prestigio o atractivo tiene, o más lazos afectivos nos unen a él más probable es la imitación.

Este autor también destaca el papel de las **expectativas de resultado y de autoeficacia** en el inicio y el mantenimiento de la conducta. Los sujetos que tienen elevadas expectativas de eficacia (confían en la bondad de los resultados de la conducta de protección) y que también tienen unas expectativas de autoeficacia altas (confían en su capacidad para llevar a cabo la conducta preventiva de forma correcta) tienen mayores probabilidades de realizar dichos comportamientos (Bandura, 1987; Planes 1994;1995; Weisse et al., 1990).

Algunos autores ponen de manifiesto la relación existente entre la autoeficacia percibida y la influencia social. Las expectativas de autoeficacia en relación a diferentes conductas preventivas de lesiones graves (en el caso del uso del casco) y de la transmisión del VIH o embarazo no deseado (en el caso del preservativo) estarían relacionadas con la influencia social en el sentido de que la autoeficacia percibida se refiere a la creencia que tiene un individuo respecto a su capacidad para ejercer control sobre su motivación, su conducta y su entorno social (Bandura, 1990; Planes y Gras, 2002). Según Planes y Gras (2002) la relación entre influencia social y expectativas de auto eficacia tiene, probablemente un carácter bidireccional: la persona se siente capaz de ejercer control en su entorno social en función del nivel de éxito obtenido en su experiencia previa con dicho entorno. Si las personas con las que el sujeto se relaciona se muestran favorables a la realización de determinadas conductas preventivas, probablemente el sujeto percibirá mayores niveles de autoeficacia que si se encuentra en un entorno menos favorable u hostil.

3.7.1. Estudios previos sobre la capacidad predictiva del socio-comportamental.

El papel de la imitación y el modelado en el uso del cinturón de seguridad ha sido constatado por diferentes investigadores. Chiliaoutakis et al., (2000) encontraron que una de las variables que mejor predice una elevada frecuencia de uso del cinturón de seguridad en jóvenes conductores griegos de 18 a 24 años, era la imitación del comportamiento de otras personas (familiares, amigos u otros modelos). Shin et al., (1999) en un estudio con estudiantes norteamericanos de 15 a 20 años, hallaron que el mejor predictor del uso autoinformado del cinturón por parte de estos jóvenes era la frecuencia de uso por parte de los padres cuando era niños y en la actualidad. El uso del

cinturón por parte de los amigos también resultó un buen predictor del uso de este sistema de seguridad pasiva por los jóvenes. En estudios con adolescentes de 14 a 16 años en España se han hallado resultados similares, tanto por lo que se refiere al uso del cinturón de seguridad (Cunill, et al., 2004; Cunill, et al., 2005), como del casco (Fuentes, 2005).

Los resultados de estudios observacionales también refuerzan la hipótesis de la importancia del modelado y la influencia social en los comportamientos preventivos. Letho y James (1997) observaron en población general estadounidense, que las pautas comportamentales referidas al uso del cinturón de seguridad eran parecidas en los conductores y en sus acompañantes, es decir, la mayoría de los conductores coincidían con sus acompañantes en el uso o no uso del cinturón. Los mismos resultados se hallaron observando el uso del cinturón en jóvenes universitarios catalanes (Cunill, Gras, Planes y Oliveras, 2001).

En estudios realizados por la Dirección General de Tráfico (1999) también se ha encontrado que si el conductor (sobre todo si es mujer) lleva puesto el cinturón de seguridad, es más probable que lo lleven sus acompañantes.

En la investigación llevada a cabo por Jorge, Martínez y Hernández (1996) sobre la influencia de la ley de obligatoriedad del uso del cinturón de seguridad en ciudades, hallaron que independientemente de la influencia del efecto normativo, el uso del cinturón de seguridad de los conductores era mayor entre los que viajaban acompañados. Estos autores hipotetizan que este efecto podría estar mediado por algún proceso de influencia social por parte del acompañante sobre el conductor porque el riesgo que éste percibe que ha de asumir podría ser mayor cuando viaja acompañado y por lo tanto los dos optarían por utilizar esta medida preventiva o no se fía de la habilidad del conductor.

Bianchi y Summala (2004) hallaron que el mejor predictor del comportamiento de riesgo autoinformado de una muestra de jóvenes universitarios brasileños, era la conducta de riesgo de sus progenitores. En la misma línea, Ferguson et al., (2001) encontraron una estrecha relación entre los accidentes y las sanciones de tráfico de padres e hijos (entre 18 y 21 años) estadounidenses: los jóvenes cuyos padres habían tenido tres o más accidentes de tráfico tenían un 22% más de probabilidad de haber tenido también un

accidente como conductores, que aquellos cuyos padres no habían tenido nunca un accidente. En el caso de las sanciones de tráfico el sobrerriesgo de los hijos de padres sancionados tres o más veces era de un 38%.

En un estudio presentado por Montoro (D.G.T, 2004) se pone de manifiesto que los hijos reproducen los comportamientos viales de sus padres, de manera que los progenitores infractores suelen tener hijos también infractores. Además perciben de forma diferente las infracciones de los padres y de las madres, de modo, que creen que las de los padres son intencionadas y que las madres se saltan las normas por despiste o descuido.

Si el modelado es tan importante en el aprendizaje de una conducta, preocupa enormemente que los mismos niños reconozcan que los adultos no utilizan adecuadamente los sistemas de seguridad pasivos. En efecto, 4 de cada 10 niños entre 6 y 12 años afirman que en el vehículo en el que circulan no todos los ocupantes utilizan el cinturón de seguridad o el sistema de retención infantil, y tres de cada cuatro considera que por lo que se refiere a los sistemas de retención, ellos mismos no circulan correctamente (RACC, 2005).

En relación con la influencia de las expectativas de autoeficacia en la realización de comportamientos preventivos, diversos estudios ponen de manifiesto el papel predictor de esta variable en adolescentes y jóvenes universitarios en relación con la intención de uso del preservativo (Baele, Dusseldorf y Maes, 2001), el empleo reciente (Heather, 1998; Parsons, Halkitis, Bimbi y Borkowski, 2000) o sistemático del mismo (Baele et al., 2000; Basen-Enquist, Mâsse, Coyle, Kirby, Parcel, Banspach y Nodora, 1999; Brien, Thombs, Mahoney y Wallnau, 1994; Parsons et al., 2000)

Von, Elbert, Ngamvitroj, Park y Kang (2004) realizaron un estudio con 116 estudiantes universitarios sobre el papel de diferentes variables en la predicción de la realización de comportamientos preventivos y encontraron que las expectativas de auto eficacia estaban estrechamente relacionadas de manera negativa con el consumo de bebidas alcohólicas, y de manera positiva con conductas como realizar ejercicio, llevar una alimentación sana, usar el cinturón de seguridad, el casco y el preservativo.

En varios estudios (Cassamo, Gras y Planes, 2005; Gómez, Planes, Gras y Font-Mayolas (2006); Gómez, Planes, Gras, Font-Mayolas, Cunill y Aymerich, 2006; Planes, 1995; Planes y Gras, 2002; Planes et al., 2004) se constata que, en general, los jóvenes se sienten altamente capacitados para emplear adecuadamente el preservativo con el fin de evitar la transmisión del VIH, no observándose diferencias significativas entre chicos y chicas. Cabe destacar que los jóvenes tienen expectativas de autoeficacia diferentes en función del tipo de pareja (afectiva vs. ocasional), de la conducta requerida (convencer sobre el uso del preservativo vs. negarse a mantener relaciones sexuales en caso de que la pareja no consienta en usarlo) y del género. La mayoría de los estudiantes se siente más capaz de utilizar el preservativo con la pareja afectiva o estable, que de negarse a mantener relaciones sexuales con ella en caso de que se oponga a su empleo. Así mismo, los jóvenes de ambos sexos se sienten más capaces de negarse a tener relaciones sexuales sin preservativo con una pareja ocasional que con la pareja estable.

En España y en el caso de la pareja estable observamos que la capacidad percibida por los chicos para convencerla sobre el uso del preservativo es menor a la de las chicas en todos los estudios realizados (Gómez *et al.*, 2006; Planes, 1995) y, así mismo, también se perciben menos capaces que las chicas de negarse a mantener relaciones sexuales sin preservativo. Por lo que se refiere a la pareja ocasional, hombres y mujeres se sienten igualmente capaces de convencer o de negarse.

En el trabajo de Mozambique (Cassamo, 2004), cuando la pareja es ocasional, se obtiene los mismos resultados de las muestras españolas: no existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su capacidad percibida para utilizar o pedir el uso del condón en las relaciones sexuales. Mientras que si se trata de la pareja estable, los hombres informan sentirse mucho más capaces de utilizarlo que las mujeres de pedir su uso. Por lo que se refiere a negarse a mantener relaciones sexuales en caso de que la pareja no quiera emplear el condón, las mujeres se sienten más capaces que los hombres si la pareja es ocasional, mientras que si se trata de la pareja estable no existen diferencias entre hombres y mujeres (la mayoría se perciben con bajos niveles de autoeficacia para negarse).

Según Basch (1989 cf. Planes, 1994) una manera de incrementar las expectativas de autoeficacia es realizar el aprendizaje poco a poco de forma que se facilite el éxito. Otra

forma de incrementar la autoconfianza se basaría en el entrenamiento de los adolescentes a partir de la técnica del "role-playing" y ensayos situacionales que les permitiera practicar el comportamiento preventivo: habiéndose demostrado que estas estrategias resultan eficaces para negociar el sexo seguro o negarse a mantener relaciones sexuales de riesgo (Bandura, 1990; Williams, Doyle; Pittman; Weiss; Fisher; Fisher, 1998).

Por lo que se refiere a las expectativas de resultado en el estudio realizado por Planes y Gras (2002) encontraron que el 93% de los universitarios de la muestra valoraba al preservativo como el método más eficaz, pero el grado de eficacia que le atribuyen varía desde poco eficaz (1,3%) hasta totalmente eficaz (18,4%), lo cual relativiza bastante la bondad de la primera información. Las mismas preguntas se han planteado a dos muestras de estudiantes de secundaria durante 2002 y 2004. En la primera de ellas (Planes et al., 2004), cuyas características han sido descritas en el apartado anterior, el 88,2% de los jóvenes consideran que el preservativo es la medida más eficaz, pero tan sólo el 7% perciben su uso como totalmente eficaz para evitar la transmisión del virus del sida. Con la segunda muestra, compuesta por 108 estudiantes de segundo curso de bachillerato (Espadalé, Planes y Gras, 2005) se obtienen respuestas semejantes: el 98,2% consideran que el preservativo es el método más eficaz, pero sólo el 22,5% cree que lo es totalmente. En la misma línea, en el estudio realizado por Cassamo, Gras y Planes (2005) con 632 alumnos (43,2% mujeres) de secundaria de institutos públicos y privados localizados en varias poblaciones de la región norte de Mozambique sobre las valoraciones en relación a la eficacia del preservativo en la prevención de la transmisión sexual del virus del sida medidas con una escala numérica del 0 "nada eficaz" al 10 "totalmente eficaz", las puntuaciones otorgadas por los estudiantes fueron las siguientes: un 5,7% (6,4% hombres y 4,8% mujeres) dijeron que era "nada eficaz", mientras que el 34,3% (25% hombres y 45,8% mujeres) lo consideraban "totalmente eficaz". De los restantes valores el más frecuente fue el "5" con un 17,4% de las respuestas (20,9% hombres y 12,8% mujeres). Se encontraron diferencias significativas en razón del género en el sentido de que las mujeres valoraban más alta la eficacia protectora del condón que los hombres.

3.8. PRINCIPALES VARIABLES PREDICTORAS DE LOS COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS

En la figura 3.8.1 se presenta un esquema de las principales variables predictivas de la conducta de prevención según los modelos analizados y la evidencia empírica disponible.

En primer lugar las personas han de tener **información** sobre la existencia de un posible problema de salud, y sobre las formas de evitarlo, como paso previo al inicio de los comportamientos preventivos. A continuación, tienen que sentirse personalmente en riesgo (**percepción de riesgo**) y creer que el trastorno es lo suficientemente grave (**gravedad percibida**) como para movilizarse y hacer lo preciso para evitarlo. Por otra parte, posiblemente estas personas se plantearán hasta qué punto existen medidas preventivas eficaces (**expectativas de resultados**) y reflexionarán sobre sus capacidades para ponerlas correctamente en práctica (**expectativas de autoeficacia**). Si creen que el método no es completamente eficaz, o bien se sienten poco capaces, las probabilidades de que lo empleen se reducen notablemente. Seguramente, si la conducta preventiva requiere de la colaboración o participación de otras personas, también se preguntarán si estas lo aprueban, lo que generalmente se conoce como **normas sociales percibidas**.

Supongamos que después de todas estas consideraciones y balances previos, la persona decide hacer prevención, concretamente toma la decisión de usar el casco cuando circule en ciclomotor o de usar preservativo en su próxima relación sexual y así lo hace. Ahora el interés se centrará por las consecuencias de su conducta. ¿Cómo han reaccionado sus **amigos**? ¿Cómo ha sido la **reacción de la pareja**? ¿Le han dicho o hecho alguna cosa que la haya animado a volver a usar el casco/ el preservativo en el futuro o más bien al contrario? ¿Y sus propias reacciones y percepciones? ¿El uso del casco le ha causado molestia (**incomodidad**)? ¿Le ha despeinado? ¿Considera que el preservativo le ha impedido disfrutar de las sensaciones placenteras habituales (**aversividad del preservativo**)? ¿Ha valorado positivamente la tranquilidad que le daba el casco / el preservativo frente a posibles consecuencias negativas: lesiones graves, muerte, infecciones peligrosas u otros efectos no deseados del coito como, por ejemplo, un posible embarazo?.

Recordemos que las consecuencias de la conducta son mucho más importantes que sus antecedentes a la hora de mantenerla, incrementarla o eliminarla (Bayés, 1995; Skinner, 1953/1970), y se pueden convertir en precursores de tipo cognitivo que facilitan o dificultan la conducta futura. Igualmente conviene tener presente que las consecuencias inmediatas tienen un mayor peso en la conducta que las demoradas, especialmente si son de carácter negativo (Rachlin 1989).

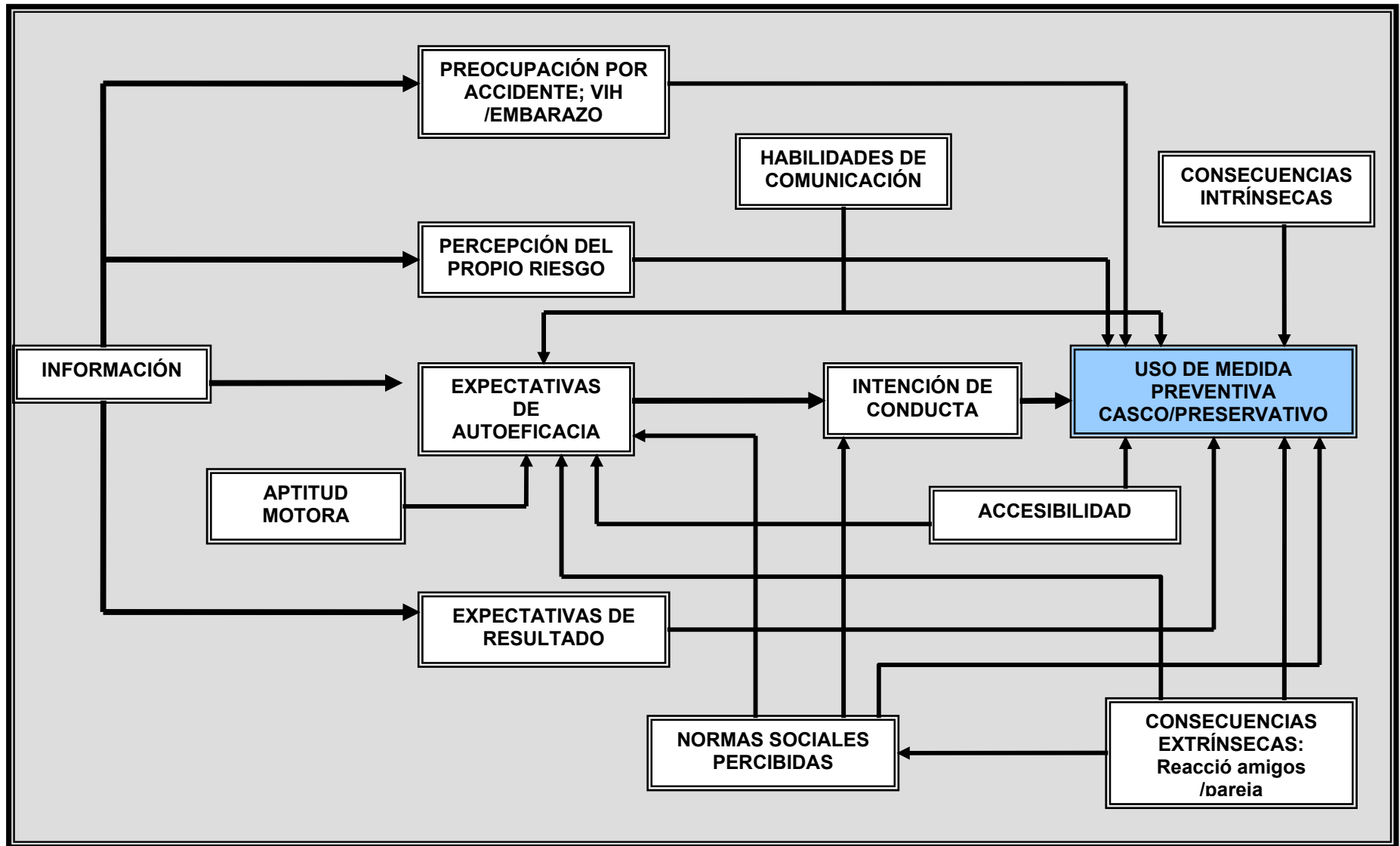


Figura 3.8.1. Gráfico-resumen de las variables influyentes en los comportamientos de prevención vial y sexual.

4

**USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO:
PARALELISMOS Y DIFERENCIAS**

Fuente: Consejo de la Juventud de España

Tanto la conducción de ciclomotores como las relaciones sexuales con penetración son comportamientos que suelen iniciarse **en la adolescencia**, y con ellos, la necesidad de utilizar las medidas de protección pertinentes para evitar consecuencias indeseadas.

Como ya se ha puesto de relieve a lo largo de este trabajo, el uso del casco en el caso de la conducción de ciclomotores y del preservativo en las relaciones sexuales, son medidas recomendadas para amortiguar los efectos de un accidente y para evitar las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados respectivamente.

Muchos estudios que evalúan comportamientos de riesgo de los adolescentes incluyen entre éstos conductas sexuales y viales. En esos trabajos se administran cuestionarios a partir los cuales se realizan análisis descriptivos de dichos comportamientos pero no los comparan entre sí. Por ejemplo, Patrick, Covin, Fulop, Calfas y Lovato (1997) examinaron diferentes conductas de riesgo entre 5652 estudiantes universitarios de California, con una edad media de 22 años ($sd=3,3$) de los cuales un 45,1% eran hombres. Los resultados del estudio indican que en los últimos treinta días un 36,7% había consumido alcohol, un 25,3% había conducido ebrio, un 17,6% había consumido marihuana, un 6% había llevado un arma, un 29,9% no se había puesto siempre el cinturón de seguridad al circular en un automóvil, un 27,8% no se había puesto el casco circulando en una moto y un 55,3% no había utilizado el preservativo en su última relación sexual. En la misma línea, en una investigación realizada por

Ruangkanchanasetr, Plitponkarnpim, Hetrakul y Kongsakon (2005) se encontró una elevada prevalencia, en una muestra de 2311 adolescentes de Bangkok (Media= 15,5 años; sd=1,8; 59% mujeres), de diferentes conductas de riesgo: no usar el casco (50,1%), no usar el cinturón de seguridad (30,6%), violencia (31,5%), tendencia suicida (12%), consumir alcohol (37,3%), fumar (15,4%), tomar drogas ilegales (37,9%) y no utilizar el preservativo (7,1%).

En España, el Consejo de la Juventud de España (CJE) (2002) realizó un estudio, sobre una muestra de 1.693 jóvenes con edades comprendidas entre los 13 y los 29 años, cuyo objetivo fue ofrecer una descripción integral sobre todos los aspectos determinantes de la salud de los jóvenes: alimentación, sexualidad (entre el 27 y 46,5% no utilizaron el preservativo en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración), consumo de drogas legales e ilegales (un 35% fuman; un 30% consumen alcohol), ocio, accidentes de tráfico (un 35% no utiliza el casco), actividad física, situación sociolaboral o utilización de los servicios sanitarios.

Aunque muchas investigaciones se han centrado en el uso del casco (Cunill, Gras, Sullman, Vidó, y Planes, 2004; Dirección General de Tráfico, 2003; Fuentes, 2005; Hundley et al. 2004; Ichikawa, Chadbunchachai y Marui, 2003; Keng, 2005; Liu, et al., 2004; Peek, Mc Arthur, Graus, 1999) o en el uso del preservativo (Cassamo, 2004; Flood, 2003; Gómez, 2006; Graham, Crosby, Sanders y Yaber, 2005; Planes, 1994; Planes, Gras y Soto, 2002; Planes et al., 2004; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunill y Aymerich, 2007) no tenemos noticia de que se haya estudiado el paralelismo existente entre ambos comportamientos.

El único precedente que hemos hallado de comparación de una conducta vial y una conducta sexual es el estudio realizado por Richens, Imrie y Copas (2000), en el que comparan el efecto de la ley de obligatoriedad de uso del cinturón de seguridad con el efecto que producen las campañas que promueven el uso del preservativo, teniendo como punto de partida la Teoría Homeostática del Riesgo (Wilde, 1982). Según estos autores las intervenciones dirigidas a promover el uso de medidas preventivas no obtienen los resultados esperados dado que las personas asumimos cierto nivel de riesgo que se ve modificado por estas actuaciones y para compensarlo llevamos a cabo otras conductas arriesgadas. Por ejemplo el uso el cinturón de seguridad hace disminuir la percepción de riesgo al sentirte más seguro y para compensarlo se incrementa la velocidad o bien el uso del preservativo favorece que las personas sean menos selectivas con las parejas sexuales.

En este capítulo se analizan las características de estas dos conductas preventivas, el uso del casco al circular en una moto y del preservativo en las relaciones sexuales así como las variables psico-sociales implicadas en su realización. Se destacan los paralelismos y las diferencias existentes entre ellas, que pueden modular su puesta en práctica.

4.1. CARACTERÍSTICAS DE LAS CONDUCTAS

Ponerse el casco es una **conducta pública**, fácilmente observable, pudiendo ser los usuarios en ocasiones objeto de burlas (“cabezón”, “no sabes conducir por eso te proteges”). La utilización del preservativo es una **conducta íntima**, que en principio sólo conoce la pareja; el hecho de que los demás lo sepan (y puedan hacer comentarios) dependerá de si es explicado o no.

El uso del casco, por sus características, es una conducta que está **legalmente regulada**, es más, su no utilización como ya es sabido comporta ser sancionado y la pérdida de 3 puntos del carnet de conducir. En cambio los sistemas de control para imponer el uso del preservativo no son viables por ser una conducta íntima y privada. Richens et al., (2000) sugieren que el incremento del uso de medidas de protección vial desde la implantación de la ley de obligatoriedad de 1970 en la mayoría de países desarrollados es similar al incremento en el uso del condón desde la aparición del VIH: en ambos casos se trata de una “nueva” consecuencia negativa de la conducta.

La **decisión** de utilizar o no el casco y el preservativo se debe tomar en cada ocasión (para cada viaje, para cada coito). Su efecto no es acumulativo, haberlo utilizado *siempre* con anterioridad no hace menos vulnerable al usuario respecto a las posibles consecuencias negativas para la salud y para la economía (sanciones de tráfico) si en una ocasión no se utiliza.

Utilizar el casco es, en principio, una **decisión individual** (“yo decido si lo utilizo o no”) aunque esta decisión pueda verse influida por factores sociales. También es individual la protección que aporta: sólo protege a quien lo lleva puesto independientemente de que haya o no otro pasajero en el ciclomotor.

La protección que ofrece el preservativo, en cambio, no es sólo individual, concierne a la pareja, su uso protege a los dos, y también la decisión de usarlo o no es una **decisión** que suele tomarse de manera **conjunta**. Teniendo en cuenta que el empleo

del preservativo requiere el acuerdo de los dos miembros de la pareja serán claves para el uso de esta medida preventiva los aspectos relacionados con la comunicación entre ambos y la creencia sobre lo que cada miembro de la pareja aprueba o desaprueba. Otra variable influyente en el uso del preservativo es el tipo de pareja (ocasional vs estable) con la que se van a tener las relaciones sexuales siendo más probable su uso con la primera que con la segunda (Planes et al., 2007)

Por lo que se refiere a la frecuencia de uso, según los datos de la DGT (2003) en España, el porcentaje de empleo correcto del casco entre los adolescentes cuando circulan en ciclomotor es de un **59,4%**, y alrededor de un 19% lo utilizan de manera incorrecta. Los porcentajes de uso del preservativo, según datos del Instituto Nacional de Estadística (2004), son similares: sólo el **60%** de los jóvenes utiliza siempre el preservativo cuando mantiene una relación sexual con penetración.

Según el **género** se observan patrones diferentes en relación al uso del casco y al uso del preservativo. En general, las chicas presentan una mayor predisposición a la prevención (Ogden, 2000).

La accidentalidad vial es un problema que afecta mayoritariamente a los jóvenes varones pero las mujeres utilizan el casco en mayor medida que ellos (López, 2003). En cambio, el sida en personas heterosexuales se está diagnosticando más frecuentemente entre las mujeres jóvenes (MSC, 2005; ONUSIDA, 2004), a pesar de que los porcentajes de uso del preservativo según algunos estudios son similares en ambos sexos (HBSC-2002) y otros indican que son los chicos los que en mayor medida informan utilizar el preservativo siempre (Comas et al., 2003; Gómez, 2006; Lameiras et al., 2004; Ochaíta y Espinosa, 2003). No olvidemos que las mujeres jóvenes son especialmente vulnerables al VIH por razones biológicas. Se ha demostrado que en las relaciones heterosexuales la mujer tiene de 2 a 4 veces más posibilidades de infectarse que el hombre, porque la zona de exposición al virus durante la relación sexual es de mayor superficie en ella, ya que la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales. Además las infecciones de transmisión sexual (cofactores de infección por el VIH) son más frecuentemente asintomáticas y no tratadas en la mujer que en el hombre, lo que debilita la mucosa vaginal permitiendo la entrada del virus, más aún en las adolescentes, cuyo aparato genital todavía es inmaduro (Herrera y Campero, 2002).

Los resultados de algunos estudios ponen de relieve la dificultad de las jóvenes en relación a la negociación del preservativo con la pareja o a la negación a mantener relaciones sexuales sin preservativo y cómo esto se enmarca en un contexto de roles de género distintos y unas normas sociales establecidas diferentes en función del sexo (Herrera y Campero, 2002). Estas normas van en contra de los mensajes de prevención basados en la fidelidad o el uso de otras medidas de protección contra el VIH (UNAIDS, 2007).

Otro aspecto a considerar es el papel que juega el mito del amor romántico entre las adolescentes, el cual tiene como base la creencia de que el “amor protege” (Consejo de la Juventud de España, 2002). Este mito, en ocasiones, puede organizar el comportamiento preventivo de las chicas adolescentes, siendo menor la prevención cuanto mayor es la implicación afectiva (Herrera y Campero, 2002; Navarro, Barberá y Reig, 2003). En el caso de los chicos la creencia iría en el sentido de “no dejar pasar la oportunidad de experimentar la sexualidad”. Esta motivación unida a la presión del grupo de iguales, amparada en la creencia de un mayor impulso sexual masculino, puede conducir a éstos a una menor protección frente a los riesgos de la sexualidad (Navarro, Barberá y Reig, 2003). Hay datos que ponen de manifiesto que en algunos países la gran mayoría de las mujeres que viven con el VIH contrajeron el virus a través de su único compañero estable, dado que el sexo protegido es visto como algo innecesario por las mujeres que están en uniones monógamas.

En relación al comportamiento vial la mayor proclividad de los jóvenes varones a involucrarse en conductas de riesgo durante la conducción de un ciclomotor podría relacionarse con una mayor predisposición a la competición, una mayor impulsividad, con la falta de autocontrol, de previsión o de capacidad para posponer las gratificaciones. En general, “la búsqueda de sensaciones” parece ser mayor en los chicos que en las chicas, y disminuye con la edad (Daly y Wilson, 2005).

Por lo que se refiere a la **accesibilidad** de ambas medidas de protección podemos comentar que, generalmente el casco se adquiere en el mismo momento que se compra el ciclomotor y se dispone de varios precios (en algunos casos los padres son los que lo compran), el mismo casco sirve para multitud de trayectos (a no ser que se dañe en alguna colisión) y si el ciclomotor dispone de maletero disminuimos la probabilidad de que no se use como consecuencia del olvido en casa. Cabe destacar,

que en algunas ocasiones los adolescentes pueden no tener el casco disponible, como podría ser en el caso de que se decida de manera improvisada subir en un ciclomotor de “paquete”. Si analizamos lo que ocurre con el preservativo, nos encontramos que la vergüenza, en muchas ocasiones, dificulta su adquisición y como consecuencia puede resultar complicado comprar preservativos en una farmacia o supermercado. Cada preservativo es útil sólo para una ocasión y es más fácil que se dé la situación de no disponer de él en un momento determinado, ya sea porque se han acabado o por no haber previsto que se iba a tener una relación sexual. Es decir, su uso requiere de una planificación, cosa que en ocasiones resulta difícil. Según el género las chicas se sienten menos capaces que los chicos a la hora de comprar o llevar encima los preservativos (Navarro, Barberá y Reig, 2003; Seoane, 2002

4.2. INFORMACIÓN SOBRE PREVENCIÓN

La mayoría de jóvenes consideran casco y preservativo como medidas preventivas muy eficaces pero según diferentes estudios (CJE, 2002; Fuentes, 2005; Planes y Gras, 2002; Planes et al., 2004) también existen creencias erróneas que pueden reducir su uso. Algunos ejemplos de este tipo de creencias serían: *“El casco desatado protege igual”*; *“Por una vez que no lo use no pasa nada”*, *“La primera vez que haces el amor no te puedes quedar embarazada”*, *“Si lo haces de pie no te puedes quedar embarazada porque el semen se escurre”*.

Por lo que se refiere a la información sobre el sida y sobre los métodos para protegerse de la infección con el VIH, en general podemos decir que resulta accesible y fiable. Otra cosa son los conocimientos y creencias que finalmente interiorizan las personas. Recientemente hemos podido comprobar, en una investigación llevada a cabo con 600 universitarios de primer curso de carrera (Planes et al., 2006), que el 28% de los estudiantes desconocen el significado habitual del término monogamia y lo confunden con la masturbación (4,6%) o con las relaciones homosexuales (0,5%). Asimismo, un 14% creen que la abstinencia consiste en rechazar cualquier tipo de placer sexual, mientras que un 19,4% y un 1% considera que el sexo oral y el sexo anal respectivamente, no suponen penetración. Estos resultados hacen sospechar que bastantes jóvenes ignoran las implicaciones de los términos examinados cuando se utilizan en las campañas preventivas. En otro trabajo anterior con 84 estudiantes universitarios de primer curso (Planes y Gras, 2002) se observó que tanto los jóvenes que daban respuestas totalmente correctas sobre los métodos más eficaces para evitar la transmisión sexual del VIH, como aquellos que lo hacían de manera parcial, y

aún los que las daban equivocadas, se percibían con un elevado nivel de conocimientos preventivos, sin que se apreciaran diferencias significativas entre los grupos en esta variable. Idénticos resultados se observan en una muestra de 119 alumnos de cuarto curso de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y de primero de Bachiller (Planes et al., 2004). En este último estudio se analizaron además las posibles diferencias en razón del género y se constató que no existía ninguna relación entre ambas variables.

La principal fuente de información de la gente joven en estos temas son **los iguales**, lo cual nos hace suponer que, en muchas ocasiones, ésta es superficial y errónea. En varios trabajos (CJE, 2002; Romero de Castilla, Lora y Cañete, 2001) se pone de manifiesto que se suele basar en conversaciones con los amigos, en lo que leen en revistas y ven en televisión.

No cabe duda de que uno de los objetivos de la educación debe seguir siendo aumentar los conocimientos sobre el uso correcto de las medidas preventivas para desterrar las ideas erróneas existentes, y mejorar las actitudes hacia su utilización. Por lo que si tener información es una condición necesaria pero no suficiente (Bayés, 1995) para realizar conductas de protección de la salud, nos encontramos con que una gran cantidad de jóvenes ni tan sólo la poseen.

Los medios de comunicación, a partir de las campañas para promover ambas conductas utilizan mayoritariamente un tono alarmista, basado en poner énfasis en las posibles consecuencias negativas si no se utilizan, siendo dudoso el impacto que estos mensajes tienen en la modificación de los comportamientos de los jóvenes (Cunill, Vieta, Gras, Planes y Oliveras, 2001; Tejero y Chóliz, 1995).

Además, el modelo de sexualidad que se transmite a través de las películas y series televisivas prioriza el placer y el coito, sin el uso del preservativo. También en relación a la conducción presentan, en ocasiones, situaciones basadas en el exhibicionismo, la competición y la asunción de riesgos (Bina et al., 2006). Desde esta perspectiva, serían necesarias intervenciones en sentido contrario que emplearan modelos cercanos a los jóvenes (por ejemplo a través de programas o películas de elevada audiencia juvenil) donde se mostrara una imagen positiva y erotizada del preservativo y donde el casco se convirtiera por ejemplo en un complemento más de la moda.

La información proveniente del **medio familiar**, no acostumbra a darse en el marco de un diálogo abierto si no que, en el mejor de los casos, tiene un carácter impositivo (“*usa el casco*”; “*usa el preservativo*”) sin proporcionar más información y sin tomar un papel más activo y educativo en la vivencia del adolescente (Aspy et al., 2007; Rodrigo, et al., 2004). Tal vez, porque los padres no saben cómo abordar estos temas y se sienten incómodos, o quizá porque cuando lo hacen son frecuentes los desacuerdos y discusiones por las diferentes expectativas intergeneracionales, lo cual hace que los implicados tiendan a evitar esos temas que se presentan como una fuente de conflicto.

Desde el **sistema educativo** las intervenciones que se realizan en la actualidad para promover el uso del casco y del preservativo, también presentan ciertas restricciones: (1) Se centran básicamente en contenidos informativos (normas de circulación / anatomía y riesgos asociados a la práctica del coito) (2) Se aplican de forma aislada y puntual, generalmente por un agente externo al centro educativo (Romero et al, 2001).

En conclusión podemos afirmar que a pesar de que los jóvenes, en la actualidad, tienen un fácil acceso a la información referente a su salud, ésta no siempre es suficiente. Además en ocasiones la cantidad de información no es garantía de su calidad, es decir, la información de la que disponen muchos jóvenes no es adecuada ni veraz y por consiguiente no facilita una correcta puesta en práctica de comportamientos preventivos.

De cualquier modo como ponen de manifiesto diversos autores, la información no resultará eficaz (en el sentido de producir un cambio en la conducta) si no se generan de forma paralela mecanismos de integración que transformen la acumulación de informaciones aisladas y parciales en conocimiento y aprendizaje, es decir, en formación (Planes y Gras, 2002; Portero, Cirne y Mathieu, 2002).

4.3. PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

El sesgo optimista por lo que se refiere a la posibilidad de tener un accidente de tráfico, de infectarse con el virus del sida o de tener un embarazo no deseado ha sido constatado en numerosos estudios (Cunill, 2001; Gras, 1994; Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 2000).

Muchos jóvenes presentan una elevada **percepción de control** del vehículo o de la situación sexual y a su vez una baja **percepción de vulnerabilidad** ante los riesgos para la salud asociados a la conducción arriesgada o a la práctica del coito sin protección, siendo en este último caso mayor la percepción de vulnerabilidad de embarazo que la de contraer VIH (Espadalé, Planes y Gras, 2005). En este sentido, si no perciben la situación como arriesgada (o alternativamente sí que la perciben pero asumen cierto nivel de riesgo), es evidente que independientemente de que crean que el casco o el preservativo son efectivos, no creerán necesario utilizarlos (“no me compensa”).

4.4. CREENCIA EN LA EFECTIVIDAD DEL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

El uso del casco y el uso del preservativo son dos conductas que salvan vidas. Para ambas existe abundante evidencia empírica que apoya su **efectividad** en la minimización de los riesgos asociados a la conducción de un ciclomotor o a la práctica del sexo con penetración. Según la Dirección General de Tráfico (Sánchez, 2002) la utilización adecuada del casco reduce, en caso de accidente, en un 36% las muertes y en un 65% las lesiones cerebrales. Según datos de la *American Foundation for AIDS Research* (2005) el preservativo masculino si se usa correcta y sistemáticamente tiene una efectividad del 80 al 95% en la reducción del riesgo de infección de VIH o de un embarazo no deseado. A pesar de que la mayoría de los jóvenes conoce ampliamente los beneficios que ambas medidas preventivas tienen sobre la salud, no las utilizan de manera consistente. Así pues, la **creencia sobre la efectividad** (expectativas de resultado) no es suficiente para garantizar el uso del casco o del preservativo. Esto podría estar relacionado con el grado o intensidad en que se presenta esa creencia, en el sentido de que no es lo mismo considerar que estas medidas preventivas son bastante eficaces que considerarlas totalmente eficaces.

Cabe destacar el hecho de que el uso del casco también es efectivo para evitar otra consecuencia negativa como es la sanción de tráfico y éste es, en ocasiones, el motivo principal de uso de esta medida preventiva. Algo parecido pasaría con el preservativo: el principal motivo de uso es evitar el embarazo y no el VIH. Esto se relacionaría con la importancia que tienen como determinantes de la conducta las consecuencias más inmediatas y más probables.

4.5. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA EN EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

Otro aspecto a considerar es que para poner en práctica un comportamiento preventivo es necesario que la persona pueda tener control sobre su propia conducta y sobre su entorno social (Murphy, Stein, Maibach y Schlenger, 2001). Es decir, que por un lado posea los conocimientos y la aptitud motora necesaria y por el otro, las habilidades de comunicación precisas para ejercer dicho control. En definitiva, que el sujeto tenga la creencia de que posee la capacidad para llevar a cabo la conducta preventiva de forma correcta (**expectativa de autoeficacia**). Esta capacidad dependerá de las circunstancias en las que se desarrolle la conducta. Por ejemplo: la decisión de usar el casco o el preservativo puede modificarse si se ha consumido algún tipo de droga, depende del grado de dificultad de la misma (no es lo mismo proponer el uso del preservativo que tener que convencer o negociar su uso (Gómez, 2006; Planes, 1995), y de las habilidades personales que se requieran para llevarlas a cabo (Murphy et al., 2001).

La **aptitud motora** necesaria para utilizar el casco es mínima e idéntica para ambos sexos. En el caso del preservativo, su uso también es relativamente sencillo, y aunque tanto chicas como chicos deberían saberlo colocar, por motivos obvios, son ellos quienes se lo ponen (órgano genital masculino).

A pesar de que la habilidad necesaria para hacer uso de ambas medidas es nimia no siempre se utiliza de manera correcta. En muchas ocasiones los jóvenes llevan el casco desatado (Fuentes, 2005) o, de manera improvisada utilizan cualquier casco sin tener en cuenta la talla, es decir, la necesidad de que éste ajuste perfectamente a la cabeza, para que en caso de accidente no salga disparado. Probablemente lo que en estas ocasiones motiva su uso es evitar a toda costa la posible sanción y no la protección que el uso correcto de esta medida ofrece.

En el caso del preservativo, como muestran numerosos estudios (Callejas et al., 2005) muchos jóvenes no saben cómo utilizarlo correctamente y esto puede derivar en la rotura o el deslizamiento de éste durante el coito o, directamente no plantearse su uso. Es muy importante incluir en los programas de prevención información sobre el uso correcto del casco y del preservativo y el entrenamiento de las habilidades motoras requeridas.

4.6. CONSECUENCIAS DEL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

El proceso de toma de decisiones incluye el balance entre los **costos** y los **beneficios** que la práctica de una conducta comporta. Tanto el casco como el preservativo tienen en común que la principal consecuencia inmediata percibida de su uso es negativa: la incomodidad provocada por un elemento externo.

En el caso del uso del casco las consecuencias positivas por un lado, aunque de mayor magnitud (evitar lesiones o muerte), están supeditadas a tener un accidente de circulación, por tanto son sólo probables y percibidas como demoradas. Pero por otro lado, usar el casco evita una consecuencia negativa que se percibe como más inmediata como es la sanción asociada al incumplimiento de la normativa de tráfico y la pérdida de puntos. En la actualidad esta consecuencia es más o menos probable según las épocas, en el sentido, de que la Dirección General de Tráfico va activando de manera regular períodos de mayor vigilancia y control (por ejemplo durante las vacaciones de verano).

En el caso del uso del preservativo las consecuencias positivas (evitar embarazo o evitar ETS), también están supeditadas al momento de ovulación o a la presencia del virus en el semen o en las secreciones vaginales. El mayor o menor grado de vulnerabilidad que sienta el joven sobre la inmediatez de las consecuencias también condiciona la disposición al riesgo. Es posible que cuando practican una conducta arriesgada perciban que sus probabilidades de verse afectados por un problema de salud aumentan, pero prefieren el beneficio cierto presente (comodidad, excitación, diversión..) a un coste mucho mayor, pero incierto y lejano. En este caso, parece ser que muchos jóvenes perciben la posibilidad de embarazo como más probable que el contagio con el virus de VIH. También se podría prever que las chicas serán más preventivas que los chicos pues tienen el doble de posibles consecuencias negativas (embarazo y sida).

Este enfoque sugiere una posible vía de intervención consistente, en el caso de la conducta sexual de riesgo, en acercar cognitivamente las consecuencias percibidas como demoradas y promover en los jóvenes pensamientos asociados a las prácticas preventivas del tipo: “en lugar de estar angustiado por un posible embarazo o por la infección del VIH, como he utilizado correctamente el preservativo, estoy muy tranquilo” (Gómez, 2006). En el caso del casco, la utilización de sanciones podría tener un papel fundamental para incrementar su uso entre los jóvenes y corregir o

evitar comportamientos de riesgo, siempre y cuando éstas se apliquen de forma contingente a la conducta.

4.7. INFLUENCIA SOCIAL EN EL USO DEL CASCO Y EL PRESERVATIVO

Como exponíamos en el capítulo 3 existe relación entre la autoeficacia percibida y la influencia social, en el sentido de que el sujeto se siente capaz de ejercer control en su entorno social en función del nivel de éxito obtenido en su experiencia previa con dicho contexto. Si las personas con las que el sujeto se relaciona se muestran favorables al uso del casco y/o al uso del preservativo, probablemente el joven percibirá mayores niveles de autoeficacia que si se encuentra frente a un ambiente menos favorable o incluso hostil (Planes y Gras, 2002).

Ambos comportamientos son una modalidad de conducta social y tienen componentes de interrelación. En el caso del uso casco la persona puede verse influida por el grupo de amigos, los padres y el posible acompañante; en el caso del preservativo, principalmente por la pareja, pero también por el grupo de pares y en menor medida por los progenitores (Cassamo, Gras y Planes, 2005).

El rol de los padres y el de los amigos puede ser diferente en la vida del adolescente: la influencia de los amigos (con sus actitudes, sus opiniones y sus comportamientos) suele asociarse a la práctica de conductas de riesgo (establece barreras hacia el uso del casco o del preservativo) mientras que la influencia de los padres parece tender más a la promoción de conductas preventivas (animar a sus hijos a utilizar casco o preservativo) (Lajunen y Räsänen, 2001). En ocasiones los progenitores pueden convertirse en modelos negativos a imitar: varios estudios ponen de manifiesto que la conducta vial de riesgo de los padres se relacionaba con el comportamiento de riesgo de los jóvenes (Bianchi y Summala, 2004; Ferguson et al., 2001; RACC, 2005).

La influencia del **grupo de iguales** en la adolescencia es una manifestación de la necesidad de ser aceptado y pertenecer a un grupo que refuerce la identidad (Kimmel y Weiner, 1998; Salmurri, 2004). En el terreno de la sexualidad y del comportamiento vial, muchos jóvenes, para ser aceptados por el grupo, pueden iniciar una relación sexual sólo porque lo hacen sus amigos/as o desear conducir un ciclomotor por el mismo motivo. En relación a la utilización del condón, la información que transmite el grupo es considerada como la más precisa y veraz: si los amigos/as dicen que el preservativo “corta el rollo”, reduce la sensibilidad, rompe la espontaneidad, etc, y que

por eso es mejor no utilizarlo, esto puede ser clave para que el adolescente actúe según la norma imperante y no en base a sus actitudes o valores personales ya que puede temer las reacciones de sus compañeros. En el caso del casco, la influencia no sólo provendrá de los comentarios de grupo (“es molesto”, “no se te ve la cara” “te despeina”), sino también de la conducta que sus miembros realizan (veo que mis amigos se lo ponen o no se lo ponen). Cabe destacar que la influencia del grupo de amigos suele estar facilitada por su accesibilidad: con ellos pueden hablar abiertamente de cualquier tema, cosa que no siempre sucede con los referentes adultos (padres, profesores, médicos....). Estudios previos ponen de manifiesto que tanto el uso del casco (Fuentes, 2005) como el uso del preservativo (Planes y Gras, 2002) se relacionan con las creencias sobre la aceptación de estas medidas preventivas por parte de los amigos más cercanos. En esta línea, algunos trabajos proponen (Romero de Castilla et al., 2001) que un entrenamiento adecuado de los compañeros puede ser una herramienta idónea para evitar la realización de conductas de riesgo. Esta es la base de los programas educativos “one-on-one” o “peers education” (Stakic, Zielony, Bodiroza y Kimzeke, 2003).

El papel de la **pareja sexual o vial** también tiene un peso relevante en la decisión de utilizar o no medidas de protección. Si bien en el caso de la práctica del coito es condición “*sine quanum*” la participación de otra persona y por lo tanto siempre estará sujeta a las presiones y normas de las posibles parejas, en el caso del uso del ciclomotor si eres conductor, no siempre llevarás acompañante, pero si eres acompañante siempre habrá un conductor que establecerá sus propias pautas. Por lo tanto las opiniones y el comportamiento aprobatorio o desaprobatorio de las parejas, tendrán gran relevancia en su intención de utilizar el casco o el preservativo y en que finalmente se realicen dichos comportamientos y se consoliden con el tiempo (Bayés, 1995; Planes, 1992; Planes y Gras, 2002).

En cualquier caso parece ser que en la decisión de poner en práctica ambas medidas preventivas tiene un elevado peso el **temor al rechazo** ya sea por parte de los amigos, de la pareja o de otros referentes sociales (Rodham, Brewer, Mistral y Stallard, 2006). Un nivel elevado de tolerancia a este rechazo vendría determinado, entre otros factores, por una buena autoestima y un buen autoconcepto, aspectos a potenciar desde la infancia a través de programas de prevención temprana que promuevan factores protectores (“empowerment”) y fomenten la libertad personal (llevar a cabo una conducta preventiva me permite ser libre en cuanto que la enfermedad o el problema no condicionará mi vida) basada en el compromiso personal

y relacional (Mangrulkar, Whitman, Posner, 2001). En este sentido la idea de no sólo protegerte a ti mismo sino de proteger al otro puede ser un factor positivo en el momento de fomentar el uso del casco (“si quieres subir a mi moto tienes que ponerte el casco”; “siempre utilizo casco para evitar que mis padres sufran por mí”) o el uso del preservativo (“porque te quiero y no deseo verte preocupado/a utilizamos el preservativo”) en tanto nos hace tomar la responsabilidad de nuestros actos sobre los otros. La cuestión sería reforzar esta responsabilidad subrayando los riesgos evitados al practicar conductas preventivas, que se convirtieran en una consecuencia inmediata positiva (salud, proyectos vitales personales-parentales-conyugales) sin crear una experiencia íntima negativa (desconfianza, culpa, rechazo,..). En este sentido sería conveniente que los objetivos de los programas de educación vial y de educación afectivo-sexual incluyeran la adquisición por parte del adolescente de una ética relacional.

La **influencia de los padres** en el comportamiento de los jóvenes ha sido ampliamente evidenciada (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999; Aspy et al., 2007; Villar, Luengo, Gómez y Romero, 2003). Esta influencia trasciende hacia la relación del adolescente con sus iguales, en el sentido, de que la escasa presencia física o accesibilidad de los padres, la falta de supervisión, acompañada por una ausencia de comunicación, se asocian a una mayor tendencia a relacionarse con iguales conflictivos y a realizar conductas de riesgo (Rodrigo et al., 2004). La influencia paterna en el uso del casco puede ser directa y explícita, en el sentido de que los padres pueden abiertamente exponer a sus hijos su opinión en relación a esta medida preventiva, hasta me atrevería a decir que pueden “obligar” o bien “negociar” con ellos el uso del casco (“te compro el ciclomotor a condición de que uses siempre el casco”; “si no utilizas el casco se acabó ir en moto”). Además los padres desde el nacimiento hasta la vida adulta son modelos a seguir, es decir, la puesta en práctica de comportamientos de seguridad vial de manera reiterada y en diferentes situaciones (usar el casco si se circula en moto o en bici, usar el cinturón de seguridad si circula en un automóvil, respetar las señales de tráfico, cruzar el semáforo en verde) son pautas de conducta a seguir por sus hijos.

En el caso del uso del preservativo, la influencia paterna, en muchas ocasiones, tiende a ser más bien tácita, en el sentido de que pueden existir dificultades a la hora de abordar el tema de la sexualidad entre padres e hijos de manera directa. Muy a menudo la norma por parte de los padres es la de no querer afrontar ni dar credibilidad

a la posibilidad de una sexualidad precoz en los propios hijos (Seosane, 2002). La elevada carga emocional que esta conducta tiene para los padres hace que pueda llegar a ser un tema tabú, y en consecuencia muchos adolescentes no conocen la opinión de sus padres respecto a la utilización del preservativo y mucho menos si ellos hacen uso de él. Los resultados de estudios realizados con adolescentes muestran que, en general, preferirían a sus padres como fuentes de información (Romero de Castilla et al., 2001) pero en muchas ocasiones éstos no están disponibles.

Las posibles intervenciones a realizar en esta línea estarían basadas en primer lugar en dar a conocer a los padres el papel fundamental que tienen en la prevención de comportamientos de riesgo de sus hijos así como la necesidad de interés e implicación en sus actividades, vivencias, etc. Además estas actuaciones deberían complementarse con la aplicación de programas de entrenamiento en habilidades de comunicación paterno –filial que se podrían impartir desde las charlas dirigidas a padres.

A la vista de la gran cantidad de paralelismos que existen entre ambas conductas preventivas creemos que se podrían rentabilizar esfuerzos, en el sentido de limitar la aplicación de programas de prevención verticales, es decir, como respuestas separadas a cada riesgo (VIH/SIDA, accidentes, embarazo, drogas, etc.) y poner un mayor énfasis en articular acciones dirigidas a promover la salud integral en la adolescencia.

En la tabla 4.1. se presenta un resumen de los paralelismos y diferencias entre el uso del casco y el uso del preservativo que se han comentado a lo largo de este capítulo.

Tabla. 4.1. Resumen de los paralelismos y las diferencias entre el uso del casco y el uso del preservativo.

	USO DEL CASCO	USO DEL PRESERVATIVO
CARACTERÍSTICAS CONDUCTA	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta pública - Legislada - Efecto no acumulativo - Decisión y protección individual - Frecuencia uso: 59,4% - Mayor uso en mujeres - Accesibilidad fácil - Múltiples usos 	<ul style="list-style-type: none"> - Conducta privada - No legislada - Efecto no acumulativo - Decisión y protección conjunta - Frecuencia de uso: 60% - Mayor uso en hombres - Accesibilidad restringida - Un solo uso
INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil acceso - Fuentes: los iguales, los padres, los medios de comunicación y el sistema educativo - Creencias erróneas 	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil acceso - Fuentes: los iguales, los padres, los medios de comunicación y el sistema educativo - Creencias erróneas - Tema socialmente censurado
CREENCIA EFECTIVIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Puede evitar muerte y minimizar las lesiones cerebrales - Los jóvenes conocen su efectividad 	<ul style="list-style-type: none"> - Evita enfermedad de transmisión sexual y embarazos no deseados - Los jóvenes conocen su efectividad
CONSECUENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias inmediatas negativas: molestia - Consecuencias positivas sólo probables y percibidas a medio – largo plazo 	<ul style="list-style-type: none"> - Consecuencias inmediatas negativas: molestia - Consecuencias positivas prácticamente seguras pero percibidas a medio – largo plazo
PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de invulnerabilidad a sufrir un accidente de circulación (yo controlo mi vehículo) - Mayor percepción de riesgo de sanción que de accidente 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción de invulnerabilidad a contagiarse con el VIH (mi pareja está sana) - Mayor percepción de riesgo de embarazo en comparación con el VIH.
EXPECTATIVAS AUTOEFICACIA	<ul style="list-style-type: none"> - Aptitud motora mínima - Control sobre el entorno social: resistir la presión del grupo o acompañante. - Asertividad vial 	<ul style="list-style-type: none"> - Aptitud motora mínima - Control sobre el entorno social: resistir la presión del grupo o de la pareja. - Asertividad sexual - Capacidad de negociar con la pareja (estable u ocasional)
INFLUENCIA SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Normas subjetivas: amigos y padres - Temor al rechazo del grupo - Normas sociales (leyes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas subjetivas: amigos - Temor al rechazo del grupo y principalmente de la pareja o parejas

PARTE EMPÍRICA

COMPORTAMIENTOS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA: PARALELISMOS ENTRE EL USO DEL CASCO Y EL USO DEL PRESERVATIVO



5

OBJETIVOS

5.1 OBJETIVOS GENERALES

A partir de una muestra de adolescentes de tercero y cuarto de ESO de tres centros de enseñanza secundaria nos planteamos en el presente estudio los objetivos generales que se detallan a continuación:

5.1.1. Conocer los patrones de uso y de intención de uso del casco en los usuarios de ciclomotores, así como algunas variables relacionadas con su utilización o con la intención de utilizarlo.

5.1.2. Estudiar los patrones de uso y de intención de uso del preservativo, y qué variables se asocian a esta conducta o a la intención de realizarla.

Para ambos objetivos se utilizan variables que, de acuerdo con los modelos generales de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud presentados en el capítulo 3 (Ajzen y Fishbein, 1980; Bandura y Walters, 1979; Bayés, 1995; Becker y Maiman, 1975; Rachlin, 1989 y Weinstein, 1982) predicen estos comportamientos preventivos o la intención de realizarlos

5.1.3. Por último nos planteamos como objetivo comparar la utilización de estas dos medidas preventivas, el casco y el preservativo, cuyo uso es de gran importancia para evitar o minimizar riesgos entre los adolescentes.

Tal y como se ha expuesto en el capítulo 4, estas dos conductas en apariencia tan diferentes, tienen muchos elementos en común y los modelos que las predicen son en esencia los mismos, aunque sin lugar a dudas también tienen elementos divergentes.

En el siguiente apartado se detallan los objetivos específicos derivados de cada uno de estos objetivos generales.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

5.2.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

5.2.1.1. Conocer la distribución de los participantes del estudio en función del género y de la edad.

5.2.2. ANALIZAR LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL USO DEL CASCO EN LA ADOLESCENCIA

5.2.2.1. Variables conductuales: uso del ciclomotor y uso del casco

5.2.2.1.1. Evaluar el uso autoinformado del ciclomotor y del casco por parte de los adolescentes la última vez que circularon en este vehículo en los últimos treinta días e identificar si existen diferencias significativas en función del género y de la edad.

5.2.2.2. Intención de uso del casco

5.2.2.2.1. Conocer la intención de uso del casco por parte de los adolescentes al circular en ciclomotor como conductor y como acompañante, y si dicha intención difiere según el uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.3. Creencias sobre la aceptación del uso del casco por parte de padres y amigos

5.2.2.3.1. Saber si las creencias respecto a la aceptación del casco al circular en ciclomotor por parte de familiares (padre y madre) y amigos (mejor amigo y mejor amiga) difieren según el uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.4. Creencias sobre el uso del casco por parte de padres y amigos

5.2.2.4.1. Analizar si la creencia sobre el uso del casco por parte de familiares (padre y madre) y amigos (mejor amigo y mejor amiga) cuando circulan en moto difiere según el uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor y el género cuando circulan en moto.

5.2.2.5. Expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco

5.2.2.5.1. Conocer si existen diferencias por género y según el uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor, respecto a las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco al circular en un vehículo de dos ruedas con motor, como conductor y como acompañante.

5.2.2.6. Expectativas de resultado en relación al uso del casco

5.2.2.6.1. Evaluar hasta qué punto los adolescentes creen que usar el casco es una conducta eficaz para evitar lesiones graves en caso de accidente y determinar si esta creencia se relaciona con el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.6.1. Analizar hasta qué punto los participantes creen que usar el casco desatado es igual de eficaz para evitar lesiones graves en caso de accidente que usarlo atado y determinar si esta creencia se relaciona con el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.6.1. Conocer si los participantes creen que el uso del casco no es una medida de protección necesaria cuando circulan por ciudad. y si esta creencia difiere según el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.6.1. Explorar si la creencia respecto a que para evitar la multa es igual de efectivo usar el casco atado que desatado se relaciona con el uso autoinformado de éste la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.7. Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto

5.2.2.7.1. Estudiar en que medida los adolescentes se sienten vulnerables a sufrir un accidente de moto y en comparación con la vulnerabilidad que creen que tienen otros adolescentes de similares características y si tales valoraciones se relacionan con el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.8. Preocupación por sufrir un accidente de moto

5.2.2.8.1. Evaluar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de sufrir un accidente de ciclomotor y analizar si existen diferencias en función del uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

5.2.2.9. Actitudes en relación al uso del casco

5.2.2.9.1. Examinar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será cómodo e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de este dispositivo de seguridad la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.9.1. Analizar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será agradable e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado del mismo la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.9.1. Evaluar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será práctico e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.9.1. Estudiar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será sensato e identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.10. Consecuencias inmediatas en relación al uso del casco

5.2.2.10.1. Evaluar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco es molesto e Identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.10.2. Estudiar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco estropea el peinado e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.10.3. Analizar hasta qué punto los participantes piensan que serán sancionados si no utilizan el casco e identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

5.2.2.11. Modelos predictivos de la intención de uso del casco y del uso autoinformado del casco.

5.2.2.11.1. Construir modelos de regresión múltiple jerárquica para predecir la intención de uso del casco cuando se circula como conductor y como acompañante a partir de las variables estudiadas.

5.2.2.11.2. Construir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del casco la última vez que se circuló en ciclomotor, a partir de las variables estudiadas.

5.2.3. ANALIZAR LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

5.2.3.1. Variables conductuales: práctica de relaciones sexuales y uso del preservativo.

5.2.3.1.1 Conocer el porcentaje de participantes de la muestra que han mantenido relaciones sexuales completas en los últimos 30 días y si existen diferencias en función del género y el grupo de edad.

5.2.3.1.2 Evaluar el uso autoinformado del preservativo por parte de los adolescentes en la última relación sexual, y si existen diferencias significativas en función del género y del grupo de edad.

5.2.3.2. Intención de uso del preservativo.

5.2.3.2.1. Evaluar la intención de uso del preservativo en sus relaciones sexuales, con la pareja estable y con una pareja ocasional según el género.

5.2.3.2.2. Analizar la intención de uso del preservativo en función de su uso autoinformado, el tipo de pareja y género en los adolescentes sexualmente activos.

5.2.3.3. Creencias sobre la aceptación del uso del preservativo por partes de padres y amigos

5.2.3.3.1. Estudiar en qué medida, los participantes, creen que el preservativo es aceptado por: el padre, la madre, el mejor amigo, la mejor amiga, la pareja actual, la pareja ocasional en función del género.

5.2.3.3.2 Analizar la relación entre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre, madre, mejor amigo y mejor amiga y el uso autoinformado del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

5.2.3.4. Creencias sobre el uso del preservativo por parte de los amigos

5.2.3.4.1. Evaluar si la creencia sobre el uso del preservativo por parte de los amigos difiere según el género.

5.2.3.4.2. Estudiar la creencia sobre el uso del preservativo por parte de los amigos en función del uso del preservativo y del género en los participantes sexualmente activos.

5.2.3.5. Expectativas de autoeficacia en relación al uso del preservativo.

5.2.3.5.1. Conocer si existen diferencias por género respecto a las expectativas de autoeficacia para usar el preservativo en las relaciones sexuales o negarse a mantener sexo sin protección con una pareja ocasional y con una pareja estable.

5.2.3.5.2. Examinar si existe relación entre la autoeficacia para el uso del preservativo o para negarse a mantener sexo si protección con una pareja ocasional y con una pareja estable y el uso autoinformado de esta medida y el género en los participantes sexualmente activos.

5.2.3.6. Expectativas de resultado en relación al uso del preservativo y otros métodos.

5.2.3.6.1. Evaluar hasta qué punto los encuestados creen que usar el preservativo, las pastillas anticonceptivas y la práctica de la “marcha atrás” son conductas eficaces para evitar el sida o un embarazo no deseado, en función del género.

5.2.3.6.2. Analizar la creencia sobre la efectividad del preservativo, las pastillas anticonceptivas y la práctica de la “marcha atrás” para evitar el sida o un embarazo no deseado en función del género y del uso autoinformado del preservativo de los participantes sexualmente activos.

5.2.3.7. Percepción de vulnerabilidad

- 5.2.3.7.1. Estudiar en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a ser infectados con el virus del sida y en comparación con la vulnerabilidad de otros adolescentes de sus mismas características y si tales valoraciones varían en función del género.
- 5.2.3.7.2. Analizar la vulnerabilidad percibida propia y vicaria a infectarse con el virus del sida en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.
- 5.2.3.7.3. Conocer en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a sufrir un embarazo no deseado y en comparación con la vulnerabilidad de otros adolescentes de sus mismas características y si tales valoraciones varían en función del género.
- 5.2.3.7.4. Analizar la vulnerabilidad percibida propia y vicaria a sufrir un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.
- 5.2.3.7.5. Estudiar en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a ser infectados con el virus del sida en comparación con la vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado y si tales valoraciones varían en función del género.
- 5.2.3.7.6. Analizar la vulnerabilidad percibida a infectarse con el VIH y a tener un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

5.2.3.8. Preocupación

- 5.2.3.8.1. Evaluar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de contagiarse con el VIH o sufrir un embarazo no deseado en función del género.

5.2.3.8.2. Estudiar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de contagiarse con el VIH o sufrir un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

5.2.3.9. Actitudes en relación al uso del preservativo

5.2.3.9.1. Examinar hasta qué punto los participantes consideran que usar el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales será cómodo, agradable, práctico y sensato, e identificar semejanzas y/o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.3.9.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran que usar el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales será cómodo, agradable, práctico y sensato en función del género y del uso autoinformado de los adolescentes sexualmente activos.

5.2.3.10. Accesibilidad del preservativo

5.2.3.10.1. Examinar hasta qué punto los participantes consideran que cuando han necesitado preservativos éstos han sido fáciles de conseguir e identificar semejanzas y/o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.3.10.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran que cuando han necesitado preservativos éstos han sido fáciles de conseguir en función del género y del uso autoinformado del preservativo en los participantes sexualmente activos.

5.2.3.11. Consecuencias inmediatas en relación al uso del preservativo

5.2.3.11.1. Conocer hasta qué punto los participantes consideran molesto el uso del preservativo, creen que usar el preservativo corta el rollo, que disminuye la sensibilidad y que pedir a tu pareja que lo utilice puede interpretarse como una falta de confianza. Se analizan estas variables en la muestra total en función del género.

5.2.3.11.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran molesto el uso del preservativo, creen que usar el preservativo corta el rollo, que disminuye la sensibilidad y que pedir a tu pareja que lo utilice puede interpretarse como una falta de confianza en función del género y del uso del preservativo autoinformado en los participantes sexualmente activos.

5.2.3.12. Modelos predictivos de la intención de uso del preservativo y del uso autoinformado del preservativo.

5.2.3.12.1. Construir modelos de regresión múltiple jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional a partir de las variables estudiadas.

5.2.3.12.2. Contruir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del preservativo autoinformado en la última relación sexual durante los últimos treinta días, a partir de las variables estudiadas relacionado con la prevención del contagio del VIH

5.2.3.12.3. Contruir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del preservativo autoinformado en la última relación sexual durante los últimos treinta días, a partir de las variables estudiadas relacionado con la prevención embarazos no deseados.

5.2.4. ANALISI COMPARATIVO DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO VIAL Y CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL EN LA ADOLESCENCIA

5.2.4.1. Variables conductuales: uso del casco y uso del preservativo

5.2.4.1.1 Examinar el grado de coincidencia entre el uso del casco y el uso del preservativo de los adolescentes de la muestra y analizar las diferencias o similitudes en función del sexo.

5.2.4.2. Intención de uso del casco e intención de uso del preservativo

- 5.2.4.2.1. Analizar el grado de coincidencia entre la intención de uso del casco y la intención de uso del preservativo de los participantes de la muestra y observar las diferencias o similitudes en función del sexo.

5.2.4.3. Creencias sobre la aceptación del uso del casco y del preservativo.

- 5.2.4.3.1. Comparar las creencias respecto a la aceptación del casco al circular en ciclomotor con las creencias respecto a la aceptación del preservativo por parte del padre y de la madre en función del género.

- 5.2.4.3.2. Comparar las creencias respecto a la aceptación del casco al circular en ciclomotor con las creencias respecto a la aceptación del preservativo ciclomotor por parte del mejor amigo y de la mejor amiga según el género.

5.2.4.4. Creencias sobre el uso del casco y del preservativo

- 5.2.4.4.1. Analizar si la creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de sus amigos y amigas cuando circulan en moto coincide con la creencia sobre el uso del preservativo por parte de sus amigos/as y comprobar si existen diferencias en función del sexo.

5.2.4.5. Expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco y del preservativo

- 5.2.4.5.1. Evaluar el grado de concordancia entre las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco (como conductor y como acompañante) y las expectativas de autoeficacia en relación al uso del preservativo (con pareja estable y con pareja ocasional) y observar si existen diferencias o similitudes en función del género.

5.2.4.6. Expectativas de resultado en relación al uso del casco y del preservativo

5.2.4.6.1. Analizar el grado de concordancia entre la creencia en la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente y la creencia en la efectividad del preservativo para evitar el sida y un embarazo no deseado y examinar si existen diferencias entre chicos y chicas.

5.2.4.7. Percepción de vulnerabilidad

5.2.4.7.1. Examinar el grado de concordancia entre la percepción de vulnerabilidad a tener un accidente de tráfico y la percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH y a tener un embarazo no deseado y evaluar las diferencias o similitudes en función del sexo.

5.2.4.8. Preocupación

5.2.4.8.1. Comparar el grado de concordancia entre la preocupación por sufrir un accidente de moto, la preocupación por contagiarse con el VIH y la preocupación por tener un embarazo no deseado e identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.4.9. Actitudes en relación al uso del casco y del preservativo

5.2.4.9.1. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a la comodidad del uso del casco y del preservativo e identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.2.9.2. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será agradable e identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.2.9.3. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será práctico e identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.2.9.4. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será sensato e identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

5.2.2.10. Consecuencias inmediatas en relación al uso del casco y al uso del preservativo.

5.2.2.10.1 Evaluar el grado de coincidencia entre la molestia que ocasiona el uso del casco y el uso del preservativo, e identificar las semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas

5.2.2.10.2. Evaluar el grado de coincidencia entre la molestia que ocasiona el uso del casco y el uso del preservativo en los participantes que mantuvieron relaciones sexuales y circularon en ciclomotor en los últimos treinta días, e identificar las semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

6

METODOLOGÍA

6.1. MUESTRA

La muestra está formada por 500 jóvenes estudiantes, de tercero y cuarto de ESO del año académico 2002-2003, de 3 centros de enseñanza secundaria de la comarca de la Selva (Girona). El 49,5% de los participantes son de género masculino. La edad media es de 15,19 años (desviación típica = 0,76) situándose el rango de edad entre los 13 y los 17 años.

Se seleccionaron estos tres institutos por las facilidades de acceso de la autora de este trabajo.

Participan en el estudio los alumnos de los institutos seleccionados que se encontraban en el aula el día en que se aplicó el cuestionario. Todos ellos dieron su consentimiento para responderlo. De los 510 estudiantes que respondieron al cuestionario forman parte de la muestra final 500. Diez adolescentes no forman parte del estudio porque rellenaron incorrectamente el cuestionario.

Es de destacar que cuando se analizan los resultados en relación al casco el tamaño de la muestra varía en función de los casos perdidos relativos a cada ítem. En el caso del uso del preservativo la muestra se reduce a 484 participantes, dado que en un aula de uno de los centros no se nos autorizó a pasar la parte del cuestionario referente a sexualidad.

6.2. INSTRUMENTO Y VARIABLES

Para la recogida de la información se empleó un cuestionario auto-administrado dividido en dos partes. Una parte evalúa el comportamiento vial y la otra el comportamiento sexual. Este instrumento, de elaboración propia, es una adaptación de otros instrumentos basados en los modelos teóricos de A. Bandura (1979) (expectativas de resultado y de autoeficacia), N. Weinstein (1982) (percepción de

vulnerabilidad y sesgo optimista), I.Ajzen y M.Fishbein (1980) (actitudes personales y normas sociales percibidas), entre los que destacamos además de los aplicados por los propios autores, los de Marín y Gómez (1993); Planes (1995); Ferrand et al. (2000), Arduin, et al. (2001) y Cassamo (2004).

Con este instrumento se recogieron datos demográficos como la edad y el sexo, además de evaluar cuestiones relacionadas con la conducta sexual y el comportamiento vial. En el anexo 11 se presenta una copia del cuestionario.

6.2.1. VARIABLES

1. Variables demográficas

Se recogió información sobre la edad y el sexo de los participantes.

PARTE I: COMPORTAMIENTO VIAL

1. Uso auto informado del casco la última vez que circuló en moto

Para evaluar el uso del casco la última vez que circuló en moto se utilizó la siguiente pregunta “En caso de que hayas circulado en moto durante los últimos treinta días ¿Podrías decir si has usado siempre el casco?” con tres posibilidades de respuesta:

- No he ido en moto
- No he utilizado el casco la última vez que circulé en moto
- Sí he utilizado el casco la última vez que circulé en moto

2. Intención de uso del casco cuando se circula en moto.

La intención de uso del casco cuando se circula en moto se evaluó mediante dos preguntas que aludían a cuan seguros estaban de que cuando circularan en moto, iban a utilizarlo. Se diferenciaba en caso de ser conductor y de ser acompañante. El sujeto debía señalar una puntuación entre 0 = Nada seguro/a, y 10 = Totalmente seguro/a.

Se utilizaron las siguientes afirmaciones:

- Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como **conductor/a**, utilizaré el casco.
- Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como **acompañante**, utilizaré el casco.

3. Creencias sobre la aceptación del uso del casco por parte de padres y amigos

Esta variable fue medida en una escala tipo Lickert de once valores (mínimo 0 y máximo 10), a partir de cuatro preguntas que se refieren a la aceptación del uso del casco por parte de las personas significativas como padres y amigo/a más cercano/a.

Las preguntas son las siguientes:

- ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu **padre**?
- ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu **madre**?
- ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu mejor **amigo**?
- ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu mejor **amiga**?

4. Creencias sobre el uso del casco por parte de padres y amigos

Para evaluar la creencia del sujeto sobre el uso del casco por parte de padres y amigos/as cuando circulan en moto, se formularon cuatro preguntas. Las opciones de respuesta eran 1= siempre 2= a veces 3= nunca 4= no circula en moto.

Las preguntas son las siguientes:

- ¿Tu **padre** utiliza el casco cuando circula en moto?
- ¿Tu **madre** utiliza el casco cuando circula en moto?
- ¿La mayoría de tus **amigos** cuando van en moto utilizan el casco?
- ¿La mayoría de tus **amigas** cuando van en moto utilizan el casco?

5. Expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco

Para determinar la autoeficacia para usar el casco se han planteado dos cuestiones a las que el sujeto debía puntuar de 0 = Nada capaz a 10 = Totalmente capaz. También existía la opción de respuesta: no circulo en moto.

Las preguntas son:

- ¿Hasta qué punto te sientes capaz de utilizar siempre el casco **cuando conduces** una moto?
- ¿Hasta qué punto te sientes capaz de utilizar siempre el casco **cuando vas como acompañante** en moto?

6. Expectativas de resultado en relación al uso del casco

Para medir esta variable se utilizó una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de unas afirmaciones donde se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con ellas (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

Las afirmaciones son las siguientes:

- Usar casco cuando circulas en moto **evita lesiones graves** en caso de accidente.
- Para evitar lesiones graves en caso de accidente **es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado.**
- El casco **no es necesario** para circular en moto por ciudad.
- Para **evitar la multa** es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado.

7. Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto.

La vulnerabilidad percibida a sufrir un accidente de moto se evaluó con dos preguntas a las que el sujeto debía contestar en función de su creencia en la probabilidad de ocurrencia (0 = Nada probable 10= Muy probable). La primera hacía referencia a la probabilidad personal de sufrir un accidente de moto y la segunda a la probabilidad de que una persona de sus mismas características pudiera sufrir un accidente de moto.

Las preguntas son:

- ¿Qué probabilidad crees que tienes de **sufrir un accidente de moto**?
- ¿Qué probabilidad crees que tiene **una persona de tu misma edad, curso y sexo** de sufrir un accidente cuando circula en moto.

8. Preocupación por sufrir un accidente de moto.

Para determinar el grado de preocupación por sufrir un accidente de moto se les planteaba una afirmación con la que debían de mostrar su acuerdo o desacuerdo (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

La afirmación es:

- Me preocupa tener un **accidente de moto**.

9. Actitudes hacia el uso del casco

Se utilizaron cuatro ítems para evaluar las actitudes hacia el uso del casco.

Las afirmaciones son las siguientes:

- Utilizar el casco cuando circulo en moto, pienso que para mí será **cómodo**. El participante debía puntuar de 0 = Nada cómodo, a 10 = Totalmente cómodo.
- Utilizar el casco cuando circulo en moto, pienso que para mí será **agradable**. El participante debía puntuar de 0 = Nada agradable, a 10 = Totalmente agradable.
- Utilizar el casco cuando circulo en moto, pienso que para mí será **práctico**. El participante debía puntuar de 0 = Nada práctico, a 10 = Totalmente práctico.
- Utilizar el casco cuando circulo en moto, pienso que para mí será **sensato**. El participante debía puntuar de 0 = Nada sensato, a 10 = Totalmente sensato.

10. Consecuencias negativas inmediatas del uso del casco.

Esta variable fue medida con una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de 3 afirmaciones donde se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se le presentaba (0= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

Las afirmaciones son las siguientes:

- Usar el casco es molesto.
- Usar el casco estropea el peinado.
- Si no utilizo el casco me sancionarán.

PARTE II: COMPORTAMIENTO SEXUAL

1. Uso autoinformado del preservativo en la última relación.

Para evaluar el uso autoinformado del condón en la última relación sexual se utilizó la siguiente pregunta “En caso de que hayas tenido alguna relación sexual durante los últimos treinta días ¿Podrías decir si has usado métodos preventivos?” Se presentaban tres posibilidades de respuesta:

- No he tenido relaciones sexuales
- No he usado métodos preventivos
- Sí he usado métodos preventivos

A continuación, se les pedía que concretasen el método utilizado (“Si utilizaste métodos preventivos en tu última relación sexual, por favor, podrías decir cuál?”)

2. Intención de uso del preservativo en las relaciones sexuales

La intención de uso del preservativo en las relaciones sexuales se evaluó mediante dos preguntas que aludían a cuan seguros estaban de que cuando tuviesen relaciones sexuales, iban a utilizarlo. Se diferenciaba el caso de una pareja estable y de una pareja ocasional. El sujeto debía puntuar de 0 = Nada seguro/a, a 10 = Totalmente seguro/a.

Se utilizaron las siguientes afirmaciones:

- Estoy seguro/a de que cuando tenga relaciones sexuales con una **pareja estable**, utilizaremos preservativo.
- Estoy seguro/a de que cuando tenga relaciones sexuales con una **pareja ocasional**, utilizaremos preservativo.

3. Creencias sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de padres y amigos

Esta variable fue medida en una escala tipo Lickert de once valores (mínimo 0 y máximo 10), a partir de 6 preguntas que se refieren a la aceptación del uso del preservativo por parte de las personas significativas como padres, amigo/a más cercano/a, la propia pareja y otras parejas.

Las preguntas son las siguientes:

- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu **padre**?
- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu **madre**?
- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu **mejor amigo**?

- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu **mejor amiga**?
- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu **pareja actual**?
- ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tus **otras posibles parejas**?

4. Creencias sobre el uso del preservativo por parte de los amigos

Para evaluar la creencia del sujeto sobre el uso del preservativo que hacen los amigos/as cuando mantienen relaciones sexuales, se formuló la siguiente afirmación “La mayoría de tus amigos/as cuando mantienen relaciones sexuales” con tres opciones de respuesta:

- Utilizan el preservativo
- No utilizan preservativo
- Utilizan otros métodos de protección

Di cual/ cuáles: _____

A diferencia de cuando se evaluaba la creencia sobre el uso del casco, en este apartado no hemos incluido la creencia sobre el uso del preservativo que hacen los padres por considerar que es un comportamiento privado que es probable que en muchos casos se desconozca.

5. Expectativas de autoeficacia en relación al uso del preservativo, y al rechazo de relaciones sexuales sin protección.

Para determinar la autoeficacia para usar el preservativo, así como para negarse a mantener relaciones sexuales con la pareja que no quiera usarlo se han planteado 4 cuestiones a las que el sujeto debía puntuar de 0 = Nada capaz a 10 = Totalmente capaz.

Las preguntas son:

- ¿Hasta qué punto te sientes capaz de **utilizar siempre** el preservativo en tus relaciones sexuales con una **pareja estable**?

- ¿Hasta qué punto te sientes capaz de **utilizar siempre** el preservativo en tus relaciones sexuales con una **pareja ocasional**?
- ¿Hasta qué punto te sientes **capaz de negarte** a mantener relaciones sexuales con una **pareja estable** en el caso de que no quiera usar preservativo?
- ¿Hasta qué punto te sientes **capaz de negarte** a mantener relaciones sexuales con una **pareja ocasional** en el caso de que no quiera usar preservativo?

6. Expectativas de resultado:

6.1. En relación al uso del preservativo

Esta variable fue medida también con una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de dos afirmaciones. Se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se le presentaba (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

Las afirmaciones son las siguientes:

- Usar **preservativo** evita el contagio del virus del **Sida**.
- Usar **preservativo** evita los **embarazos**.

6.2. En relación al uso de pastillas anticonceptivas.

La siguiente variable fue medida también con una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de dos afirmaciones donde se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se le presentaba (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo). Las afirmaciones hacían referencia a la creencia en la efectividad para evitar el Sida y los embarazos no deseados de las pastillas anticonceptivas.

Las afirmaciones son:

- Usar **pastillas anticonceptivas** evita el contagio del virus del **Sida**.
- Usar **pastillas anticonceptivas** evita los **embarazos**.

6.3. En relación a la práctica de la “marcha atrás” o “Coitus interruptus”.

La medida de esta variable fue realizada con una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de 2 afirmaciones donde se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se le presentaba (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo). Éstas hacían referencia a la creencia en la efectividad para evitar el Sida y los embarazos no deseados de la “*marcha atrás*”.

Las afirmaciones son:

- La “*marcha atrás*” es un método efectivo para evitar el contagio del virus del **Sida**.
- La “*marcha atrás*” es un método efectivo para evitar los **embarazos**.

7. Accesibilidad del preservativo

Para determinar el grado de accesibilidad del preservativo se les planteaba una afirmación con la que debían de mostrar su grado de acuerdo o desacuerdo (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo)

La afirmación es:

- Cuando he necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos.

8. Percepción de vulnerabilidad:

8.1. A infectarse con el virus del Sida.

La vulnerabilidad percibida a infectarse con el virus de la sida se evaluó con dos preguntas a las que el sujeto debía contestar en función de su creencia en la probabilidad de ocurrencia (0 = Nada probable 10= Muy probable). La primera hacía referencia a la probabilidad personal de infectarse y la segunda a la probabilidad de que una persona de sus mismas características pudiera infectarse.

Las preguntas son:

- ¿Qué probabilidad crees que **tienes de infectarte** con el virus del Sida?
- ¿Qué probabilidad crees que **tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo** de infectarse con el virus del Sida.

8.2. A sufrir un embarazo no deseado.

Para evaluar la vulnerabilidad percibida a sufrir un embarazo no deseado se formularon dos preguntas diferentes en función del género. En el caso de las chicas se les preguntaba por su creencia en la probabilidad personal de quedarse embarazada y por la probabilidad de que alguien de sus mismas características se quedara embarazada. En el caso de los chicos se les preguntaba sobre la probabilidad de dejar embarazada a alguna chica y la creencia en la probabilidad de que alguien de sus mismas características dejara embarazada a una chica.

En el caso de las chicas las preguntas son:

- ¿Qué probabilidad crees que tienes de **tener un embarazo** no deseado?
- ¿Qué probabilidad crees que **tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo** de tener un embarazo no deseado?

En el caso de los chicos las preguntas son:

- ¿Qué probabilidad crees que tienes de **dejar a una chica embarazada** sin desearlo?
- ¿Qué probabilidad crees que tiene **una persona de tu misma edad, curso y sexo** de dejar a una chica embarazada sin desearlo?

9. Preocupación:

9.1. Por infectarse con el virus del Sida.

Para determinar el grado de preocupación por infectarse con el virus del Sida se les planteaba una afirmación con la que debían de mostrar su acuerdo o desacuerdo (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo)

La afirmación es

- Me preocupa contagiarme con el virus del Sida.

9.2. Por sufrir un embarazo o dejar embarazada a una chica.

Con la finalidad de evaluar el grado de preocupación por sufrir un embarazo o dejar embarazada a una chica se les planteaba una afirmación con la que debían de mostrar su acuerdo o desacuerdo (1= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

En el caso de las chicas la afirmación es:

- Me preocupa quedarme embarazada sin desearlo.

En el caso de los chicos la afirmación es:

- Me preocupa dejar embarazada a una chica sin desearlo.

10. Actitudes hacia el uso de preservativo en las relaciones sexuales

Se utilizaron cuatro ítems para evaluar las actitudes hacia el uso del condón:

- Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será **cómodo**. El sujeto debía puntuar de 0 = Nada cómodo, a 10 = Totalmente cómodo.
- Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será **agradable**. El sujeto debía puntuar de 0 = Nada agradable, a 10 = Totalmente agradable.
- Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será **práctico**. El sujeto debía puntuar de 0 = Nada práctico, a 10 = Totalmente práctico.
- Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será **sensato**. El sujeto debía puntuar de 0 = Nada sensato, a 10 = Totalmente sensato.

11. Consecuencias negativas inmediatas del uso del preservativo

Esta variable fue medida también con una escala tipus Lickert de diez valores, a partir de 4 afirmaciones donde se le pedía al sujeto que indicara su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación que se le presentaba (0= Totalmente en desacuerdo y 10 = Totalmente de acuerdo).

Las afirmaciones son las siguientes:

- Usar el preservativo es **molesto**
- Usar el preservativo "**corta el rollo**"
- Usar el preservativo **disminuye la sensibilidad**
- Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una **falta de confianza** en ella.

6.3. PROCEDIMIENTO

Durante los meses de septiembre y octubre de 2002 se contactó con la dirección de los 3 centros de enseñanza secundaria para solicitar los permisos para la administración de los cuestionarios a los alumnos que cursaban tercero y cuarto de ESO en ese año académico.

En enero de 2003 se inició el proceso de recogida de información. El investigador iba al aula en horas de tutoría y antes de que los alumnos respondieran el cuestionario se les comunicaba que éste era anónimo, confidencial y voluntario, y se les rogaba la máxima sinceridad, haciéndoles saber que no había respuestas correctas o incorrectas, que todo lo que contestaran era válido siempre que reflejasen lo que ellos pensaban. A continuación se les explicaba el procedimiento de cumplimentación del cuestionario.

La presentación de la investigadora y del cuestionario se realizaba del siguiente modo:

“Buenos días, me llamo Mònica y soy la persona responsable del “Punt de Salut Jove”, como sabéis este es un servicio que podéis utilizar para resolver vuestras dudas sobre sexualidad, drogas o cualquier otra cuestión que os preocupe. Hoy estoy aquí porque estoy realizando un estudio sobre los adolescentes para la universidad de Girona y necesito vuestra ayuda. Os pasaré un cuestionario que los que queráis podéis rellenar. En este cuestionario veréis que hay dos partes una de comportamiento vial y la otra de comportamiento sexual, os pediría que lo rellenarais en silencio y fuerais sinceros en vuestras respuestas, no tenéis que poner vuestro nombre por lo tanto es anónimo y confidencial, además no hay respuestas correctas ni incorrectas, se trata de que respondáis según vuestro caso. ¿Tenéis alguna pregunta? Muchas gracias.”

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, Versión 14.0 para windows.

7

RESULTADOS

El capítulo de resultados se ha subdividido en cuatro apartados. En el primero de ellos se describen las características de la muestra estudiada. En los dos siguientes se analizan variables relacionadas con el uso del casco y el uso del preservativo de los adolescentes. Cada uno de estos dos apartados se subdividen en cinco bloques:

1. Variables conductuales
2. Intención de Conducta
3. Variables antecedentes que pueden facilitar la conducta (influencia social, expectativas de autoeficacia y de resultados, percepción de vulnerabilidad, preocupación y actitudes).
4. Consecuencias de la conducta
5. Modelos predictivos de la intención de conducta y de la conducta.

En el último apartado se realiza una comparación entre las variables relacionadas con el uso del casco y con el uso del preservativo.

Dado que, como se ha expuesto en la parte teórica, los resultados de estudios previos muestran que existen diferencias en chicos y chicas en las variables estudiadas, sistemáticamente se han analizado los resultados por separado en función del género y del uso autoinformado de los métodos preventivos pertinentes.

7.1. CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

En la tabla 7.1 se presenta *la distribución de los participantes en función del género y de la edad*. Más de la mitad de los sujetos de la muestra tienen 15 años (Media= 15,19; dt= 0,76). Por lo que se refiere a la distribución en función del género, los porcentajes de chicos (49,9%) y de chicas (50,1%) son prácticamente idénticos. La edad media de los chicos es de 15,23 años (dt=0,78) y la edad media de las chicas es de 15,14 años (dt= 0,75).

Tabla 7.1. Distribución de los sujetos encuestados en función de la edad y el género.

GÉNERO	EDAD					
	13 Años	14 Años	15 Años	16 Años	17 Años	TOTAL
CHICOS	1 [0,4%]	38 [15,6%]	120 [49,2%]	74 [30,3%]	11 [4,5%]	244 [100%]
CHICAS	0 [0%]	42 [17,1%]	137 [55,9%]	55 [22,4%]	11 [4,5%]	245 [100%]
TOTAL	1 [0,2%]	80 [16,4%]	257 [52,6%]	129 [26,4%]	22 [4,6%]	489 [100%]

Frecuencia absoluta [] Porcentaje sobre el total de la fila

7.2. VARIABLES RELACIONADAS CON EL USO DEL CASCO EN LA ADOLESCENCIA

En este apartado se presentan los resultados referentes al uso del casco en la muestra estudiada de acuerdo con el siguiente esquema.

1. Variables conductuales: uso del ciclomotor y del casco
2. Intención de uso del casco
3. Antecedentes que pueden facilitar o inhibir la utilización del casco
 - 3.1 Creencias sobre la aceptación del uso del casco
 - 3.2 Creencias sobre el uso del casco por parte de los referentes
 - 3.3 Expectativas de autoeficacia
 - 3.4 Expectativas de resultado

3.5 Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto

3.6 Preocupación por sufrir un accidente de moto

3.7 Actitudes

4. Consecuencias inmediatas que pueden facilitar o inhibir la utilización del casco

5. Modelos predictivos

Modelos predictivos del uso del casco

Modelos predictivos de la intención de uso del casco

7.2.1. VARIABLES CONDUCTUALES: USO DEL CICLOMOTOR Y DEL CASCO

Objetivo nº 5.2.2.1.1: Evaluar el uso autoinformado del ciclomotor y del casco por parte de los adolescentes la última vez que circularon en este vehículo en los últimos treinta días e identificar si existen diferencias significativas en función del género y de la edad.

De los 479 adolescentes que respondieron a esta pregunta, un 74% (n= 354) han circulado los últimos 30 días en un ciclomotor. De ellos un 48% (n=170) son chicas y el 52% (n= 184) son chicos. Las diferencias por género son estadísticamente significativas ($X^2_{(1)}= 3,98$; $P = 0,05$). Así pues, más chicos que chicas han utilizado este medio de transporte últimamente.

Aunque los resultados muestran que los chicos (82%) utilizaron más el casco que las chicas (79%) la última vez que circularon en ciclomotor, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)}= 0,47$; $P = 0,49$) (ver figura 7.2.1.1).

Por grupos de edades se observa que a los 13-14 años el 70,5% (n = 55) informa haber circulado en ciclomotor los últimos treinta días, mientras que entre los 15 y 17 años se hallan en esta situación un 75,1% (n = 301) de los adolescentes encuestados. La diferencia observada según el grupo de edad no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)}= 0,71$; $P = 0,40$).

El 86,8% de los adolescentes entre 13-14 años y el 79,1% entre los de 15 y 17 años utilizaron el casco la última vez que circularon en moto. La diferencia por grupo de edad no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)}= 2,14$; $P = 0,18$) (ver figura 7.2.1.2).

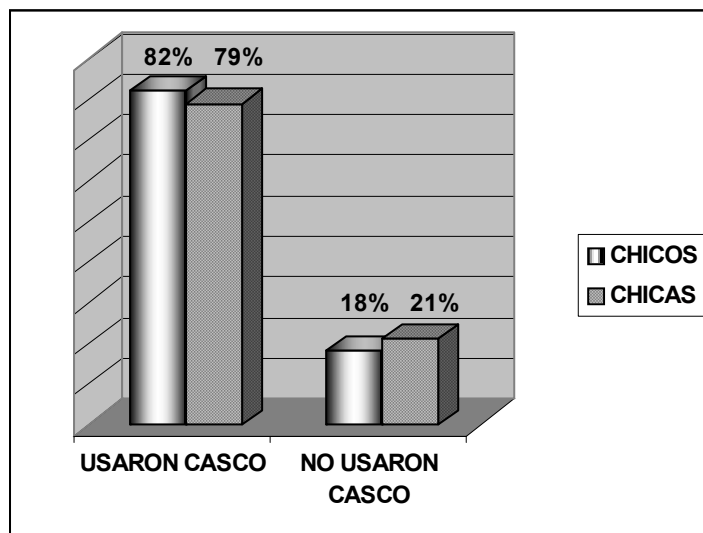


Figura 7.2.1.1. Distribución de los adolescentes según el uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor y el género (n= 433).

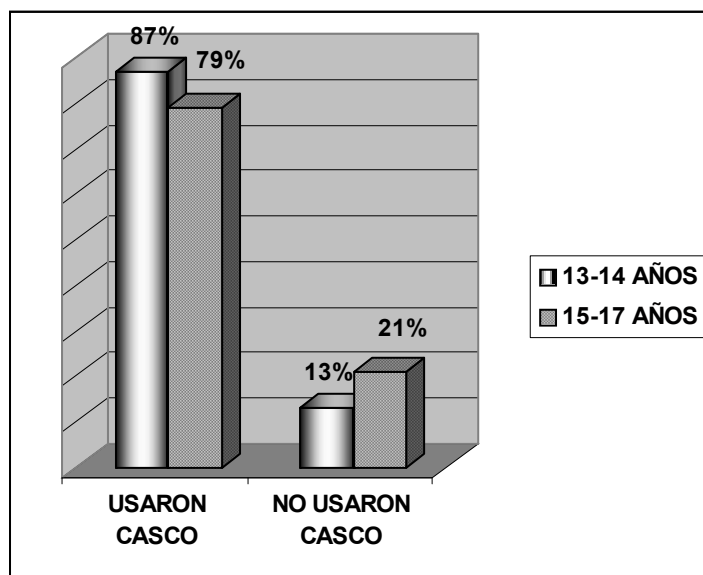


Figura 7.2.1.2. Distribución de los adolescentes según el uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor y la edad (n= 436).

7.2.2. INTENCIÓN DE USO DEL CASCO

Objetivo nº 5.2.2.2.1: Conocer la intención de uso del casco por parte de los adolescentes al circular en ciclomotor como conductor y como acompañante, y si dicha intención difiere según el uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En las tablas 7.2.2.1 y 7.2.2.2, se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable “*intención de utilizar el casco cuando se circula en ciclomotor*” como conductor y como acompañante, respectivamente en función del género y del uso autoinformado del casco. Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 (género x uso autoinformado del casco) indican que, en el caso de los conductores, la intención de uso del casco de los chicos es significativamente menor que la de las chicas ($F_{1,423}=12,62$; $P<0,0005$). Así mismo, aquellos conductores que la última vez que circularon en ciclomotor utilizaron el casco tienen como media más intención de utilizarlo que aquellos que no lo usaron ($F_{1,423} =111,99$; $P<0,0005$). No existe efecto de interacción entre las variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,423} =1,90$; $P=0,17$).

Tabla 7.2.2.1. Medias y desviaciones típicas de la intención de utilizar el casco cuando se circula como conductor, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	9,25 (1,98) 166	9,79 (0,77) 177	9,53 (1,51) 343
NO UTILIZA EL CASCO	6,32 (3,95) 37	7,53 (2,84) 47	7,00 (3,40) 84
TOTAL	8,72 (2,7) 203	9,31 (1,72) 224	9,03 (2,26) 427

Cuando analizamos la intención de uso del casco cuando se circula como acompañante (tabla 7.2.2.2) hallamos que son también las chicas las que están más seguras que lo utilizarán en comparación con los chicos pero las diferencias observadas no alcanzan la significación estadística ($F_{1,424} = 3,81$; $P=0,06$). La intención de usar el casco es mayor entre los participantes que lo utilizaron la última vez que circularon en ciclomotor, que entre aquellos que no lo utilizaron ($F_{1,424}=110,48$; $P<0,0005$). No se da efecto de interacción entre la variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,424}=0,43$; $P= 0,51$).

En general la intención de utilizar el casco cuando se circula en ciclomotor es mayor si lo hacen como conductor (puntuación media de 9,03) que como acompañante (puntuación media de 8,55) ($t = 6,09$; $P < 0,0005$).

Tabla 7.2.2.2. Medias y desviaciones típicas de la intención de uso del casco cuando se va como acompañante, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,76 (2,53) 166	9,49 (1,30) 177	9,14 (2,02) 343
NO UTILIZA EL CASCO	6,00 (3,48) 38	6,36 (3,08) 47	6,20 (3,25) 85
TOTAL	8,25 (2,93) 204	8,83 (2,22) 224	8,55 (2,59) 428

7.2.3. ANTECEDENTES QUE PUEDEN FACILITAR O INHIBIR LA UTILIZACIÓN DEL CASCO.

En los siguientes apartados se exponen los resultados obtenidos en relación con algunas variables antecedentes que de acuerdo con estudios previos pueden facilitar o inhibir la utilización de esta medida preventiva.

7.2.3.1. CREENCIAS SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL USO DEL CASCO POR PARTE DE LOS REFERENTES

Objetivo nº 5.2.2.3.1: Saber si las creencias respecto a la aceptación del casco al circular en ciclomotor por parte de familiares (padre y madre) y amigos (mejor amigo y mejor amiga) difieren según el uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.3.1.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable creencia en la *aceptación del uso del casco por parte del padre* en función del género y del uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor. En general los adolescentes creen que el casco es una medida muy aceptada por su padre (puntuaciones medias superiores a 8).

No se observan diferencias significativas entre chicos y chicas respecto a la aceptación del uso del casco por parte del padre ($F_{1,421}=1,18$; $P=0,27$). En cambio, aquellos sujetos que utilizan el casco creen en mayor medida que es una medida aceptada por su padre respecto a los que no lo utilizaron ($F_{1,421}=15,66$; $P<0,0005$). No existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,421}=0,27$; $P=0,60$).

Las medias y desviaciones típicas de la creencia sobre *la aceptación del uso del casco por parte de la madre* en función del género y del uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor se presentan en la tabla 7.2.3.1.2. En general los adolescentes de nuestra muestra creen que el casco es una medida más aceptada por su madre que por su padre ($t=-2,22$ $P=0,02$).

Tabla 7.2.3.1.1. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la aceptación del uso del casco por parte del padre en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	9,57 (1,73) 165	9,69 (1,48) 176	9,63 (1,61) 341
NO UTILIZA EL CASCO	8,58 (2,64) 38	8,93 (2,31) 46	8,77 (2,46) 84
TOTAL	9,38 (1,97) 203	9,54 (1,71) 222	9,46 (1,84) 425

Tampoco en el caso de la madre existen diferencias significativas en función del género ($F_{,423}=3,30$; $P= 0,07$), pero al igual que en el caso del padre encontramos diferencias estadísticamente significativas entre los adolescentes que utilizaron el casco y los que no lo hicieron, en el sentido de que el primer grupo cree en mayor medida que es una medida aceptada por su madre ($F_{1,423}=25,04$; $P< 0,0005$). No existe efecto de interacción entre el uso autoinformado del casco y el género ($F_{1,423} = 0,01$; $P= 0,90$).

Tabla 7.2.3.1.2. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la aceptación del uso del casco por parte de la madre en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	9,59 (1,71) 167	9,92 (0,49) 176	9,76 (1,25) 343
NO UTILIZA EL CASCO	8,61 (2,72) 38	8,98 (2,34) 46	8,81 (2,51) 84
TOTAL	9,41 (1,97) 205	9,73 (1,20) 222	9,57 (1,62) 427

En la tabla 7.2.3.1.3. se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable creencia sobre *la aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo* en función del género y del uso autoinformado del casco. Si observamos las tablas podemos apreciar que las puntuaciones no son tan elevadas como en el caso de la creencia sobre la aceptación paterna ($t= 8,65$; $P < 0,0005$) y materna ($t= 10,08$; $P < 0,0005$) sobre todo entre aquellos participantes que no utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor. Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2×2 (género x uso autoinformado del casco) indican que las chicas creen en mayor medida que los chicos que el uso del casco es una medida aceptada por su mejor amigo ($F_{1,414}=3,86$; $P= 0,05$). Entre los que utilizan el casco hay también una mayor creencia en que su mejor amigo acepta la utilización del casco ($F_{1,414}=35,49$; $P < 0,0005$). No hay efecto de interacción significativa entre el uso autoinformado del casco y el género ($F_{1,414}=0,60$; $P= 0,44$).

Tabla 7.2.3.1.3. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,57 (2,56) 160	8,94 (2,19) 175	8,76 (2,38) 335
NO UTILIZA EL CASCO	6,45 (3,71) 38	7,31 (2,70) 45	6,92 (3,21) 83
TOTAL	8,16 (2,93) 198	8,61 (2,39) 220	8,40 (2,66) 418

Las medias y desviaciones típicas de la creencia sobre *la aceptación del uso del casco por parte de la mejor amiga* en función del género y del uso autoinformado del casco se presentan en la tabla 7.2.3.1.4. A partir de la inspección visual de la tabla podemos constatar que las puntuaciones son ligeramente superiores a las encontradas respecto a la creencia sobre la aceptación del casco por parte del mejor amigo ($t = -3,74$; $P < 0,0005$). En este caso, no existen diferencias significativas en función del género ($F_{1,418}=1,44$; $P= 0,23$). Pero si las hallamos en función del uso, aquellos sujetos que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor, creen en mayor medida que su mejor amiga acepta la utilización del casco, que aquellos que no lo utilizaron ($F_{1,418}=24,70$; $P < 0,0005$). Tampoco se observa efecto de interacción entre el género y el uso autoinformado del casco ($F_{1,418}=0,67$; $P=0,41$).

Tabla 7.2.3.1.4. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la aceptación del uso del casco por parte de la mejor amiga en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,73 (2,62) 164	9,33 (1,70) 176	9,04 (2,21) 340
NO UTILIZA EL CASCO	7,49 (3,56) 37	7,60 (2,83) 45	7,55 (3,16) 82
TOTAL	8,50 (2,85) 201	8,98 (2,10) 221	8,75 (2,49) 422

7.2.3.2. CREENCIAS SOBRE EL USO DEL CASCO POR PARTE DE LOS REFERENTES

Objetivo nº 5.2.2.4.1: Analizar si la creencia sobre el uso del casco por parte de familiares (padre y madre) y amigos/as cuando circulan en moto difiere según el uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor y el género cuando circulan en moto.

La tabla 7.2.3.2.1 muestra el porcentaje de participantes que creen que sus padres y amigos/as utilizan siempre el casco en función de si ellos lo usaron o no la última vez que circularon en ciclomotor y los resultados de la prueba X^2 . Entre los chicos, la creencia respecto al uso del casco paterno/materno y por parte de la mayoría de amigos está relacionada con su propio uso. En cambio no existe relación entre la creencia respecto al uso del casco por parte de la mayoría de amigas y su propio uso. En el caso de las chicas, la creencia en el uso que hacen del casco sus padres y sus amigos y amigas está relacionada con el uso que hacen ellas. En todos los casos, en

el grupo de sujetos que utilizan el casco, hay más participantes que creen que sus padres y amigos también lo utilizan.

Tabla 7.2.3.2.1. Porcentaje de participantes que creen que sus padres y amigos / as utilizan el casco, en función de su propio uso y del género, y resultados de la prueba X^2

VARIABLES		UTILIZA EL CASCO	NO UTILIZA EL CASCO	$X^2_{(1)}$ (P)
CHICOS	PADRE UTILIZA CASCO	88,0%	40,0%	19,58 ($<0,0005$)
	MADRE UTILIZA CASCO	98,3%	66,7%	12,38 (0,021)
	AMIGO UTILIZA CASCO	56,0%	23,3%	10,67 ($<0,0005$)
	AMIGA UTILIZA CASCO	59,6%	58,6%	0,009 (0,92)
CHICAS	PADRE UTILIZA CASCO	95,3%	46,7%	28,91 ($<0,0005$)
	MADRE UTILIZA CASCO	100%	33,3%	35,30 (0,002)
	AMIGO UTILIZA CASCO	57,4%	16,7%	16,27 ($<0,0005$)
	AMIGA UTILIZA CASCO	69,1%	25,8%	19,92 ($<0,0005$)

No encontramos diferencias entre chicos y chicas respecto a la creencia sobre el uso que hacen la mayoría de sus amigos ($X^2_{(1)}=0,42$; $P= 0,29$) y de sus amigas ($X^2_{(1)}=0,10$; $P= 0,41$) del casco.

7.2.3.3. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Objetivo nº 5.2.2.5.1: Conocer si existen diferencias por género y según el uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor, respecto a las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco al circular en un vehículo de dos ruedas con motor, como conductor y como acompañante.

En la tabla 7.2.3.3.1 están las medias y desviaciones típicas de la variable *expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco cuando se circula en ciclomotor como conductor* según el género y el uso autoinformado de este dispositivo de seguridad.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño 2 x 2 muestra que entre los participantes que conducen un ciclomotor, existen diferencias significativas en las expectativas de autoeficacia en función del género ($F_{1,349}= 7,46$; $P= 0,007$), en el sentido que, las chicas se sienten más capaces de utilizar el casco que los chicos. A su vez, aquellos que utilizaron el casco la última vez que circularon en moto también se sienten más capaces de utilizarlo que aquellos que no lo utilizaron ($F_{1,349}=67,73$; $P< 0,0005$). No existe efecto de interacción entre las variables género y uso autoinformado en relación a las expectativas de autoeficacia de los conductores ($F_{1,349}=1,73$; $P= 0,18$).

Tabla 7.2.3.3.1. Medias y desviaciones típicas de las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco cuando el participante conduce un ciclomotor, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	9,30 (1,92) 154	9,68 (0,84) 135	9,48 (1,52) 289
NO UTILIZA EL CASCO	6,72 (4,05) 32	7,81 (2,29) 32	7,27 (3,31) 64
TOTAL	8,85 (2,60) 186	9,32 (1,44) 167	9,08 (2,14) 353

Por lo que respecta, a los participantes *que circulan en ciclomotor como acompañantes*, tampoco encontramos efecto de interacción entre los dos factores (género y uso de casco) ($F_{1,394}= 0,13$; $P= 0,71$). Pero si son significativos los efectos principales del género ($F_{1,394}= 5,78$; $P= 0,01$) y de la utilización del casco ($F_{1,394}=88,74$; $P=<0,005$): las chicas se sienten más capaces de utilizar el casco cuando van de

acompañantes en un ciclomotor que los chicos y aquellos participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en moto se sienten más capaces de usarlo cuando van de acompañantes que los que no lo utilizaron (ver tabla 7.2.3.3.2).

Tabla 7.2.3.3.2. Medias y desviaciones típicas de las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco cuando el participante va de acompañante, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,87 (2,19) 158	9,44 (1,33) 168	9,17 (1,82) 326
NO UTILIZA EL CASCO	6,16 (3,58) 32	6,93 (2,87) 40	6,58 (3,20) 72
TOTAL	8,42 (2,67) 190	8,96 (1,99) 208	8,70 (2,35) 398

7.2.3.4. EXPECTATIVAS DE RESULTADO

Objetivo nº 5.2.2.6.1: Evaluar hasta qué punto los adolescentes creen que usar el casco es una conducta eficaz para evitar lesiones graves en caso de accidente y determinar si esta creencia se relaciona con el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.3.4.1 se presentan los resultados de la variable creencia respecto a la efectividad del casco como medida preventiva. Cabe destacar que en general las puntuaciones medias son elevadas lo cual indica que mayoritariamente se considera que es una medida efectiva.

Las chicas creen más que los chicos que el casco es una medida efectiva para evitar lesiones graves ($F_{1,406} = 10,43$; $P = 0,001$). Del mismo modo, aquellos adolescentes que utilizaron el casco creen en mayor medida que los que no lo usaron en la efectividad de esta medida preventiva ($F_{1,406} = 11,92$; $P = 0,001$). No existe efecto de interacción entre los dos factores sobre la creencia en la efectividad del casco ($F_{1,406} = 0,92$; $P = 0,33$).

Tabla 7.2.3.4.1. Medias y desviaciones típicas de la expectativa de que usar el casco evita lesiones graves en caso de accidente, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,94 (2,49) 164	9,56 (1,32) 168	9,25 (2,01) 332
NO UTILIZA EL CASCO	7,73 (3,45) 37	8,88 (2,15) 41	8,33 (2,88) 78
TOTAL	8,72 (2,72) 201	9,43 (1,54) 209	9,08 (2,22) 410

Objetivo nº 5.2.2.6.2: Analizar hasta qué punto los participantes creen que usar el casco desatado es igual de eficaz para evitar lesiones graves en caso de accidente que usarlo atado y determinar si esta creencia se relaciona con el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

Los resultados referentes a la creencia de que para evitar lesiones graves en caso de accidente es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado se muestran en la tabla 7.2.3.4.2. En general las puntuaciones medias son muy bajas mostrando que la mayoría de participantes no creen que usar el casco desatado sea igual de efectivo que utilizarlo atado, aunque se observa una gran variabilidad en las respuestas. Encontramos diferencias significativas en función del género ($F_{1,402} = 7,85$; $P = 0,005$), en el sentido, de que los chicos piensan en mayor medida que las chicas que el casco es igual de efectivo si lo utilizas desatado que si lo llevas atado. Además, aquellos participantes que no utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor están significativamente más de acuerdo que los que lo utilizaron con la creencia de que es igual de efectivo ($F_{1,402} = 23,76$; $P < 0,0005$). No existe efecto de interacción significativo entre las variables género y uso autoinformado de casco ($F_{1,402} = 0,07$; $P = 0,79$).

Tabla 7.2.3.4.2. Medias y desviaciones típicas de la expectativa de que para evitar lesiones graves en caso de accidente es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	2,65 (3,08) 160	1,74 (2,07) 168	2,19 (2,65) 328
NO UTILIZA EL CASCO	4,49 (3,86) 37	3,39 (3,38) 41	3,91 (3,63) 78
TOTAL	2,99 (3,31) 197	2,07 (2,47) 209	2,52 (2,94) 406

Objetivo nº 5.2.2.6.3: Conocer si los participantes creen que el uso del casco no es una medida de protección necesaria cuando circulan por ciudad y si esta creencia difiere según el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

A continuación se presentan los resultados sobre la creencia de que utilizar casco por ciudad no es necesario (tabla 7.2.3.4.3). Podemos observar que en general las puntuaciones medias son bajas indicando que mayoritariamente los participantes creen que el uso del casco es necesario por ciudad, aunque existe una elevada variabilidad en las respuestas. Las adolescentes están mayormente en desacuerdo con esa creencia que los adolescentes ($F_{1,409} = 5,53$; $P = 0,02$). Aquellos participantes que no utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor están más de acuerdo con esta creencia que aquellos que si lo utilizan ($F_{1,409} = 19,05$; $P < 0,0005$). No existe efecto de interacción entre las variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,409} = 0,35$; $P = 0,55$).

Tabla 7.2.3.4.3. Medias y desviaciones típicas de la creencia de que el casco no es necesario por ciudad, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	2,81 (3,24) 160	2,15 (2,56) 168	2,48 (2,93) 332
NO UTILIZA EL CASCO	4,68 (3,62) 37	3,57 (3,27) 44	4,07 (3,46) 81
TOTAL	3,15 (3,38) 201	2,44 (2,77) 212	2,79 (3,10) 413

Objetivo nº 5.2.2.6.4: Explorar si la creencia respecto a que para evitar la multa es igual de efectivo usar el casco atado que desatado se relaciona con el uso autoinformado de éste la última vez que circuló en ciclomotor y el género.

Los resultados sobre la creencia de que para evitar la multa es igual de efectivo utilizar el casco desatado que atado los encontramos en la tabla 7.2.3.4.4. En general podemos observar también en este caso que las puntuaciones medias no son elevadas pero muestran una gran variabilidad. Aunque la media de los chicos es más elevada que la de las chicas las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($F_{1,404}=1,63$; $P= 0,20$). En cambio si las encontramos en función del uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor ($F_{1,404}=12,61$; $P<0,0005$). Aquellas personas que no utilizaron el casco están más de acuerdo que las que lo utilizaron con la creencia de que para evitar la multa es igual de efectivo si lo llevas desatado que atado. No existe efecto de interacción entre las variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,402}=0,09$; $P= 0,76$).

Tabla 7.2.3.4.4. Medias y desviaciones típicas de la creencia de que para evitar la multa es igual de efectivo usar el casco desatado que atado, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	3,73 (3,55) 162	3,05 (3,16) 167	3,39 (3,37) 329
NO UTILIZA EL CASCO	5,14 (4,11) 37	4,71 (3,33) 42	4,91 (3,70) 79
TOTAL	3,99 (3,69) 199	3,39 (3,25) 209	3,68 (3,48) 408

7.2.3.5. PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD A SUFRIR UN ACCIDENTE DE MOTO

Objetivo nº 5.2.2.7.1: Estudiar en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a sufrir un accidente de moto y comparar con la vulnerabilidad que creen que tienen otros adolescentes de similares características y si tales valoraciones se relacionan con el uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.3.5.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable percepción de vulnerabilidad propia y de otras personas de sus mismas características, en función del género y del uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 x 2, donde el primer factor es intrasujetos (tipo de vulnerabilidad) y los otros dos son intersujeto (género y uso del casco) muestran que no existe interacción de tercer orden entre el tipo de vulnerabilidad (propia o en comparación con los demás), el género y el uso del casco ($F_{1,389} = 0,81$; $P = 0,37$). Tampoco existe interacción entre el tipo de vulnerabilidad y el género ($F_{1,389} = 3,67$; $P = 0,06$), entre el tipo de vulnerabilidad y el uso del casco ($F_{1,389} = 0,31$; $P = 0,57$), ni entre el género y el uso del casco ($F_{1,389} = 0,85$; $P = 0,35$). El efecto principal del tipo de vulnerabilidad es estadísticamente significativo ($F_{1,389} = 81,06$; $P < 0,005$), pero no lo son el del factor género ($F_{1,389} = 0,25$; $P = 0,61$), ni el del factor uso del casco la última vez que circuló en ciclomotor ($F_{1,389} = 2,95$; $P = 0,08$). De acuerdo con estos resultados cuando se pregunta por la vulnerabilidad de sufrir un accidente los participantes creen que su probabilidad es menor que la probabilidad de otras personas de sus mismas características independientemente de si es chico o chica y de si utilizó o no el casco la última vez que circuló en ciclomotor.

Tabla 7.2.3.5.1. Medias y desviaciones típicas de la percepción de vulnerabilidad según el tipo de vulnerabilidad, el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor, y el género.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Qué probabilidad crees que tienes de sufrir un accidente de moto	Utilizó casco	4,80 (3,35) 155	4,33 (2,77) 163	4,56 (3,07) 318
	No utilizó casco	5,53 (3,61) 34	4,88 (3,44) 41	5,17 (3,51) 75
TOTAL		4,93 (3,40) 189	4,44 (2,92) 204	4,67 (3,16) 393
Qué probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad y sexo de sufrir un accidente cuando circula en moto	Utilizó casco	6,25 (2,96) 155	6,98 (2,08) 163	6,62 (2,57) 318
	No utilizó casco	7,12 (2,90) 34	6,90 (2,46) 41	7,00 (2,66) 75
TOTAL		6,40 (2,96) 189	6,96 (2,16) 204	6,69 (2,58) 393

7.2.3.6. PREOCUPACIÓN POR SUFRIR UN ACCIDENTE DE MOTO

Objetivo nº 5.2.2.8.1: Evaluar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de sufrir un accidente de ciclomotor y analizar si existen diferencias en función del uso autoinformado del casco la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

A continuación, se detallan los resultados en relación a la preocupación por sufrir un accidente de moto en función del género y del uso autoinformado del casco (ver tabla 7.2.3.6.1).

Tabla 7.2.3.6.1. Medias y desviaciones típicas de la preocupación por tener un accidente de moto, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	7,57 (3,10) 164	8,21 (2,89) 173	7,90 (3,01) 337
NO UTILIZA EL CASCO	5,00 (3,77) 37	6,65 (3,58) 46	5,92 (3,74) 83
TOTAL	7,10 (3,38) 201	7,88 (3,11) 219	7,51 (3,26) 420

Las chicas se sienten más preocupadas por tener un accidente de moto que los chicos ($F_{1,416}=8,73$; $P=0,003$). Así mismo encontramos que aquellos adolescentes que utilizaron el casco se sienten más preocupados por tener un accidente de moto que los que no lo utilizaron ($F_{1,416}=28,47$; $P<0,0005$). No se ha encontrado interacción entre las variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,416}=1,72$; $P=0,19$).

7.2.3.7. ACTITUDES

Objetivo nº 5.2.2.9.1: Examinar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será cómodo e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de este dispositivo de seguridad la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.3.7.1, encontramos los resultados referentes a si los participantes consideran que utilizar el casco les resultará cómodo. Existe efecto de interacción entre las variables género y uso del casco autoinformado ($F_{1,250} = 5,03$; $P = 0,03$): las chicas que no utilizan el casco exponen que para ellas utilizar esta medida preventiva resulta menos cómoda en comparación con aquellas que si la utilizaron. En cambio entre los chicos prácticamente no se observan diferencias en función del uso autoinformado del casco. El efecto del factor género ($F_{1,250} = 8,60$; $P = 0,004$) es significativo pero no el del uso autoinformado del casco ($F_{1,250} = 3,56$; $P = 0,06$).

Tabla 7.2.3.7.1. Medias y desviaciones típicas del ítem “utilizar el casco será cómodo para mí”, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	6,56 (3,35) 111	6,13 (3,49) 106	6,35 (3,42) 217
NO UTILIZA EL CASCO	6,78 (4,12) 18	3,58 (3,42) 19	5,14 (4,06) 37
TOTAL	6,59 (3,45) 129	5,74 (3,58) 125	6,17 (3,53) 254

Objetivo nº 5.2.2.9.2: Analizar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será agradable e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado del mismo la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

Los resultados sobre el ítem “utilizar el casco será agradable para mí” se presentan en la tabla 7.2.3.7.2. A pesar de que como media a los chicos les resulta más agradable que a las chicas el uso del casco, y a aquellos que lo utilizaron la última vez que circularon en ciclomotor más que a los que no lo utilizaron no hay diferencias significativas en relación al género ($F_{1,233}=3,56$; $P= 0,07$), ni en relación al uso autoinformado ($F_{1,233}=2,72$; $P= 0,10$). No se ha encontrado tampoco efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,233}=0,54$; $P= 0,46$).

Tabla 7.2.3.7.2. Medias y desviaciones típicas del ítem “utilizar el casco será agradable para mí”, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	6,11 (3,29) 103	5,44 (3,26) 102	5,78 (3,29) 205
NO UTILIZA EL CASCO	5,53 (3,74) 15	3,94 (3,07) 17	4,69 (3,44) 32
TOTAL	6,03 (3,34) 118	5,23 (3,27) 119	5,63 (3,32) 237

Objetivo nº 5.2.2.9.3: Evaluar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será práctico e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

A continuación, se detallan las respuestas al ítem “Utilizar el casco será práctico para mí” en función del género y de su uso autoinformado en el último viaje en ciclomotor (ver tabla 7.2.3.7.3). A pesar de que la puntuación media de los chicos es más elevada que la de las chicas no existen diferencias significativas entre ellos y ellas ($F_{1,379}=0,03$; $P= 0,86$). En cambio, aquellos participantes que utilizaron el casco consideran en mayor medida que aquellos que no lo utilizaron que usar casco será práctico ($F_{1,379}=31,08$; $P<0,0005$). No existe, tampoco en este caso, efecto de interacción entre los dos factores ($F_{1,242}=0,39$; $P= 0,52$).

Tabla 7.2.3.7.3. Medias y desviaciones típicas del ítem “utilizar el casco será práctico para mí”, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,44 (2,69) 147	8,26 (2,58) 156	8,35 (2,63) 303
NO UTILIZA EL CASCO	6,09 (4,34) 33	6,40 (3,46) 43	6,26 (3,84) 76
TOTAL	8,01 (3,18) 180	7,86 (2,89) 199	7,93 (3,03) 379

Objetivo nº 5.2.2.9.4: *Estudiar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco cuando circulen en ciclomotor será sensato e identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.*

En la tabla 7.2.3.7.4 se presentan los resultados en relación a la afirmación “Utilizar el casco será sensato para mí” en función del género y del uso autoinformado del casco. No existen diferencias significativas según el género ($F_{1,252}=0,00$; $P= 0,98$), ni en relación al uso autoinformado ($F_{1,252}=2,03$; $P= 0,15$). No se ha encontrado tampoco efecto de interacción entre las variables ($F_{1,252}=0,63$; $P= 0,43$).

Tabla 7.2.3.7.4. Medias y desviaciones típicas del ítem “utilizar el casco será sensato para mí”, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	9,00 (2,44) 113	9,33 (1,79) 108	9,16 (2,15) 223
NO UTILIZA EL CASCO	8,73 (2,89) 15	8,39 (2,91) 18	8,55 (2,86) 33
TOTAL	8,97 (2,49) 128	9,20 (2,00) 128	9,08 (2,25) 256

7.2.4. CONSECUENCIAS INMEDIATAS QUE PUEDEN FACILITAR O INHIBIR LA UTILIZACIÓN DEL CASCO.

Objetivo nº 5.2.2.10.1: Evaluar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco es molesto e identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.4.1.1 se describen los resultados de la variable “usar el casco es molesto”, en función del género y del uso autoinformado de éste. Si analizamos las diferencias en función del género podemos apreciar que aunque a ellas les resulta más molesto no existen diferencias significativas por género ($F_{1,406}=0,14$; $P= 0, 71$). En cambio a aquellos adolescentes que no utilizaron el casco les resulta más molesto que a los que si lo utilizaron ($F_{1,406}=7,97$; $P= 0,005$). El efecto de interacción entre el género y uso autoinformado del casco no es significativo ($F_{1,406}=0,28$; $P= 0,59$).

Tabla 7.2.4.1.1. Medias y desviaciones típicas de la consecuencia inmediata, usar el casco es molesto, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	5,25 (3,36) 161	5,62 (3,26) 167	5,44 (3,31) 328
NO UTILIZA EL CASCO	6,62 (3,52) 37	6,56 (2,99) 45	6,59 (3,22) 82
TOTAL	5,51 (3,43) 198	5,82 (3,22) 212	5,67 (3,32) 410

Objetivo nº 5.2.2.10.2: Estudiar hasta qué punto los participantes consideran que usar el casco estropea el peinado e identificar semejanzas y / o diferencias en función del uso autoinformado de esta medida preventiva la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

En la tabla 7.2.4.1.2 se presentan las medias y desviaciones típicas de esta variable según el género y el uso autoinformado del casco.

Los resultados del análisis factorial 2 x 2 muestran que a pesar de que las chicas tienen las medias más elevadas que los chicos no existen diferencias significativas en función del género ($F_{1,407}=0,98$; $P= 0,32$) ni en función del uso del casco que hagan ($F_{1,407}=0,11$; $P= 0,74$). Tampoco existe efecto de interacción entre el género y uso autoinformado del casco ($F_{1,407}=0,00$; $P= 0,99$).

Tabla 7.2.4.1.2. Medias y desviaciones típicas de la consecuencia inmediata, usar el casco estropea el peinado, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	7,30 (3,35) 164	7,72 (3,17) 167	7,51 (3,27) 331
NO UTILIZA EL CASCO	7,17 (3,72) 35	7,58 (3,09) 45	7,40 (3,36) 80
TOTAL	7,28 (3,41) 199	7,69 (3,15) 212	7,49 (3,28) 411

Objetivo nº 5.2.2.10.3: Analizar hasta qué punto los participantes piensan que serán sancionados si no utilizan el casco e identificar semejanzas y / o diferencias en función de su uso autoinformado la última vez que circularon en ciclomotor y el género.

Los resultados sobre el ítem “si no utilizo el casco me sancionaran” se presentan en la tabla 7.2.4.1.3. El análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 nos indica que no existen diferencias significativas en función del género ($F_{1,408}=1,26$; $P= 0,26$). Tanto chicos como chicas creen en igual medida que si no utilizan el casco serán sancionados. Donde si encontramos diferencias significativas es en función del uso autoinformado del casco ($F_{1,408}=23,46$; $P< 0,0005$). Los sujetos que utilizaron el casco están mucho más de acuerdo que aquellos que no lo utilizaron respecto a que pueden ser sancionados por no usar el casco. No hay efecto de interacción entre las variables género y uso autoinformado del casco ($F_{1,408}=0,17$; $P= 0,68$).

Tabla 7.2.4.1.3. Medias y desviaciones típicas de la consecuencia inmediata, si no utilizo el casco me sancionaran, en función de género y del uso autoinformado del casco.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZA EL CASCO	8,80 (2,56) 164	9,26 (1,59) 168	9,04 (2,14) 332
NO UTILIZA EL CASCO	7,49 (3,54) 37	7,70 (2,94) 43	7,60 (3,22) 80
TOTAL	8,56 (2,81) 201	8,94 (2,04) 211	8,76 (2,45) 412

7.2.5. MODELOS PREDICTIVOS DE LA INTENCIÓN DE USO DEL CASCO Y DEL USO AUTOINFORMADO DEL CASCO.

En este apartado se describen los modelos predictivos de la intención de uso del casco como conductor y como acompañante, así como de la utilización del casco la última vez que circuló en ciclomotor. Se utilizan como predictores las variables que según los modelos teóricos predican dichas intenciones y conducta.

7.2.5.1. MODELOS PREDICTIVOS DE LA INTENCIÓN DE USO DEL CASCO

Objetivo nº 5.2.2.11.1. Construir modelos de regresión múltiple jerárquica para predecir la intención de uso del casco cuando se circula como conductor y como acompañante, a partir de las variables estudiadas.

El análisis de regresión múltiple jerárquica se dividió en ocho pasos. En primer lugar se introdujeron las variables demográficas (sexo y edad). La secuencia de entrada del resto de variables se decidió a partir del estudio de los modelos teóricos analizados (Ajzen y Fishbein, 1980; Bandura y Walters, 1979; Bayés, 1995; Becker y Maiman, 1975; Rachlin, 1989 y Weinstein, 1982). De acuerdo con estos modelos los “pasos” para realizar una conducta preventiva podrían ser los siguientes: 1) sentirse vulnerable al problema o problemas de salud que se pretenden prevenir 2) saber que existen medidas eficaces de prevención 3) sentirse capaz de realizarla 4) estar preocupados por el problema en cuestión 5) tener actitudes favorables respecto a la conducta 6) que las consecuencias inmediatas de esa conducta sean positivas o al menos no muy negativas y 7) creer que la conducta es aceptada por los principales referentes.

No se ha incluido en el análisis la variable creencia en el uso del casco de los principales referentes debido a que se perdían muchos participantes ya que la mayoría de padres y madres no circulan en ciclomotor.

7.2.5.1.1. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del casco de los conductores de ciclomotor.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Intención de uso del casco al circular como conductor

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto.
- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto de otra persona de sus mismas características.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente.
- Creencia sobre la efectividad de usar el casco desatado.
- Creencia sobre si es necesario utilizar casco por ciudad
- Creencia sobre la efectividad del casco desatado para evitar la sanción

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia como conductor

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por sufrir un accidente de moto.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el casco será cómodo.
- Utilizar el casco será agradable.
- Utilizar el casco será práctico.
- Utilizar el casco será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el casco es molesto.
- Usar el casco estropea el peinado.
- Si no utilizo el casco me sancionarán.

Bloque 8: Influencia social

- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del padre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la madre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la mejor amiga.
- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigos.
- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigas.

Cuando se analiza el factor de inflación de la variancia de cada predictor se aprecia que el modelo ajustado está afectado de colinealidad debido a la contribución de las variables norma subjetiva paterna (FIV = 7,88), norma subjetiva materna (FIV = 6,08) y las actitudes comodidad (FIV = 8,59), y agrado (FIV = 9,32). Se procede a eliminar estas variables del modelo y se ajusta un nuevo modelo de regresión jerárquica.

En la tabla 7.2.5.1.1 se presentan los resultados de la regresión múltiple jerárquica que predice la intención de uso del casco al conducir un ciclomotor.

Tabla 7.2.5.1.1. Análisis de regresión jerárquica para la predicción de la intención de uso del casco como conductor.

Predictoras	B ₁	P ₂	r ₃	sr ₄	R ² ₅	ΔR ² ₆	P ₇
Paso 1 sexo edad	0,14 0,09	0,03 0,14	0,12 0,07	0,13 0,09	0,02	0,02	0,04
Paso 2 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria	0,12 0,11 -0,04 0,13	0,04 0,08 0,57 0,04	0,12 0,07 -0,00 0,11	0,12 0,10 -0,03 0,12	0,04	0,01	0,14
Paso 3 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa	0,02 0,05 0,06 0,07 0,49 0,04 -0,07 -0,22	0,81 0,36 0,27 0,19 <0,0005 0,46 0,23 <0,0005	0,12 0,07 -0,00 0,11 0,52 -0,27 -0,32 -0,28	0,01 0,04 0,05 0,06 0,44 0,04 -0,06 -0,19	0,34	0,31	<0,0005
Paso 4 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa expectativa autoeficacia	0,04 0,07 0,06 0,01 0,17 0,09 -0,07 -0,09 0,64	0,26 0,05 0,14 0,86 0,001 0,06 0,17 0,03 <0,0005	0,12 0,07 -0,00 0,11 0,52 -0,27 -0,32 -0,28 0,75	0,04 0,07 0,06 0,00 0,13 0,07 -0,05 -0,08 0,51	0,61	0,26	<0,0005

Paso 5							
sexo	0,05	0,26	0,12	0,04			
edad	0,08	0,05	0,07	0,07			
vulnerabilidad propia	0,06	0,14	-0,00	0,05			
vulnerabilidad vicaria	0,00	0,87	0,11	0,00			
evita lesiones	0,17	0,001	0,52	0,13	0,61	0,00	0,93
desatado evita lesiones	0,09	0,06	-0,27	0,07			
no necesario	-0,07	0,17	-0,32	-0,05			
desatado evita multa	-0,09	0,04	-0,28	-0,08			
expectativa autoeficacia	0,64	<0,0005	0,75	0,50			
Preocupación accidente	-0,00	0,93	0,32	-0,00			
Paso 6							
sexo	0,05	0,22	0,12	0,05			
edad	0,06	0,12	0,07	0,06			
vulnerabilidad propia	0,07	0,11	-0,00	0,06			
vulnerabilidad vicaria	0,03	0,41	0,11	0,03			
evita lesiones	0,14	0,00	0,52	0,10	0,64	0,03	<0,0005
desatado evita lesiones	0,13	0,01	-0,27	0,09			
no necesario	-0,04	0,33	-0,32	-0,03			
desatado evita multa	-0,07	0,11	-0,28	-0,06			
expectativa autoeficacia	0,61	<0,0005	0,75	0,47			
Preocupación accidente	0,00	0,88	0,32	0,00			
práctico	0,09	0,04	0,38	0,07			
sensato	0,14	0,002	0,39	0,11			
Paso 7							
sexo	0,06	0,11	0,12	0,06			
edad	0,06	0,09	0,07	0,06			
vulnerabilidad propia	0,08	0,05	-0,00	0,07			
vulnerabilidad vicaria	0,00	0,97	0,11	0,00			
evita lesiones	0,09	0,05	0,52	0,07			
desatado evita lesiones	0,13	0,00	-0,27	0,09			
no necesario	-0,05	0,29	-0,32	-0,04			
desatado evita multa	-0,06	0,13	-0,28	-0,05			
expectativa autoeficacia	0,56	<0,0005	0,75	0,41			
Preocupación accidente	-0,02	0,57	0,32	-0,02	0,68	0,03	<0,0005
práctico	0,09	0,03	0,38	0,08			
sensato	0,13	0,00	0,39	0,10			
molesto	-0,10	0,01	-0,19	-0,09			
estropea peinado	0,08	0,03	0,13	0,07			
sanción	0,16	<0,0005	0,51	0,13			
Paso 8							
sexo	0,04	0,29	0,12	0,04			
edad	0,04	0,28	0,07	0,04			
vulnerabilidad propia	0,06	0,12	-0,00	0,05			
vulnerabilidad vicaria	0,00	0,86	0,11	0,01			
evita lesiones	0,02	0,65	0,52	0,01			
desatado evita lesiones	0,15	0,00	-0,27	0,11			
no necesario	-0,05	0,25	-0,32	-0,04			
desatado evita multa	-0,06	0,14	-0,28	-0,05			
expectativa autoeficacia	0,48	<0,0005	0,75	0,32			
Preocupación accidente	0,01	0,81	0,32	0,01			
práctico	0,08	0,04	0,38	0,07			
sensato	0,08	0,07	0,39	0,06			
molesto	-0,08	0,03	-0,19	-0,07	0,71	0,03	<0,0005
estropea peinado	0,09	0,02	0,13	0,08			
sanción	0,13	0,00	0,51	0,10			
aceptación amigo	0,02	0,77	0,62	0,01			
aceptación amiga	0,23	<0,0005	0,64	0,12			
uso amigos	-0,04	0,30	-0,32	-0,03			
uso amigas	0,01	0,75	-0,35	0,01			
1 = Coeficiente Beta 2= Significación del coeficiente Beta 3= Correlación Orden Cero 4= Correlación Parcial							
5= R cuadrado 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación del cambio							

Las variables demográficas predicen un 2% de la intención de uso del casco cuando se conduce un ciclomotor. La vulnerabilidad percibida (propia o vicaria) a sufrir un accidente de tráfico no predice dicha intención. Una vez controladas las variables demográficas y la vulnerabilidad, las expectativas de resultados predicen un 31% de la variabilidad de la intención de uso y las expectativas de autoeficacia un 26%. La preocupación por sufrir un accidente de moto no incrementa significativamente el valor predictivo del modelo. Controlando las variables anteriores, las actitudes, las consecuencias inmediatas y la influencia social incrementan un 3% cada una de ellas la variabilidad de la intención de conducta explicada por el modelo.

Si analizamos las variables por bloques, se observa que dentro de las variables demográficas el género ($sr=0,13$) es la única variable significativa en el sentido que las chicas presentan mayor intención de uso cuando conducen un ciclomotor que los chicos. Aunque el bloque de la vulnerabilidad no es significativo, sí lo es la vulnerabilidad vicaria ($sr= 0,12$), así pues, cuanto mayor es la creencia de que personas de sus mismas características tienen probabilidades de tener un accidente de moto más intención tienen de usar el casco al circular como conductor. En el bloque de las expectativas de resultado, las variables que más contribuyen a la explicación de la intención de conducta son la creencia respecto a que el casco es una medida efectiva para evitar lesiones graves en caso de accidente ($sr = 0,44$) y la creencia sobre la efectividad del uso del casco desatado para evitar la sanción ($sr = -0,19$): cuanto mayor es la creencia en relación a que el uso del casco es efectivo para evitar lesiones en caso de accidente y menor es la creencia respecto a que usarlo desatado es efectivo para evitar la multa, más intención tienen los adolescentes de usar esta medida preventiva.

En relación a las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el casco siempre cuando conduce una moto es relevante en la predicción de la intención de uso del casco ($sr = 0,51$): aquellos adolescentes que se perciben más autoeficaces tienen más intención de usarlo.

Por lo que se refiere a las variables consideradas actitudinales, tanto la creencia de que usar el casco será práctico ($sr = 0,07$) como que será sensato ($sr = 0,11$) contribuyen a la intención de uso de este dispositivo de seguridad: los adolescentes que tienen intención de usarlo cuando conduzcan un ciclomotor tienden a considerarlo más práctico y más sensato.

Dentro del bloque de las consecuencias inmediatas, la molestia ($sr = -0,09$), el hecho de que estropea el peinado ($sr = 0,07$), y la sanción por el no uso ($sr = 0,13$) predicen la intención de utilizar el casco cuando se circula en ciclomotor: los adolescentes que tienen más intención de utilizarlo tienden a considerar que no es un dispositivo molesto, aunque informan de que estropea el peinado y que si no lo utilizan serán sancionados.

Finalmente, en relación a la influencia social la aceptación por parte de la mejor amiga ($sr = 0,12$) es la que mayor contribución tiene a la predicción de la intención de uso del casco: aquellos participantes que tienen intención de usar el casco tienden a creer en mayor medida que es un método preventivo aceptado por su mejor amiga.

7.2.5.1.2. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del casco cuando se circula como acompañante en un ciclomotor.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Intención de uso del casco al circular como acompañante

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto.
- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto de otra persona de sus mismas características.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente.
- Creencia sobre la efectividad de usar el casco desatado.
- Creencia sobre si es necesario utilizar casco por ciudad
- Creencia sobre la efectividad del casco desatado para evitar la sanción

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia como acompañante

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por sufrir un accidente de moto.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el casco será cómodo.
- Utilizar el casco será agradable.
- Utilizar el casco será práctico.
- Utilizar el casco será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el casco es molesto.
- Usar el casco estropea el peinado.
- Si no utilizo el casco me sancionarán.

Bloque 8: Influencia social

- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del padre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la madre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la mejor amiga.
- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigos.
- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigas.

Cuando se analiza el factor de inflación de la variancia de cada predictor se aprecia que el modelo ajustado está afectado de colinealidad debido a la contribución de las variables norma subjetiva paterna (FIV = 9,19), norma subjetiva materna (FIV = 6,64) y las actitudes comodidad (FIV = 7,49), y agrado (FIV = 7,26). Se procede a eliminar estas variables del modelo y se ajusta un nuevo modelo de regresión jerárquica.

En la tabla 7.2.5.1.2 se presentan los resultados de la regresión múltiple jerárquica que predice la intención de uso del casco cuando se circula como acompañante en un ciclomotor.

Tabla 7.2.5.1.2. Análisis de regresión jerárquica para la predicción de la intención de uso del casco como acompañante.

Predictoras	β_1	P_2	r_3	sr_4	R^2_5	ΔR^2_6	P_7
Paso 1							
sexo	0,16	0,005	0,15	0,16	0,03	0,03	0,02
edad	0,05	0,37	0,02	0,05			
Paso 2							
sexo	0,15	0,01	0,15	0,15	0,04	0,01	0,22
edad	0,06	0,31	0,02	0,06			
vulnerabilidad propia	-0,08	0,18	-0,06	-0,08			
vulnerabilidad vicaria	0,09	0,13	0,07	0,09			
Paso 3							
sexo	0,06	0,27	0,15	0,06	0,23	0,19	<0,0005
edad	0,02	0,64	0,02	0,02			
vulnerabilidad propia	-0,00	0,94	-0,06	-0,01			
vulnerabilidad vicaria	0,03	0,58	0,07	0,03			
evita lesiones	0,34	<0,0005	0,42	0,32			
desatado evita lesiones no necesario	-0,11	0,09	-0,30	-0,09			
desatado evita multa	-0,06	0,33	-0,28	-0,05			
desatado evita multa	-0,09	0,12	-0,23	-0,08			
Paso 4							
sexo	0,00	0,88	0,15	0,00	0,75	0,52	<0,0005
edad	0,04	0,18	0,02	0,04			
vulnerabilidad propia	-0,07	0,03	-0,06	-0,06			
vulnerabilidad vicaria	0,04	0,23	0,07	0,03			
evita lesiones	-0,02	0,51	0,42	-0,02			
desatado evita lesiones no necesario	-0,04	0,26	-0,30	-0,03			
desatado evita multa	-0,08	0,03	-0,28	-0,06			
desatado evita multa	0,01	0,71	-0,23	0,01			
expectativa autoeficacia	0,84	<0,0005	0,86	0,72			
Paso 5							
sexo	-0,00	0,98	0,15	-0,01	0,75	0,00	0,19
edad	0,04	0,22	0,02	0,04			
vulnerabilidad propia	-0,08	0,01	-0,06	-0,07			
vulnerabilidad vicaria	0,04	0,17	0,07	0,04			
evita lesiones	-0,03	0,38	0,42	-0,03			
desatado evita lesiones no necesario	-0,04	0,29	-0,30	-0,03			
desatado evita multa	-0,07	0,07	-0,28	-0,05			
desatado evita multa	0,01	0,83	-0,23	0,01			
expectativa autoeficacia	0,83	<0,0005	0,86	0,70			
Preocupación accidente	0,04	0,19	0,34	0,04			
Paso 6							
sexo	0,00	0,88	0,15	0,00	0,76	0,01	0,03
edad	0,04	0,23	0,02	0,03			
vulnerabilidad propia	-0,08	0,01	-0,06	-0,07			
vulnerabilidad vicaria	0,05	0,10	0,07	0,05			
evita lesiones	-0,04	0,31	0,42	-0,03			
desatado evita lesiones no necesario	-0,03	0,42	-0,30	-0,02			
desatado evita multa	-0,06	0,09	-0,28	-0,05			
desatado evita multa	0,02	0,59	-0,23	0,01			
expectativa autoeficacia	0,80	<0,0005	0,86	0,66			
Preocupación accidente práctico	0,04	0,21	0,34	0,04			
práctico	0,05	0,15	0,35	0,04			
sensato	0,05	0,17	0,36	0,04			

Paso 7							
sexo	0,01	0,74	0,15	0,01			
edad	0,03	0,25	0,02	0,03			
vulnerabilidad propia	-0,07	0,03	-0,06	-0,06			
vulnerabilidad vicaria	0,04	0,19	0,07	0,04			
evita lesiones	-0,05	0,18	0,42	-0,04			
desatado evita lesiones	-0,02	0,52	-0,30	-0,02	0,76	0,00	0,26
no necesario	-0,06	0,11	-0,28	-0,05			
desatado evita multa	0,02	0,60	-0,23	0,01			
expectativa autoeficacia	0,79	<0,0005	0,86	0,62			
Preocupación accidente	0,03	0,32	0,34	0,03			
práctico	0,05	0,16	0,35	0,04			
sensato	0,05	0,17	0,36	0,04			
molesto	-0,03	0,29	-0,15	-0,03			
estropea peinado	0,03	0,43	0,13	0,02			
sanción	0,05	0,14	0,42	0,04			
Paso 8							
sexo	0,01	0,81	0,15	0,01			
edad	0,04	0,23	0,02	0,03			
vulnerabilidad propia	-0,07	0,04	-0,06	-0,06			
vulnerabilidad vicaria	0,04	0,24	0,07	0,03			
evita lesiones	-0,06	0,13	0,42	-0,04			
desatado evita lesiones	-0,03	0,47	-0,30	-0,02			
no necesario	-0,06	0,11	-0,28	-0,05			
desatado evita multa	0,02	0,58	-0,23	0,02			
expectativa autoeficacia	0,78	<0,0005	0,86	0,56	0,76	0,00	0,35
Preocupación accidente	0,03	0,40	0,34	0,02			
práctico	0,04	0,21	0,35	0,04			
sensato	0,05	0,22	0,36	0,04			
molesto	-0,03	0,28	-0,15	-0,03			
estropea peinado	0,02	0,45	0,13	0,02			
sanción	0,05	0,19	0,42	0,04			
aceptación amigo	0,01	0,75	0,50	0,01			
aceptación amiga	0,05	0,29	0,56	0,03			
uso amigos	0,01	0,68	-0,20	0,01			
uso amigas	0,05	0,19	-0,27	0,04			
1 = Coeficiente Beta 2= Significación del coeficiente Beta 3= Correlación Orden Cero 4= Correlación Parcial 5= R cuadrado 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación del cambio							

Las variables demográficas predicen un 3% el uso del casco la intención de uso del casco cuando se circula como acompañante. La vulnerabilidad percibida (propia o vicaria) a sufrir un accidente de tráfico no predice dicha intención. Las expectativas de resultados predicen un 19% de la variabilidad de la intención de uso y las expectativas de autoeficacia un 52%, una vez controladas las variables demográficas y la vulnerabilidad. La preocupación por sufrir un accidente de moto no incrementa significativamente el valor predictivo del modelo. Controlando las variables anteriores, las actitudes incrementan un 1% la variabilidad de la intención de conducta explicada por el modelo. Las consecuencias inmediatas del uso del casco y la influencia social no predicen la intención de uso de este dispositivo cuando se circula en ciclomotor como acompañante.

Si analizamos las variables por bloques, se observa que dentro de las variables demográficas el género (sr = 0,16) es la que más contribuye a la explicación de la

intención de uso: las chicas tienen mayor intención de usar el casco cuando circulan como acompañantes que los chicos.

Por lo que se refiere a las expectativas de resultado, las variables que más contribuyen a la explicación de la intención de conducta son la creencia respecto a que el casco es una medida efectiva para evitar lesiones graves en caso de accidente ($sr = 0,32$) y la creencia sobre la efectividad del uso del casco desatado para evitar lesiones ($sr = -0,09$): aquellos adolescentes que tienen intención de utilizar el casco cuando circulen en ciclomotor como acompañantes tienden a creer que esta medida es efectiva para lesiones graves en caso de accidente y que utilizarlo desatado no es efectivo.

En relación a las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el casco siempre cuando se circula como acompañante en un ciclomotor predice la intención de usarlo ($sr = 0,72$): aquellos adolescentes que perciben una elevada autoeficacia son los que tienen más intención de usarlo.

Ninguna de las variables consideradas actitudinales por separado contribuye significativamente a la predicción de la intención de uso del casco como acompañante.

7.2.5.2. MODELO PREDICTIVO DEL USO DEL CASCO

Objetivo nº 5.2.2.11.2. Construir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del casco la última vez que se circuló en ciclomotor, a partir de las variables estudiadas.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Uso del casco la última vez que circuló en ciclomotor

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto.
- Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto de otra persona de sus mismas características.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente.
- Creencia sobre la efectividad de usar el casco desatado.
- Creencia sobre si es necesario utilizar casco por ciudad
- Creencia sobre la efectividad del casco desatado para evitar la sanción

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia como conductor
- Expectativa de autoeficacia como acompañante

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por sufrir un accidente de moto.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el casco será cómodo.
- Utilizar el casco será agradable.
- Utilizar el casco será práctico.
- Utilizar el casco será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el casco es molesto.
- Usar el casco estropea el peinado.
- Si no utilizo el casco me sancionarán.

Bloque 8: Influencia social

- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del padre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la madre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del casco por parte de la mejor amiga.
- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de tus amigos.

- Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de tus amigas..

Bloque 9: intención de uso del casco

- Intención de uso como conductor
- Intención de uso como acompañante

Al igual que en los modelos que predicen la intención de uso del casco hemos descartado las variables: norma subjetiva paterna, norma subjetiva materna y las actitudes referentes a que el casco es cómodo y agradable, para prevenir posibles problemas de colinealidad.

En la tabla 7.2.5.2.1 se presentan los resultados de la regresión logística jerárquica que predicen el uso del casco la última vez que se circuló en ciclomotor.

Las variables demográficas y la vulnerabilidad percibida (propia o vicaria) a sufrir un accidente de tráfico no predicen el uso autoinformado del casco la última vez que circuló en ciclomotor. Una vez controladas las variables demográficas y la vulnerabilidad, las expectativas de resultados predicen un 13% de la variabilidad del uso y las expectativas de autoeficacia un 17%. La preocupación por sufrir un accidente de moto no incrementa significativamente el poder predictivo del modelo. Controlando las variables anteriores, las actitudes predicen un 5% de la variabilidad de usar esta medida preventiva. Finalmente las consecuencias inmediatas, la norma subjetiva y la intención de conducta contribuyen en un 4%, 6% y 3% respectivamente al poder predictivo del modelo.

Tabla 7.2.5.2.1. Análisis de regresión logística jerárquica para la predicción del uso del casco la última vez que circuló en ciclomotor.

Predictoras	B ₁	P ₂	e ^B ₃	IC 95% e ^B ₄	R ² _{N5}	ΔR ² ₆	P ₇
Paso 1 sexo edad	-0,40 -0,14	0,25 0,56	0,67 0,87	0,34 a 1,32 0,54 a 1,39	0,01	0,00	0,48
Paso 2 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria	-0,39 -0,10 0,04 0,07	0,27 0,67 0,48 0,33	0,68 0,90 1,04 1,07	0,34 a 1,34 0,56 a 1,46 0,93 a 1,16 0,93 a 1,24	0,02	0,01	0,33
Paso 3 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa	-0,07 -0,06 -0,00 0,11 -0,19 0,09 0,02 0,05	0,85 0,81 0,90 0,13 0,00 0,13 0,75 0,40	0,93 0,94 0,99 1,12 0,82 1,10 1,02 1,05	0,45 a 1,94 0,56 a 1,57 0,88 a 1,11 0,96 a 1,30 0,71 a 0,95 0,97 a 1,25 0,89 a 1,17 0,93 a 1,18	0,15	0,13	<0,0005
Paso 4 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa expectativa autoeficacia conduct expectativa autoeficacia acompa	0,07 -0,12 0,02 0,19 0,07 0,08 0,03 -0,01 -0,28 -0,25	0,86 0,67 0,81 0,04 0,55 0,27 0,65 0,83 0,01 0,00	0,93 0,88 1,02 1,21 1,07 1,08 1,04 0,97 0,75 0,77	0,42 a 2,07 0,49 a 1,57 0,89 a 1,16 1,01 a 1,44 0,86 a 1,33 0,94 a 1,25 0,89 a 1,21 0,86 a 1,12 0,60 a 0,94 0,65 a 0,92	0,32	0,17	<0,0005
Paso 5 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa expectativa autoeficacia conduct expectativa autoeficacia acompa preocupación accidente	-0,06 -0,12 0,02 0,18 0,07 0,08 0,03 -0,01 -0,28 -0,25 -0,00	0,87 0,67 0,80 0,04 0,55 0,27 0,67 0,83 0,01 0,00 0,95	0,94 0,88 1,02 1,20 1,07 1,08 1,03 0,98 0,75 0,77 0,99	0,41 a 2,12 0,49 a 1,56 0,89 a 1,16 1,01 a 1,44 0,85 a 1,33 0,94 a 1,25 0,88 a 1,21 0,86 a 1,12 0,60 a 0,95 0,65 a 0,92 0,87 a 1,13	0,32	0,00	0,95
Paso 6 sexo edad vulnerabilidad propia vulnerabilidad vicaria evita lesiones desatado evita lesiones no necesario desatado evita multa expectativa autoeficacia conductor expectativa autoeficacia acompa preocupación accidente práctico sensato	-0,19 -0,05 0,00 0,17 0,05 0,07 0,02 -0,02 -0,23 -0,25 0,01 -0,21 0,09	0,65 0,87 0,90 0,07 0,66 0,36 0,85 0,82 0,06 0,01 0,83 0,00 0,28	0,82 0,95 1,01 1,19 1,05 1,07 1,02 0,98 0,79 0,78 1,01 0,81 1,09	0,35 a 1,90 0,51 a 1,77 0,87 a 1,16 0,98 a 1,43 0,85 a 1,30 0,92 a 1,25 0,86 a 1,21 0,86 a 1,13 0,63 a 1,00 0,64 a 0,95 0,88 a 1,17 0,71 a 0,92 0,92 a 1,31	0,37	0,05	0,004

Paso 7							
sexo	-0,16	0,72	0,85	0,35 a 2,05			
edad	-0,02	0,94	0,98	0,53 a 1,81			
vulnerabilidad propia	-0,00	0,95	0,99	0,86 a 1,15			
vulnerabilidad vicaria	0,23	0,03	1,26	1,03 a 1,56			
evita lesiones	0,07	0,54	1,07	0,85 a 1,36			
desatado evita lesiones	0,06	0,43	1,06	0,91 a 1,25			
no necesario	-0,00	0,96	0,99	0,82 a 1,21	0,41	0,04	0,04
desatado evita multa	-0,00	0,98	0,99	0,86 a 1,15			
expectativa autoeficacia conductor	-0,26	0,04	0,77	0,59 a 0,99			
expectativa autoeficacia acompaña	-0,19	0,07	0,83	0,67 a 1,01			
Preocupación accidente	0,01	0,87	1,01	0,87 a 1,18			
práctico	-0,21	0,00	0,81	0,70 a 0,93			
sensato	0,10	0,24	1,11	0,93 a 1,32			
molesto	0,14	0,06	1,15	0,99 a 1,33			
estropea peinado	-0,15	0,05	0,86	0,73 a 1,00			
sanción	-0,06	0,55	0,94	0,76 a 1,16			
Paso 8							
sexo	-0,17	0,71	0,84	0,33 a 2,12			
edad	-0,01	0,98	0,99	0,51 a 1,92			
vulnerabilidad propia	0,01	0,87	1,01	0,87 a 1,18			
vulnerabilidad vicaria	0,20	0,06	1,22	0,99 a 1,52			
evita lesiones	-0,06	0,64	0,94	0,73 a 1,22			
desatado evita lesiones	0,06	0,49	1,06	0,90 a 1,24			
no necesario	-0,07	0,51	0,93	0,75 a 1,15			
desatado evita multa	-0,06	0,39	1,07	0,92 a 1,24			
expectativa autoeficacia conductor	-0,23	0,11	0,79	0,59 a 1,05			
expectativa autoeficacia acompaña	-0,29	0,01	0,75	0,59 a 0,94			
Preocupación accidente	0,05	0,58	1,05	0,89 a 1,24	0,47	0,06	0,02
práctico	-0,22	0,00	0,80	0,69 a 0,93			
sensato	0,04	0,71	1,04	0,86 a 1,26			
molesto	0,14	0,08	1,15	0,98 a 1,35			
estropea peinado	-0,19	0,03	0,82	0,69 a 0,98			
sanción	-0,08	0,47	0,92	0,73 a 1,15			
aceptación amigo	-0,01	0,95	0,99	0,75 a 1,30			
aceptación amiga	0,30	0,07	1,35	0,98 a 1,86			
uso amigos	1,52	0,01	4,61	1,41 a 15,03			
uso amigas	-0,45	0,42	0,64	0,21 a 1,90			
Paso 9							
sexo	-0,06	0,91	0,94	0,36 a 2,49			
edad	0,16	0,64	1,18	0,59 a 2,32			
vulnerabilidad propia	0,02	0,82	1,02	0,87 a 1,19			
vulnerabilidad vicaria	0,25	0,03	1,28	1,02 a 1,59			
evita lesiones	-0,05	0,71	0,95	0,72 a 1,25			
desatado evita lesiones	0,06	0,49	1,06	0,89 a 1,26			
no necesario	-0,13	0,25	0,87	0,69 a 1,10			
desatado evita multa	0,10	0,21	1,10	0,95 a 1,29			
expectativa autoeficacia conductor	-0,19	0,17	0,82	0,62 a 1,09			
expectativa autoeficacia acompaña	-0,06	0,75	0,94	0,66 a 1,35			
Preocupación accidente	0,03	0,71	1,03	0,87 a 1,22	0,50	0,03	0,03
práctico	-0,21	0,01	0,81	0,69 a 0,95			
sensato	0,06	0,56	1,06	0,87 a 1,29			
molesto	0,12	0,16	1,13	0,95 a 1,35			
estropea peinado	-0,21	0,03	0,81	0,66 a 0,98			
sanción	-0,08	0,50	0,92	0,72 a 1,17			
aceptación amigo	0,03	0,85	1,03	0,78 a 1,35			
aceptación amiga	0,50	0,01	1,65	1,10 a 2,47			
uso amigos	1,71	0,00	5,54	1,55 a 19,80			
uso amigas	-0,48	0,42	0,62	0,19 a 1,96			
intención uso conductor	-0,31	0,09	0,73	0,50 a 1,06			
intención uso acompañante	-0,18	0,24	0,83	0,61 a 1,13			
1 = Valor de cada parámetro estimado 2= Significación del coeficiente B 3= Razón de Odds de prevalencia							
4= Intervalo de confianza 5= R cuadrado de Nagelkerke 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación de cada paso							

Si analizamos las variables por bloques, se observa que dentro de las expectativas de resultado, la creencia sobre la efectividad del casco en la evitación de lesiones graves en caso de accidente ($B=-0,19$) es la única variable significativa: los participantes que informaron haber utilizado el casco la última vez que circularon en ciclomotor tienden a creer que el casco es efectivo.

En relación a las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el casco siempre tanto si se conduce un ciclomotor ($B= -0,28$) como si se va de acompañante ($B=-0,25$) son relevantes en la predicción del uso del casco: los que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor tienden a percibirse más capaces de realizar esta conducta.

Por lo que se refiere a las actitudes, la consideración del uso del casco como práctico ($B=- 0,21$) predice el uso autoinformado de esta medida preventiva: los participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor tienden a creer que usarlo es práctico.

Dentro del bloque de las consecuencias inmediatas, el hecho de que el uso del casco estropea el peinado ($B=- 0,15$) predice el uso de esta medida preventiva: los adolescentes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor tienden a considerar que este dispositivo de seguridad estropea el peinado.

En relación a la influencia social, la variable que más contribuye a la predicción del modelo es la creencia sobre el uso del casco que hacen la mayoría de los amigos ($B=1,52$): los participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor tienden a creer que la mayoría de sus amigos lo utiliza siempre.

Por lo que se refiere a la intención de conducta como conductor y como acompañante por separado ninguna de ellas alcanza la significación estadística.

En la tabla 7.2.5.2.2 se muestran las medias y desviaciones típicas (en el caso de las variables continuas) y los porcentajes (en el caso de las variables categóricas) de cada una de las variables significativas.

Tabla 7.2.5.2.2. Medias y desviaciones típicas (dt) o porcentajes de las variables significativas según el uso o no uso del casco.

	UTILIZA EL CASCO	NO UTILIZA EL CASCO
	Media (dt) n	Media (dt) n
Creencia sobre la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente.	9,25 (2,01) 332	8,33 (2,88) 78
Expectativa de autoeficacia como conductor	9,48 (1,52) 289	7,27 (3,31) 64
Expectativa de autoeficacia como acompañante	9,17 (1,82) 326	6,58 (3,20) 72
Utilizar el casco será práctico.	8,35 (2,63) 303	6,26 (3,84) 76
Usar el casco estropea el peinado.	7,51 (3,27) 331	7,40 (3,36) 80
Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigos. (Chicos. Utilizan casco)	56%	23,3%
Creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de amigos. (Chicas. Utilizan casco)	57,4%	16,7%

7.3. VARIABLES RELACIONADAS CON EL USO DEL PRESERVATIVO EN LA ADOLESCENCIA

En este apartado se presentan los resultados referentes al uso del preservativo de acuerdo con el siguiente esquema en la muestra estudiada.

1. Variables conductuales: práctica de relaciones sexuales y uso del preservativo
2. Intención de uso del preservativo
3. Antecedentes que pueden facilitar o inhibir la utilización del preservativo
 - 3.1 Creencias sobre la aceptación del uso del preservativo
 - 3.2 Creencias sobre el uso del preservativo por parte de los referentes
 - 3.3 Expectativas de autoeficacia
 - 3.4 Expectativas de resultado
 - 3.5 Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el virus del sida
 - 3.6 Preocupación por contagiarse con el virus del sida
 - 3.7 Actitudes
4. Consecuencias inmediatas que pueden facilitar o inhibir la utilización del preservativo
5. Modelos predictivos
 - a. Modelos predictivos de la intención de uso del preservativo
 - b. Modelos predictivos del uso del preservativo

7.3.1. VARIABLES CONDUCTUALES: PRÁCTICA DE RELACIONES SEXUALES Y USO DEL PRESERVATIVO

Objetivo nº 5.2.3.1.1. Conocer el porcentaje de participantes de la muestra que han mantenido relaciones sexuales completas en los últimos 30 días y si existen diferencias en función del género y el grupo de edad.

El 21,7% (n= 94) de los adolescentes de la muestra estudiada han mantenido relaciones sexuales en los últimos 30 días. De ellos, el 51,6% son chicos (n= 48) y el

48,4% chicas (n = 45). No existen diferencias significativas en función del género ($X^2_{(1)} = 0,54$; $P = 0,48$).

Por grupo de edades se observa que a los 13-14 años el 12,9% (n=8) informa haber tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días, mientras que entre 15 y 17 años se hallan en esa situación el 23,3% (n= 85) de los adolescentes encuestados. La diferencia observada según el grupo de edad no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 3,35$; $P = 0,06$).

El 37,2% (n=35) de los adolescentes sexualmente activos no han utilizado el preservativo en la última relación sexual, en esa situación se hallan un 39,6% de los chicos y un 35,6% de las chicas. Los resultados de la prueba chi cuadrado muestran que no existen diferencias significativas en el uso de métodos preventivos según el género ($X^2_{(1)} = 0,16$; $P = 0,83$) (ver figura 7.3.1.1).

En relación al grupo de edad, un 25% de los participantes entre 13 y 14 años no utilizó el preservativo en la última relación sexual (n=2), mientras que un 38,8% (n=33) de los que tienen entre 15 y 17 años tampoco lo utilizó, las diferencia entre ambos grupos no son estadísticamente significativas ($X^2_{(1)} = 0,59$; $P = 0,70$) (ver figura 7.3.1.2).

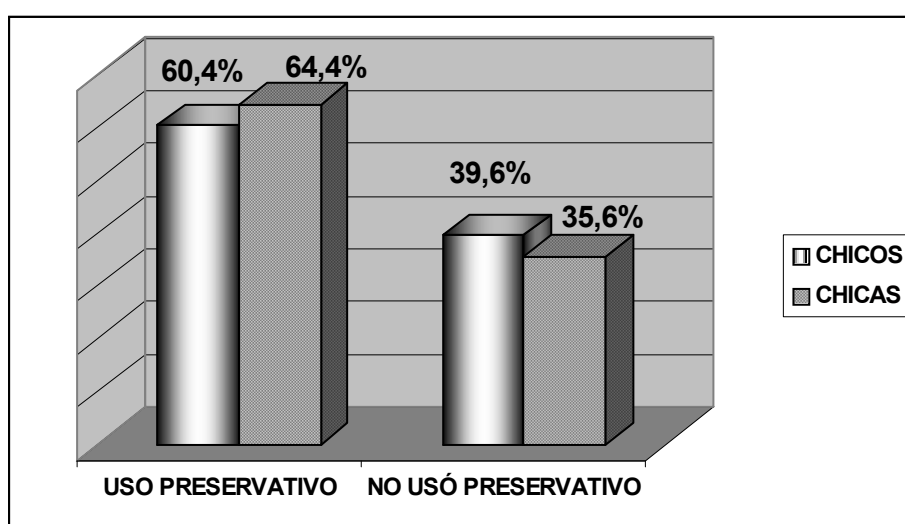


Figura 7.3.1.1. Distribución de los adolescentes según el uso de preservativo en la última relación sexual y el género.

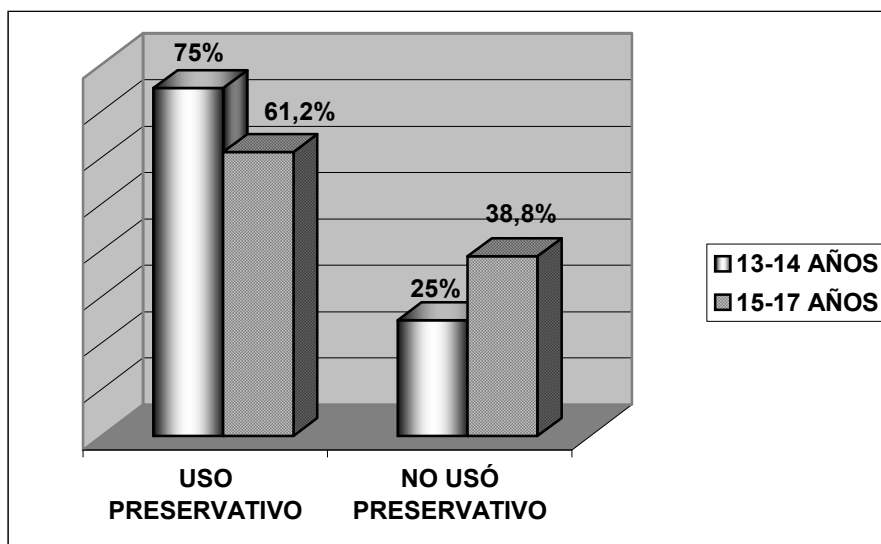


Figura 7.3.1.2. Distribución de los adolescentes según el uso de preservativo en la última relación sexual y el grupo de edad.

Dado que el objeto de interés de este estudio es tanto la protección frente a un embarazo no deseado como frente a enfermedades de transmisión sexual centraremos nuestros análisis en el **uso del preservativo**. Además se realizarán sistemáticamente dos tipos de análisis para cada variable: el primero para **toda la muestra** ($n= 484$) y el segundo centrado en los **participantes sexualmente activos**, es decir aquellos que mantuvieron relaciones sexuales en los últimos treinta días ($n= 94$).

7.3.2. INTENCIÓN DE USO DEL PRESERVATIVO.

Objetivo nº 5.2.3.2.1. Evaluar la intención de uso del preservativo en sus relaciones sexuales, con la pareja estable y con una pareja ocasional según el género.

A continuación se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable intención de uso del preservativo, en función del género y del tipo de pareja (ocasional o estable) en la **muestra total** (tabla 7.3.2.1).

Tabla 7.3.2.1. Medias y desviaciones típicas de las variables intención de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional según el género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media	Media	Media
	(dt)	(dt)	(dt)
	n	n	n
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA ESTABLE</u> utilizaré preservativo	8,30 (2,71) 224	8,96 (2,13) 228	8,63 (2,45) 452
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA OCASIONAL</u> utilizaré preservativo	8,77 (2,35) 224	9,58 (1,68) 228	9,18 (2,08) 452

Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 (tipo de pareja x género) indican que no existe interacción entre ambos factores ($F_{1,450}=0,38$; $P= 0,54$). Pero sí es significativo el efecto principal del factor tipo de pareja ($F_{1,450}=20,66$; $P< 0,0005$) y del género ($F_{1,450}=17,93$; $P< 0,0005$). Así, en la muestra total se observa que la intención de uso del preservativo es superior cuando se trata de una pareja ocasional que cuando la pareja es estable. Por otra parte, las chicas están más seguras que los chicos de que cuando tengan relaciones sexuales utilizaran el preservativo.

Objetivo nº 5.2.3.2.2. Analizar la intención de uso del preservativo en función de su uso autoinformado, el tipo de pareja y género en los adolescentes sexualmente activos.

En la tabla 7.3.2.2 se presentan los resultados de las medias y desviaciones típicas de la variable intención de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional, en función del género y del uso autoinformado del preservativo entre los participantes sexualmente activos.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 x 2, donde el primer factor es intrasujetos (tipo de pareja) y los dos restantes son intersujeto (género y uso de preservativo), nos indica que no existe interacción entre los factores tipo de pareja, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,83}=2,693$; $P= 0,105$). En cambio, si encontramos interacción entre el tipo de pareja y el género ($F_{1,83}=5,339$; $P= 0,023$). Pero no es estadísticamente significativa la interacción entre los factores tipo de pareja y el uso autoinformado del preservativo ($F_{1,83}= 3,43$; $P= 0,068$) y tampoco lo es la interacción entre género y uso del preservativo ($F_{1,83}= 0,411$; $P= 0,523$). El efecto principal del tipo de pareja es estadísticamente significativo ($F_{1,83}=19,581$; $P<0,0005$), igual sucede con el efecto principal del uso del preservativo ($F_{1,83}=13,235$; $P<0,0005$) pero no lo es el efecto del factor género ($F_{1,83}=1,171$; $P= 0,282$). De acuerdo con estos resultados las chicas presentan una mayor intención de uso que los chicos cuando la pareja es ocasional. En el caso de la pareja estable no existen diferencias notables entre chicos y chicas en la intención de uso. Los que no utilizaron preservativo en la última relación sexual presentan una menor intención de uso, siendo ésta mucho más destacada cuando se trata de una pareja estable.

Tabla 7.3.2.2. Medias y desviaciones típicas de la intención de uso del preservativo según el tipo de pareja, el uso autoinformado de métodos preventivos en la última relación sexual, y el género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA ESTABLE</u> utilizaré preservativo	Utilizó preservativo	8,19 (2,87) 26	8,93 (2,28) 27	8,57 (2,59) 53
	No utilizó preservativo	6,56 (3,69) 18	5,75 (2,54) 16	6,18 (3,18) 34
TOTAL		7,52 (3,29) 44	7,74 (2,82) 43	7,63 (3,05) 87
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA OCASIONAL</u> utilizaré preservativo	Utilizó preservativo	8,69 (2,42) 26	9,78 (1,15) 27	9,25 (1,95) 53
	No utilizó preservativo	7,17 (3,83) 18	8,44 (2,42) 16	7,76 (3,26) 34
TOTAL		8,07 (3,13) 44	9,28 (1,83) 43	8,67 (2,63) 87

7.3.3. ANTECEDENTES QUE PUEDEN FACILITAR O INHIBIR LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO.

En el siguiente apartado se exponen los resultados obtenidos en relación con los antecedentes que pueden facilitar o inhibir la utilización de métodos preventivos durante la relación sexual.

7.3.3.1. CREENCIAS SOBRE LA ACEPTACIÓN DE USO DEL PRESERVATIVO POR PARTE DE LOS REFERENTES

Objetivo nº 5.2.3.2.1. Estudiar en qué medida, los participantes, creen que el preservativo es aceptado por: el padre, la madre, el mejor amigo, la mejor amiga, la pareja actual, la pareja ocasional en función del género.

En la tabla 7.3.3.1. constan los datos de la muestra total en función del género respecto a la variable aceptación del uso del preservativo por parte de sus principales referentes sociales (padres, amigos y parejas). Los datos de esta tabla se han analizado por separado para cada tipo de vínculo (padre/madre; amigo/ amiga; pareja ocasional/ pareja estable).

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujetos (aceptación paterna/ materna) y el segundo intersujeto (género), nos indica que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,448}=0,52$; $P= 0,47$). El efecto principal del tipo de vínculo -paterno o materno- es estadísticamente significativo ($F_{1,448}=4,93$; $P= 0,03$), no ocurre lo mismo con el sexo ($F_{1,448}=1,29$; $P= 0,26$). Así pues, los participantes consideran que la aceptación del preservativo es mayor por parte de la madre que del padre, independientemente del sexo.

Por lo que se refiere a la creencia de la aceptación del uso del preservativo por parte de los amigos/as los resultados del diseño mixto 2x2, indican que no existe efecto de interacción entre el tipo de vínculo y el sexo ($F_{1,459}=0,79$; $P= 0,37$). Existe un efecto significativo de la variable género ($F_{1,459}=8,39$; $P= 0,004$), pero no del tipo de vínculo -amigo o amiga- ($F_{1,459}=2,13$; $P= 0,14$). Así, las chicas creen en mayor medida que los chicos que el preservativo es una medida aceptada por su mejor amiga y por su mejor amigo.

Tabla 7.3.3.1. Medias y desviaciones típicas de las variables aceptación del uso del preservativo por parte de sus padres, amigos/as, pareja actual u otras parejas según el género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>PADRE</u> .	8,73 (2,52) 226	8,93 (2,27) 224	8,83 (2,40) 450
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>MADRE</u> .	8,82 (2,46) 226	9,10 (2,06) 224	8,96 (2,27) 450
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu mejor <u>AMIGO</u> .	8,81 (2,32) 229	9,22 (1,64) 232	9,02 (2,01) 461
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu mejor <u>AMIGA</u> .	8,86 (2,25) 229	9,40 (1,43) 232	9,13 (1,90) 461
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>PAREJA ACTUAL</u> .	8,78 (2,42) 130	9,44 (1,74) 103	9,07 (2,17) 233
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por una <u>PAREJA OCASIONAL</u> .	8,78 (2,03) 130	9,02 (1,96) 103	8,89 (1,99) 233

Por lo que se refiere a la creencia en la aceptación del preservativo, no existe efecto de interacción entre el sexo y el tipo de pareja – estable u ocasional- ($F_{1,231}=2,64$; $P= 0,11$). Tampoco encontramos efecto significativo de las variables género ($F_{1,231}=3,46$; $P= 0,06$) ni del tipo de pareja ($F_{1,231}=2,45$; $P= 0,12$). Según estos resultados los sujetos consideran que el preservativo es una medida aceptada por su pareja, independientemente de si ésta es ocasional o estable, y del género del participante.

Objetivo nº 5.2.3.2.2. Analizar la relación entre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre, madre, mejor amigo y mejor amiga y el uso autoinformado del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

A continuación, se presentan las medias y desviaciones típicas de la creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre y de la madre en función de género y del uso autoinformado del preservativo por parte de aquellos adolescente sexualmente activos (ver tabla 7.3.3.1.1). La mayoría de los participantes creen que el preservativo es una medida aceptada por sus padres.

Tabla 7.3.3.1.1. Medias y desviaciones típicas de la aceptación del uso del preservativo en función del tipo de vínculo (paterno o materno), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>PADRE</u>	Utilizó preservativo	8,41 (2,86) 29	9,04 (2,31) 28	8,72 (2,60) 57
	No utilizó preservativo	8,21 (2,34) 19	8,81 (1,51) 16	8,49 (2,00) 35
TOTAL		8,33 (2,64) 48	8,95 (2,04) 44	8,63 (2,38) 92
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>MADRE</u>	Utilizó preservativo	8,76 (2,43) 29	9,14 (2,32) 28	8,95 (2,36) 57
	No utilizó preservativo	8,53 (2,34) 19	8,81 (1,51) 16	8,66 (1,98) 35
TOTAL		8,67 (2,37) 48	9,02 (2,05) 44	8,84 (2,22) 92

Los resultados del análisis del diseño factorial $2 \times 2 \times 2$ indican que no existe interacción entre los factores tipo de vínculo (paterno o materno), género y uso de preservativo ($F_{1,88}=0,01$; $P= 0,89$). Tampoco encontramos significación en la interacción entre tipo de vínculo (paterno o materno) y el género ($F_{1,88}=0,84$; $P= 0,36$), ni es significativa la interacción entre los factores uso de preservativo en la última relación sexual y el tipo de vínculo ($F_{1,88}=0,05$; $P= 0,82$) ni entre género y uso de preservativo ($F_{1,88}=0,00$; $P= 0,95$). Referente al efecto principal del factor tipo de vínculo no se ha encontrado significación ($F_{1,88}=1,61$; $P= 0,21$), lo mismo ocurre con el efecto del sexo ($F_{1,88}=0,98$; $P= 0,32$) y del uso del preservativo ($F_{1,88}=0,27$; $P= 0,61$). Así, entre los participantes sexualmente activos se observa que de forma mayoritaria creen que el uso del preservativo es una medida aceptada por igual tanto por su padre como por su madre independientemente del género y de si utilizó o no el preservativo en su última relación sexual.

Las medias y desviaciones típicas de la creencia sobre la aceptación del uso del preservativo del mejor amigo y de la mejor amiga en función de género y del uso autoinformado del preservativo por parte de aquellos adolescentes sexualmente activos se presentan en la tabla 7.3.3.1.2.

El análisis de la varianza del diseño mixto $2 \times 2 \times 2$, nos indica que no existe interacción de tercer orden entre los factores tipo de vínculo (amigo o amiga), género y uso del preservativo ($F_{1,88}=0,00$; $P= 0,94$). Tampoco encontramos interacción entre el tipo de vínculo (amigo o amiga) y género ($F_{1,88}=0,53$; $P= 0,47$). Del mismo modo, no existe interacción entre los factores tipo de vínculo y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,88}=0,38$; $P= 0,54$), ni entre el género y el uso del preservativo ($F_{1,88}=0,01$; $P= 0,91$). Los efectos principales del tipo de vínculo ($F_{1,88}=0,63$; $P= 0,43$), del género ($F_{1,88}=2,91$; $P= 0,09$) y del uso del preservativo ($F_{1,88}=0,91$; $P= 0,34$) tampoco son estadísticamente significativos. De acuerdo con este resultado, la creencia sobre la aceptación del preservativo por parte de sus amistades, en los adolescentes sexualmente activos, es independiente del género del amigo, del género del sujeto y del uso previo del preservativo.

Tabla 7.3.3.1.2. Medias y desviaciones típicas de la aceptación del uso del preservativo en función de tipo de vínculo (amigo o amiga), del uso autoinformado de preservativos en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGO</u>	Utilizó preservativos	8,38 (2,88) 29	9,25 (1,99) 28	8,81 (2,50) 57
	No utilizó preservativos	7,74 (2,78) 19	8,75 (1,98) 16	8,20 (2,47) 35
TOTAL		8,13 (2,83) 48	9,07 (1,98) 44	8,58 (2,49) 92
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGA</u>	Utilizó preservativos	8,55 (2,26) 29	9,14 (2,28) 28	8,84 (2,27) 57
	No utilizó preservativos	8,21 (2,46) 19	8,88 (1,74) 16	8,51 (2,16) 35
TOTAL		8,42 (2,32) 48	9,05 (2,09) 44	8,72 (2,22) 92

En la tabla 7.3.3.1.3 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable creencia en la aceptación del uso del preservativo según el tipo de pareja (actual u ocasional), el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y el género de los sujetos sexualmente activos.

Tabla 7.3.3.1.3. Medias y desviaciones típicas de la aceptación del uso del preservativo en función de tipo de pareja (actual u ocasional), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu <u>PAREJA ACTUAL</u>	Utilizó preservativos	8,71 (2,09) 24	9,50 (1,19) 20	9,07 (1,77) 44
	No utilizó preservativos	8,07 (2,05) 14	8,18 (2,22) 11	8,12 (2,08) 25
TOTAL		8,47 (2,07) 38	9,03 (1,72) 31	8,72 (1,93) 69
En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por una <u>PAREJA OCASIONAL</u>	Utilizó preservativos	8,67 (1,71) 24	8,65 (2,08) 20	8,66 (1,86) 44
	No utilizó preservativos	7,71 (2,30) 14	7,82 (1,94) 11	7,76 (2,17) 25
TOTAL		8,32 (1,94) 38	8,35 (2,04) 31	8,33 (1,99) 69

No hemos encontrado efecto de interacción entre los factores sometidos al análisis, es decir, entre el tipo de pareja, el género y el uso del preservativo ($F_{1,65}=0,81$; $P= 0,37$). Tampoco encontramos interacción significativa entre el tipo de pareja y el género ($F_{1,65}=0,84$; $P= 0,36$) ni entre el tipo de pareja y el uso de preservativo en la última relación sexual ($F_{1,65}=0,04$; $P= 0,85$). Del mismo modo, no es significativa la interacción entre el género y el uso del preservativo ($F_{1,64}= 0,10$; $P= 0,75$). El efecto principal del tipo de pareja ($F_{1,64}=3,27$; $P= 0,07$) y del género ($F_{1,64}=0,32$; $P= 0,57$) tampoco son significativos. En cambio si encontramos significación en el efecto

principal del factor uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,64}=4,62$; $P=0,03$). En términos generales, los adolescentes sexualmente activos de la muestra creen que el preservativo es una medida de prevención altamente aceptada por cualquier tipo de pareja y esta creencia es independiente del género. Aún así, las puntuaciones más bajas corresponden a aquellos sujetos que no utilizaron el preservativo en su último coito.

7.3.3.2. CREENCIAS SOBRE EL USO DEL PRESERVATIVO POR PARTE DE LOS REFERENTES

Objetivo nº 5.2.3.4.1. Evaluar si la creencia sobre el uso del preservativo por parte de los amigos difiere según el género.

En la tabla 7.3.3.2.1 se presentan el porcentaje de adolescentes de la muestra total que creen que sus amigos/as utilizan el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales, en función del género. La mayoría de participantes creen que sus amigos/as utilizan el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales. No se aprecian diferencias significativas entre chicos y chicas.

Tabla 7.3.3.2.1. Porcentaje de participantes que creen que sus amigos / as utilizan el preservativo, en función del género, y resultados de la prueba X^2

	CHICOS n= 177	CHICAS n= 191	X^2 (P)
La mayoría de tus amigos/as cuando mantienen relaciones sexuales utilizan preservativo	93,8%	92,1%	0,313 (0,684)

En la tabla 7.3.3.2.2 se presentan los resultados de la variable creencia sobre el uso del preservativo que hacen los amigos/as en los sujetos sexualmente activos en función del uso autoinformado del preservativo y del género.

Para el siguiente análisis hemos utilizado la prueba X^2 con corrección de Yates, debido al incumplimiento de las condiciones de aplicación. Entre los chicos, aunque el porcentaje de participantes que cree que la mayoría de sus amigos/as utilizan el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales es superior entre aquellos sujetos

que utilizaron el preservativo en su último coito, las diferencias no son significativas ($X^2_c = 1,46$; $P = 0,23$). Por lo que se refiere a la chicas, encontramos relación entre el uso autoinformado del preservativo y la creencia sobre el uso que hacen los amigos/as ($X^2_c = 4,94$; $P = 0,03$), en el sentido de que las participantes que utilizaron esta medida preventiva en su última relación sexual creen en mayor medida que las que no lo utilizaron que sus amigos/as también utilizan el preservativo.

Tabla 7.3.3.2.2. Porcentaje de participantes que creen que sus amigos / as utilizan el preservativo, en función del uso autoinformado del preservativo y del género, y resultados de la prueba X^2 con corrección de Yates.

		CHICOS N=39	CHICAS N=43
La mayoría de tus amigos/as cuando mantienen relaciones sexuales utilizan preservativo	Utilizó preservativos	86,4%	96,4%
	No utilizó preservativos	64,7%	66,7%
	X^2_c (P)	1,46 (0,227)	4,94 (0,026)

Entre los participantes sexualmente activos no encontramos diferencias significativas inter-género en relación a la creencia sobre el uso del preservativo que hacen la mayoría de amigos/as ($X^2_{(1)} = 2,06$; $P = 0,24$).

7.3.3.3. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA PARA USAR EL PRESERVATIVO Y PARA RECHAZAR SEXO SIN PROTECCIÓN CON UNA PAREJA ESTABLE Y CON UNA PAREJA OCASIONAL.

Objetivo nº 5.2.3.5.1. Conocer si existen diferencias por género respecto a las expectativas de autoeficacia para usar el preservativo en las relaciones sexuales o negarse a mantener sexo sin protección con una pareja ocasional y con una pareja estable.

En la tabla 7.3.3.3.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de las variables autoeficacia para usar siempre en preservativo y autoeficacia para negarse a mantener relaciones sexuales sin preservativo, en función del tipo de pareja (ocasional o estable) y del género en la muestra total.

Tabla 7.3.3.3.1 Medias, desviaciones típicas de las variables autoeficacia para usar el preservativo en las relaciones sexuales y negarse a mantener sexo sin protección en función del género y del tipo de pareja.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Autoeficacia para USAR preservativo con la <u>PAREJA ESTABLE</u>	8,65 (2,12) 225	8,90 (2,12) 222	8,77 (2,12) 447
Autoeficacia para USAR preservativo con una <u>PAREJA OCASIONAL</u>	8,92 (1,95) 225	9,07 (2,52) 222	8,99 (2,25) 447
Autoeficacia para NEGARTE a mantener una relación sexual con la <u>PAREJA ESTABLE</u> en caso de que no quiera utilizar preservativo	6,09 (3,43) 229	7,63 (3,40) 226	6,86 (3,50) 455
Autoeficacia para NEGARTE a mantener una relación sexual con una <u>PAREJA OCASIONAL</u> en caso de que no quiera utilizar preservativo	6,24 (3,82) 229	7,72 (3,83) 226	6,97 (3,89) 455

El análisis de la varianza de diseño mixto 2 x 2 muestra que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de pareja y género en la variable autoeficacia para usar siempre el preservativo ($F_{1,445}=0,22$; $P= 0,64$). El efecto principal del factor tipo de pareja es significativo ($F_{1,445}=4,72$; $P= 0,03$), pero no el efecto del factor género ($F_{1,445}=1,22$; $P= 0,27$). Así pues, los participantes tienen una percepción de mayor autoeficacia para utilizar siempre el preservativo cuando se trata de una pareja ocasional que cuando ésta es estable, independientemente del género. Los resultados del análisis referentes a la variable autoeficacia percibida para negarse a mantener relaciones sexuales en caso de que la pareja no quiera utilizar el preservativo, muestran que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de pareja (estable

u ocasional) y el género ($F_{1,453}=0,04$; $P= 0,83$). Tampoco es significativo el efecto principal del tipo de pareja ($F_{1,453}=0,61$; $P= 0,43$). Pero sí es significativo el efecto del factor género ($F_{1,453}=24,33$; $P<0,0005$). De acuerdo con estos resultados, las chicas se sienten más capaces de negarse a mantener relaciones sexuales sin protección que los chicos, independientemente de si la pareja es ocasional o estable.

Objetivo nº 5.2.3.5.2. Examinar si existe relación entre la autoeficacia para el uso del preservativo o para negarse a mantener sexo si protección con una pareja ocasional y con una pareja estable el género y el uso autoinformado de esta medida en los participantes sexualmente activos.

En la tabla 7.3.3.3.2 se presentan las medias y desviaciones típicas referentes a la percepción de autoeficacia para utilizar siempre el preservativo cuando se mantienen relaciones sexuales según el tipo de pareja, el género y el uso autoinformado del preservativo, en los participantes sexualmente activos.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto $2 \times 2 \times 2$ nos indica que no existe interacción entre los factores tipo de pareja - ocasional o estable- género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=3,54$; $P= 0,06$). La interacción entre el factor tipo de pareja y el factor género es significativa ($F_{1,84}=4,529$; $P= 0,04$). No sucede lo mismo entre los factores tipo de pareja y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=1,80$; $P= 0,18$) y género y uso del preservativo ($F_{1,84}=0,01$; $P= 0,90$). Los efectos principales tanto del tipo de pareja- ocasional o estable- ($F_{1,84}=1,62$; $P= 0,21$) del sexo ($F_{1,84}=0,15$; $P= 0,69$) como del uso del preservativo ($F_{1,84}=3,07$; $P= 0,08$) no son estadísticamente significativos. Así, entre los participantes sexualmente activos se observa que las chicas se sienten más capaces que los chicos de utilizar siempre el preservativo cuando la pareja es ocasional, en cambio la percepción de autoeficacia de los chicos para utilizar siempre el preservativo es superior a la de las chicas cuando se trata de una pareja estable.

Tabla 7.3.3.3.2. Medias y desviaciones típicas de la percepción de autoeficacia para utilizar siempre el preservativo en función de tipo de pareja (actual u ocasional), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) N
Hasta que punto te sientes capaz de UTILIZAR siempre el preservativo en tus relaciones sexuales con una <u>PAREJA ESTABLE</u>	Utilizó preservativos	8,79 (1,61) 28	8,96 (1,76) 25	8,87 (1,67) 53
	No utilizó preservativos	8,16 (2,63) 19	7,37 (2,77) 16	7,80 (2,68) 35
TOTAL		8,53 (2,08) 47	8,34 (2,32) 41	8,44 (2,18) 88
Hasta que punto te sientes capaz de UTILIZAR siempre el preservativo en tus relaciones sexuales con una <u>PAREJA OCASIONAL</u>	Utilizó preservativos	8,71 (1,94) 28	9,00 (2,79) 25	8,85 (2,36) 53
	No utilizó preservativos	7,84 (2,93) 19	8,87 (2,41) 16	8,31 (2,72) 35
TOTAL		8,36 (2,40) 47	8,95 (2,62) 41	8,64 (2,51) 88

En la tabla 7.3.3.3.3 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable autoeficacia para rechazar una relación sexual sin protección según el tipo de pareja, el género y el uso autoinformado del preservativo, en los sujetos sexualmente activos.

Los resultados del análisis del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que no existe interacción entre los factores tipo de pareja, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=0,30$; $P= 0,58$). Tampoco encontramos interacción entre el tipo de pareja y género ($F_{1,86}=3,46$; $P= 0,06$), entre el tipo de pareja y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=0,00$; $P= 0,97$), ni entre el género y el uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=0,62$; $P= 0,43$). En cambio, es estadísticamente significativo el efecto principal del factor tipo de pareja ($F_{1,86}=7,32$; $P= 0,01$), pero no el efecto del sexo ($F_{1,86}=1,81$; $P= 0,18$), ni el efecto del uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=0,03$; $P= 0,87$). De acuerdo con estos resultados se aprecia que cuando la pareja es ocasional la autoeficacia percibida para negarse a mantener relaciones sexuales sin protecciones es superior que cuando la pareja es estable, independientemente del género y de si utilizó o no el preservativo en su última relación sexual.

Tabla 7.3.3.3.3. Medias y desviaciones típicas de la percepción de autoeficacia para negarse a mantener sexo sin protección en función de tipo de pareja (actual u ocasional), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Hasta que punto te sientes capaz de NEGARTE a mantener relaciones sexuales con una PAREJA ESTABLE en el caso de que no quiera usar preservativo	Utilizó preservativos	5,29 (3,84) 28	6,50 (3,74) 28	5,89 (3,82) 56
	No utilizó preservativos	5,94 (3,68) 18	5,56 (3,82) 16	5,76 (3,70) 34
TOTAL		5,54 (3,75) 46	6,16 (3,76) 44	5,84 (3,70) 90
Hasta que punto te sientes capaz de NEGARTE a mantener relaciones sexuales con una PAREJA OCASIONAL en el caso de que no quiera usar preservativo	Utilizó preservativos	5,75 (4,04) 28	7,86 (3,88) 28	6,80 (4,06) 56
	No utilizó preservativos	6,06 (4,13) 18	7,31 (4,06) 16	6,65 (4,08) 34
TOTAL		5,87 (4,03) 46	7,66 (3,91) 44	6,74 (4,05) 90

7.3.3.4. EXPECTATIVAS DE RESULTADO

Objetivo nº 5.2.3.6.1. Evaluar hasta qué punto los encuestados creen que usar el preservativo, las pastillas anticonceptivas y la práctica de la “marcha atrás” son conductas eficaces para evitar el sida o un embarazo no deseado, en función del género.

En la tabla 7.3.3.4.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable creencia en la efectividad de varios métodos preventivos -preservativo, pastillas anticonceptivas y “marcha atrás”- en función del género y del tipo de problema a evitar (contagio del virus de la sida y embarazo no deseado) en la muestra total de sujetos.

Los datos de esta tabla se han analizado por separado para cada método preventivo.

En relación al preservativo el análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (efectividad para evitar el contagio del virus del sida y para evitar un embarazo no deseado) y el segundo intersujetos (género), nos indica que existe interacción entre ambos factores ($F_{1,461}=4,70$; $P= 0,03$). Las chicas creen que el preservativo es más efectivo para evitar el contagio del virus del sida que para evitar un embarazo. Los chicos en cambio creen que es igual de efectivo para ambos propósitos. El efecto principal del tipo de problema - sida o embarazo – también es estadísticamente significativo ($F_{1,461}=4,51$; $P=0,03$), no ocurre lo mismo con el efecto principal del género ($F_{1,461}=0,96$; $P= 0,33$). Así pues, los participantes consideran que el preservativo es más efectivo para evitar el sida que para evitar un embarazo no deseado.

Referente a la creencia sobre que el uso de pastillas anticonceptivas los resultados del modelo mixto 2 x 2, muestran efecto de interacción entre los factores tipo de problema y género ($F_{1,447}=10,80$; $P= 0,001$). Existe un efecto significativo de la variable tipo de problema ($F_{1,447}=1290,66$; $P<0,0005$), pero el efecto de género no es significativo ($F_{1,447}=0,07$; $P= 0,79$). Así pues, en el caso del sida los chicos creen que las pastillas son más efectivas que las chicas. En el caso del embarazo son ellas las que creen que son más efectivas. La gran diferencia entre las medias según el tipo de problema era esperable.

Tabla 7.3.3.4.1. Medias y desviaciones típicas de la variable creencia sobre la efectividad de varios métodos preventivos en función del tipo de problema para evitar y del género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Usar <u>PRESERVATIVO</u> evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	9,16 (2,18) 231	9,22 (2,12) 232	9,19 (2,15) 463
Usar <u>PRESERVATIVO</u> evita los <u>EMBARAZOS</u>	9,16 (1,81) 231	8,79 (1,87) 232	8,98 (1,85) 463
Usar <u>PASTILLAS</u> <u>ANTICONCEPTIVAS</u> evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	2,58 (2,91) 223	1,98 (2,46) 226	2,28 (2,70) 449
Usar <u>PASTILLAS</u> <u>ANTICONCEPTIVAS</u> evita los <u>EMBARAZOS</u>	8,11 (2,63) 223	8,62 (2,04) 226	8,37 (2,36) 449
La " <u>MARCHA ATRÁS</u> es un método efectivo para evitar el contagio del virus del <u>SIDA</u>	2,83 (3,00) 222	2,11 (2,40) 228	2,47 (2,73) 449
La " <u>MARCHA ATRÁS</u> " es un método efectivo para evitar los <u>EMBARAZOS</u>	4,14 (3,40) 222	3,15 (3,17) 227	3,64 (3,32) 449

En relación a la efectividad de la "marcha atrás" como método preventivo, el análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 indica que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de problema – sida o embarazo – y género ($F_{1,447}=0,99$; $P= 0,32$). Existe un efecto principal significativo de la variable tipo de problema ($F_{1,447}=85,55$; $P<0,0005$) y también del género ($F_{1,447}=11,25$; $P= 0,001$). De acuerdo con estos resultados los participantes creen en mayor medida que la "marcha atrás" es un método efectivo para evitar embarazos que para evitar el contagio de VIH. Asimismo los chicos creen en mayor medida que las chicas que la "marcha atrás" es un método efectivo para evitar el sida y un embarazo no deseado.

Objetivo nº 5.2.3.6.2. Analizar la creencia sobre la efectividad del preservativo, las pastillas anticonceptivas y la práctica de la “marcha atrás” para evitar el sida o un embarazo no deseado en función del género y del uso autoinformado del preservativo de los participantes sexualmente activos.

A continuación se exponen los resultados sobre la creencia en la efectividad de los diferentes métodos de prevención en la muestra de participantes que han tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días.

En la tabla 7.3.3.4.2. se presentan las medias y desviaciones típicas de la creencia en la efectividad del preservativo en función del tipo de problema, del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual. Si observamos los datos de la tabla vemos que los chicos sexualmente activos que no usaron preservativos en la última relación sexual son los que menos creen en la eficacia del preservativo para evitar el contagio del sida. Cabe destacar la elevada variabilidad de las respuestas en ese grupo si la comparamos con los otros grupos (media = 7,32; dt= 3,94). Si observamos la distribución de frecuencias encontramos que un 26,3% de estos chicos creen que el preservativo no es eficaz para evitar el contagio (puntuaciones de 1), mientras que el 57,9% creen que es totalmente eficaz (puntuaciones de 10). Las chicas que no usaron el preservativo en su última relación sexual son las que menos creen en su eficacia para evitar embarazos.

Los resultados del análisis de la varianza de diseño mixto 2 x 2 x 2, nos indican la existencia de interacción de tercer orden entre los factores tipo de problema, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=14,79$; $P<0,0005$). También encontramos interacción entre los factores tipo de problema y género ($F_{1,87}=14,85$; $P<0,0005$). En cambio, el efecto de interacción no es significativo entre los factores tipo de problema y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=2,25$; $P=0,13$), y tampoco lo es entre el género y el uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=0,43$; $P=0,51$). Los efectos principales del tipo de problema – sida o embarazo – ($F_{1,87}=0,06$; $P=0,80$) del sexo ($F_{1,87}=0,60$; $P=0,44$) y del uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=2,25$; $P=0,13$) no son estadísticamente significativos. Por lo que se refiere a la prevención del sida, entre los adolescentes sexualmente activos se observa que los chicos que no utilizaron el preservativo creen menos en su efectividad que las chicas que no lo usaron, mientras que entre los participantes que sí utilizaron el preservativo no se observan diferencias entre chicos y chicas respecto a

esta creencia. En cambio, en la prevención de embarazos no deseados, son las chicas que no usaron preservativo las que menos creen en su efectividad, en comparación con los chicos que no lo utilizaron, sin que se observen diferencias notables según el género entre los adolescentes que lo usaron.

Tabla 7.3.3.4.2. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la efectividad del preservativo en función de tipo de problema (sida o embarazo), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Usar PRESERVATIVO evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	Utilizó preservativos	9,41 (1,84) 27	9,45 (1,88) 29	9,43 (1,84) 56
	No utilizó preservativos	7,32 (3,94) 19	9,75 (0,68) 16	8,43 (3,15) 35
TOTAL		8,54 (3,04) 46	9,56 (1,56) 45	9,04 (2,46) 91
Usar PRESERVATIVO evita los <u>EMBARAZOS</u> <u>NO DESEADOS</u>	Utilizó preservativos	8,96 (1,74) 27	9,00 (1,71) 29	8,98 (1,71) 56
	No utilizó preservativos	9,58 (0,83) 19	8,12 (1,25) 16	8,91 (1,26) 35
TOTAL		9,22 (1,49) 46	8,69 (1,60) 45	8,96 (1,54) 91

En la tabla 7.3.3.4.3 se presentan las medias y desviaciones típicas de la creencia en la efectividad de las pastillas anticonceptivas en función del tipo de problema, del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en los sujetos sexualmente activos.

Como era de esperar, en general los participantes no creen que las pastillas anticonceptivas sean un método efectivo para evitar el contagio del virus del sida. Los chicos que no utilizaron el preservativo en su última relación sexual son los que creen en mayor medida que las pastillas son efectivas para evitar el contagio. Es de destacar la gran variabilidad que existe en la respuesta de los sujetos.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 x 2 nos indica que no existe interacción de tercer orden entre los factores tipo de problema, género y uso del preservativo ($F_{1,87}=0,02$; $P= 0,87$). Tampoco existe efecto de interacción entre los factores tipo de problema y género ($F_{1,87}=1,97$; $P= 0,16$), entre las variables tipo de problema y el uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=0,41$; $P= 0,51$) ni entre el género y el uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=1,88$; $P= 0,17$). En cambio, el efecto principal de la variable tipo de problema es estadísticamente significativo ($F_{1,87}=185,57$; $P<0,0005$), no sucede lo mismo con los efectos principales de las variables sexo ($F_{1,87}=0,02$; $P= 0,88$) y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=3,61$; $P= 0,06$). Así pues, los participantes sexualmente activos creen que las pastillas anticonceptivas son un método efectivo para evitar los embarazos no deseados pero no lo son para evitar el contagio del VIH, independientemente del género y de si utilizó o no el preservativo en su última relación sexual, al igual que sucedía en la muestra general.

Tabla 7.3.3.4.3. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la efectividad de las pastillas anticonceptivas en función de tipo de problema (sida o embarazo), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Usar PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	Utilizó preservativos	2,57 (2,82) 28	2,57 (3,36) 28	2,57 (3,07) 56
	No utilizó preservativos	4,16 (4,01) 19	3,13 (3,28) 16	3,69 (3,68) 35
TOTAL		3,21 (3,40) 47	2,77 (3,30) 44	3,00 (3,34) 91
Usar PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS evita los <u>EMBARAZOS NO DESEADOS</u>	Utilizó preservativos	7,82 (2,59) 28	9,11 (1,57) 28	8,46 (2,22) 56
	No utilizó preservativos	9,00 (1,79) 19	9,00 (1,21) 16	9,00 (1,53) 35
TOTAL		8,30 (2,35) 47	9,07 (1,43) 44	8,67 (1,99) 91

La tabla 7.3.3.4.4 presenta los resultados en relación a la creencia la efectividad de la marcha atrás según el tipo de problema - evitar el contagio del virus VIH o evitar un embarazo no deseado-, el uso de métodos preventivos en la última relación sexual y el género de los sujetos sexualmente activos. Al igual que sucedía con las pastillas anticonceptivas, la mayoría de participantes creen que la marcha atrás no es efectiva para evitar el contagio del virus del sida, y son también el grupo de chicos que no utilizaron el preservativo en su última relación sexual los registran el valor medio más elevado. En relación a la creencia sobre que la marcha atrás es efectiva para evitar embarazos no deseados, la mayoría de participantes no está de acuerdo con esta afirmación, siendo de nuevo los chicos que no utilizaron el preservativo en su última relación los que presentan la puntuación media más alta. Cabe destacar la elevada variabilidad en las respuestas de los sujetos. Estos porcentajes son ligeramente superiores a los encontrados en la muestra total.

Los resultados del análisis del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción significativo entre los factores tipo de problema, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=3,64$; $P= 0,05$). Tampoco encontramos efecto de interacción entre los factores tipo de problema y género ($F_{1,86}=0,73$; $P= 0,39$), entre el tipo de problema y el uso del preservativo ($F_{1,86}=1,74$; $P= 0,19$) ni entre el género y uso del preservativo ($F_{1,86}=0,49$; $P= 0,48$). Los efectos principales tanto del tipo de problema – sida o embarazo- ($F_{1,86}=9,32$; $P< 0,005$) como del sexo ($F_{1,86}=4,64$; $P= 0,03$) son estadísticamente significativos, en cambio no lo es el uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,86}=3,54$; $P= 0,06$). De acuerdo con estos resultados, se aprecia que los sujetos creen que la “marcha atrás” es un método más efectivo cuando se trata de prevenir un embarazo no deseado que cuando se trata de evitar el contagio del VIH y los chicos lo creen más que las chicas.

Tabla 7.3.3.4.4. Medias y desviaciones típicas de la creencia en la efectividad de la “marcha atrás” en función de tipo de problema (sida o embarazo), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
La “MARCHA ATRÁS es un método efectivo para evitar el contagio del virus del <u>SIDA</u>	Utilizó preservativos	3,56 (3,14) 27	2,31 (2,94) 29	2,91 (3,07) 56
	No utilizó preservativos	4,39 (3,61) 18	3,25 (3,02) 16	3,85 (3,35) 34
TOTAL		3,89 (3,32) 45	2,64 (2,97) 45	3,27 (3,17) 90
La “MARCHA ATRÁS es un método efectivo para evitar <u>EMBARAZOS NO DESEADOS</u>	Utilizó preservativos	3,74 (3,30) 27	3,07 (3,60) 29	3,39 (3,44) 56
	No utilizó preservativos	6,33 (3,54) 18	3,69 (3,04) 16	5,09 (3,57) 34
TOTAL		4,78 (3,59) 45	3,29 (3,39) 45	4,03 (3,58) 90

7.3.3.5. PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

Objetivo nº 5.2.3.7.1. Estudiar en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a ser infectados con el virus del sida y en comparación con la vulnerabilidad de otros adolescentes de sus mismas características y si tales valoraciones varían en función del género.

En la tabla 7.3.3.5.1 se presentan las medias, desviaciones típicas de la percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH, en función de si es propia o en comparación con personas de la misma edad, curso y sexo y del género en la muestra total.

Tabla 7.3.3.5.1. Medias y desviaciones típicas de las variables vulnerabilidad a contagiarse con el VIH propia y vicaria en función del género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt)	Media (dt)	Media (dt)
	n	n	n
Que probabilidad crees que tienes de infectarte con el virus del <u>sida</u>	3,65 (3,21) 222	3,24 (3,17) 219	3,44 (3,19) 441
Que probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de infectarse con el virus del <u>sida</u>	4,36 (3,02) 222	4,93 (2,99) 219	4,64 (3,01) 441

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 muestra que existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad y género ($F_{1,439}=9,41$; $P= 0,002$). El efecto principal del factor tipo de vulnerabilidad es significativo ($F_{1,439} =56,45$; $P< 0,0005$), pero no el efecto del factor género ($F_{1,439}=0,10$; $P= 0,75$). Los adolescentes creen que la probabilidad de otras personas de sus mismas características de infectarse con el VIH son mayores a las que tienen ellos mismos, pero esta diferencia es más marcada en las chicas que en los chicos.

Objetivo nº 5.2.3.7.2. Analizar la vulnerabilidad percibida propia y vicaria a infectarse con el virus del sida en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

La tabla 7.3.3.5.2 presenta los resultados en relación a la percepción de vulnerabilidad según el tipo de vulnerabilidad – propia o de los otros -, el uso del preservativo en la última relación sexual y el género de los sujetos sexualmente activos.

Los resultados del análisis del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=2,03;P= 0,15$). Tampoco encontramos efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad y uso del preservativo ($F_{1,84}=1,05; P= 0,30$). En cambio es significativo el efecto de interacción de las variables tipo de vulnerabilidad y género ($F_{1,84}=13,09;P= 0,001$) y entre el género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=5,34;P= 0,02$). Los efectos principales tanto del sexo ($F_{1,84}=0,09;P= 0,75$) como del uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=1,52;P= 0,22$) no son estadísticamente significativos, en cambio sí lo es el efecto principal del tipo de vulnerabilidad – propia o de los otros- ($F_{1,84}=20,78 ;P< 0,005$). De acuerdo con estos resultados, se aprecia que cuando se pregunta a los participantes por su probabilidad a infectarse con el virus del sida, los chicos que utilizaron el preservativo en su última relación sexual son los que se perciben más vulnerables. Cuando se pregunta por la probabilidad de los otros son las chicas que no utilizaron el preservativo en la última relación sexual las que creen que otros adolescentes de características similares a las suyas tienen mayores probabilidades de infectarse, en cambio los chicos de este grupo son los que creen que sus congéneres tienen menos probabilidades. En general cuando evalúan la propia probabilidad de infección con el VIH los chicos se sienten más vulnerables que las chicas. Esta tendencia se invierte cuando se trata de evaluar la vulnerabilidad de otros adolescentes de características similares. También cabe destacar que los participantes en general creen que sus probabilidades de contraer el virus del sida son inferiores a la de sus compañeros de la misma edad, sexo y curso.

Tabla 7.3.3.5.2. Medias y desviaciones típicas de la percepción de vulnerabilidad en función de tipo de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH (propia o vicaria), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Qué probabilidad tienes de infectarte con el virus del sida	Utilizó preservativos	4,15 (3,53) 27	2,18 (2,99) 28	3,15 (3,39) 55
	No utilizó preservativos	3,22 (2,5) 18	2,60 (3,11) 15	2,94 (2,77) 33
TOTAL		3,78 (3,17) 45	2,33 (3,00) 43	3,07 (3,15) 88
Qué probabilidad tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de infectarse con el virus del sida	Utilizó preservativos	5,52 (3,21) 27	5,32 (3,23) 28	5,42 (3,19) 55
	No utilizó preservativos	2,61 (2,52) 18	6,07 (2,68) 15	4,18 (3,09) 33
TOTAL		4,36 (3,26) 45	5,58 (3,04) 43	4,95 (3,19) 88

Objetivo n° 5.2.3.7.3. Conocer en qué medida los adolescentes se sienten vulnerables a sufrir un embarazo no deseado y en comparación con la vulnerabilidad de otros adolescentes de sus mismas características y si tales valoraciones varían en función del género.

A continuación se presentan las medias, desviaciones típicas de la percepción de vulnerabilidad a sufrir un embarazo no deseado, en función de si es propia o en comparación con personas de la misma edad, curso y sexo y del género en la muestra total. (ver tabla 7.3.3.5.3).

Tabla 7.3.3.5.3. Medias y desviaciones típicas de las variables vulnerabilidad propia y vicaria a tener un embarazo no deseado en función del género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Que probabilidad crees que tienes de tener <u>un embarazo no deseado</u>	4,01 (3,34) 224	3,28 (3,25) 232	3,64 (3,31) 456
Que probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de tener <u>un embarazo no deseado</u>	5,32 (3,18) 224	5,48 (2,95) 232	5,40 (3,06) 446

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 muestra que existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad (propia y vicaria) y género ($F_{1,454}=8,79$; $P= 0,003$). El efecto principal del factor tipo de vulnerabilidad es significativo ($F_{1,454}=136,43$; $P< 0,0005$), pero no el efecto del factor género ($F_{1,454}=1,24$; $P= 0,26$). De acuerdo con estos resultados, los y las adolescentes creen que la probabilidad de otras personas de sus mismas características de tener un embarazo no deseado es mayor que la suya propia y esta tendencia es más acentuada en el caso de las chicas.

Objetivo n° 5.2.3.7.4. Analizar la vulnerabilidad percibida propia y vicaria a sufrir un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

La tabla 7.3.3.5.4 presenta los resultados en relación a la percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado según el tipo de vulnerabilidad – propia o de los otros -, el uso del preservativo en la última relación sexual y el género de los sujetos sexualmente activos.

Los resultados del análisis del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=0,83; P=0,36$). Tampoco encontramos efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad y género ($F_{1,84}=1,95; P= 0,17$) ni y entre el uso del preservativo y el género ($F_{1,84}=0,89; P= 0,35$). En cambio es significativo el efecto de interacción de las variables tipo de vulnerabilidad y uso del preservativo ($F_{1,84}=4,18; P= 0,04$). Los efectos principales tanto del sexo ($F_{1,84}=0,005; P= 0,94$) como del uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=0,004; P= 0,95$) y el tipo de vulnerabilidad – propia o de los otros- ($F_{1,84}=2,43; P=0,12$) no son estadísticamente significativos. Así pues, aquellos adolescentes que utilizaron el preservativo creen en que las probabilidades de otras personas de sus mismas características de tener un embarazo no deseado son superiores a sus propias probabilidades, en cambio entre los que no lo usaron la tendencia se invierte.

Objetivo n° 5.2.3.7.5. Estudiar en qué medida los adolescentes de la muestra global se sienten vulnerables a ser infectados con el virus del sida en comparación con la vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado y si tales valoraciones varían en función del género.

Los resultados correspondientes a estas variables se hallan en las tablas 7.3.3.5.1 y 7.3.3.5.3.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 muestra que no existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad (sida o embarazo) y género ($F_{1,447}=0,65; P= 0,42$). El efecto principal del factor tipo de vulnerabilidad no es significativo ($F_{1,447}=0,91; P= 0,34$), pero sí el efecto del factor género ($F_{1,447}=4,16; P= 0,04$). De acuerdo con esto resultados, los chicos se sienten más vulnerables que las chicas a infectarse con el VIH y a tener un embarazo no deseado.

Tabla 7.3.3.5.4. Medias y desviaciones típicas de la percepción de vulnerabilidad en función de tipo de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado (propia o vicaria), del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, y del género de los sujetos sexualmente activos.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Qué probabilidad tienes de tener un embarazo no deseado	Utilizó preservativos	4,04 (3,51) 25	5,57 (3,92) 28	4,84 (3,78) 53
	No utilizó preservativos	5,73 (3,76) 19	5,37 (2,55) 16	5,57 (3,22) 35
TOTAL		4,77 (3,68) 44	5,50 (3,46) 44	5,13 (3,57) 88
Qué probabilidad tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de Qué probabilidad tienes de tener un embarazo no deseado	Utilizó preservativos	6,32 (3,03) 25	6,07 (2,90) 28	6,18 (2,94) 53
	No utilizó preservativos	5,73 (3,94) 19	5,00 (2,80) 16	5,40 (3,44) 35
TOTAL		6,06 (3,42) 44	5,68 (2,88) 44	5,87 (3,15) 88

Objetivo n° 5.2.3.7.6. Analizar la vulnerabilidad percibida a infectarse con el VIH y a tener un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

En las tablas 7.3.3.5.2. y 7.3.3.5.4. se hallan los resultados correspondientes a estas variables.

Los resultados del análisis del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que existe efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,85}=5,42; P=0,02$). También encontramos efecto de interacción entre los factores tipo de vulnerabilidad y género ($F_{1,85}=4,12; P= 0,04$). En cambio no son significativos los efectos de interacción de las variables tipo de vulnerabilidad y uso del preservativo ($F_{1,85}=1,36; P= 0,25$) y uso del preservativo y género ($F_{1,85}=0,06; P= 0,94$). Los efectos principales tanto del sexo ($F_{1,85}=0,10; P= 0,75$) como del uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,85}=0,29; P= 0,59$) no son estadísticamente significativos. Pero sí lo es el efecto principal de la variable tipo de vulnerabilidad – al VIH o al embarazo- ($F_{1,85}=25,60; P<0,0005$) Así pues, por lo que se refiere a la probabilidad de infectarse con el VIH, entre los adolescentes sexualmente activos se observa que los chicos que utilizaron el preservativo se sienten más vulnerables a infectarse con el VIH que los que no lo utilizaron, en cambio entre las chicas son las que no utilizaron el preservativo las que se sienten más vulnerables. Por lo que se refiere a la probabilidad de tener un embarazo no deseado, los chicos que no utilizaron el preservativo se sienten más vulnerables a sufrirlo que los que sí que utilizaron el preservativo, en cambio entre las chicas las que utilizaron esta medida preventiva son las que creen tener mayor probabilidad de embarazo.

7.3.3.6. PREOCUPACIÓN

Objetivo n° 5.2.3.8.1 Evaluar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de contagiarse con el VIH o sufrir un embarazo no deseado en función del género.

En la tabla 7.3.3.6.1 se presentan las medias, desviaciones típicas de la variable preocupación, en función del tipo de problema (VIH o embarazo) y del género en la muestra total.

Tabla 7.3.3.6.1 Medias, desviaciones típicas de la variable preocupación en función del tipo de problema y del género.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media	Media	Media
	(dt)	(dt)	(dt)
	n	n	n
Me preocupa	8,10	8,25	8,18
contagiarme con el	(3,16)	(3,02)	(3,09)
virus del <u>sida</u>	224	235	459
Me preocupa tener un	7,93	8,35	8,15
<u>embarazo no deseado</u>	(3,22)	(2,95)	(3,08)
	224	235	459

Los resultados del análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 (tipo de problema x género) indican que no existe interacción entre ambos factores ($F_{1,457}=0,91$; $P= 0,34$). De la misma manera, no son significativos los efectos principales de las variables tipo de preocupación ($F_{1,457}=0,04$; $P= 0,84$) y género ($F_{1,457}=1,30$; $P= 0,25$). Así pues los adolescentes se sienten preocupados por ambos problemas independientemente de si son chicos o chicas.

Objetivo nº 5.2.3.8.2 Estudiar cuál es el grado de preocupación que los participantes muestran ante la posibilidad de contagiarse con el VIH o sufrir un embarazo no deseado en función del género y del uso del preservativo en los adolescentes sexualmente activos.

La tabla 7.3.3.6.2 presentan las medias y desviaciones típicas en relación a la preocupación por contagiarse con el virus del sida y por tener un embarazo no deseado en función del género y del uso autoinformado del preservativo, en aquellos participantes que son sexualmente activos.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 x 2 indican que existe efecto de interacción de tercer orden entre los factores tipo de preocupación, género y uso del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,83}=7,55$; $P=0,007$). También encontramos efecto de interacción entre los factores tipo de preocupación y género ($F_{1,83}=8,77$; $P= 0,004$) y tipo de preocupación y uso del preservativo ($F_{1,83}=7,36$; $P= 0,008$). Los efectos principales tanto del sexo ($F_{1,83}=1,97$; $P= 0,16$) como del tipo de preocupación

($F_{1,83}=0,06$; $P= 0,79$) no son estadísticamente significativos. Pero sí lo es el efecto principal de la variable uso del preservativo ($F_{1,83}= 7,42$; $P=0,008$). Así pues, por lo que se refiere a la preocupación por infectarse con el VIH, entre los adolescentes sexualmente activos se observa que los chicos que no utilizaron el preservativo están más preocupados que los que sí que lo utilizaron, en cambio entre las chicas las que utilizaron el preservativo se sienten más preocupadas a contagiarse con el virus del sida que las que no utilizaron el preservativo. Por lo que se refiere a la preocupación por tener un embarazo no deseado, entre los chicos se observa una gran diferencia entre los que usaron el preservativo en la última relación sexual y los que no lo hicieron: a estos últimos les preocupa mucho menos dejar embarazada a una chica. Entre las chicas si bien la tendencia es la misma (más preocupación por el embarazo entre las que utilizaron el preservativo en la última relación sexual que entre las que no lo hicieron) la diferencia no es tan importante.

Tabla 7.3.3.6.2. Medias y desviaciones típicas de la preocupación por contagiarse con el virus del sida y por tener un embarazo no deseado, en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual.

		CHICOS	CHICAS	TOTAL
		Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Me preocupa contagiarme con el virus del Sida	Utilizó preservativos	7,30 (3,53) 23	8,21 (3,23) 29	7,81 (3,37) 52
	No utilizó preservativos	8,00 (3,09) 19	6,44 (3,66) 16	7,29 (3,40) 35
TOTAL		7,62 (3,32) 42	7,58 (3,46) 45	7,60 (3,37) 87
Me preocupa tener un embarazo no deseado	Utilizó preservativos	8,17 (2,75) 23	9,24 (1,90) 29	8,76 (2,35) 52
	No utilizó preservativos	4,63 (4,07) 19	7,50 (3,46) 16	5,94 (4,02) 35
TOTAL		6,57 (3,81) 42	8,62 (2,66) 45	7,63 (3,41) 87

7.3.3.7. ACTITUDES

Objetivo nº 5.2.3.9.1. Examinar hasta qué punto los participantes consideran que usar el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales será cómodo, agradable, práctico y sensato, e identificar semejanzas y/o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.3.3.7.1 se presentan las medias, desviaciones típicas y prueba de comparación de medias referentes a las preguntas sobre si consideran que usar el preservativo es cómodo, agradable, práctico y sensato para el total de la muestra. En todos los casos se observa que las puntuaciones medias de las chicas son superiores a la de los chicos, aunque estas diferencias son sólo estadísticamente significativas en el caso de la creencia sobre que usar el preservativo es práctico y sensato.

Tabla 7.3.3.7.1 Medias, desviaciones típicas y prueba de comparación de medias de las actitudes hacia el uso del preservativo en función del género.

	CHICOS	CHICAS	t
	Media	Media	(P)
	(dt)	(dt)	
	N	n	
Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será CÓMODO	6,47 (2,95) 211	6,88 (2,99) 209	-1,41 (0,15)
Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será AGRADABLE	6,59 (2,92) 204	6,66 (2,84) 203	-0,25 (0,80)
Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será PRÁCTICO	7,77 (2,88) 211	8,34 (2,41) 206	-2,19 (0,02)
Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será SENSATO	8,29 (2,65) 205	8,79 (2,22) 201	-2,05 (0,04)

Objetivo nº 5.2.3.9.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran que usar el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales será cómodo, agradable, práctico y sensato en función del género y del uso autoinformado de los adolescentes sexualmente activos.

La tabla 7.3.3.7.2 presentan las medias y desviaciones típicas en relación a la variable “Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será cómodo” en función del género y del uso autoinformado del preservativo, en aquellos participantes que son sexualmente activos.

Tabla 7.3.3.7.2. Medias y desviaciones típicas de la creencia en que usar el preservativo será cómodo, en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	6,81 (2,72) 26	7,15 (3,04) 26	6,98 (2,86) 52
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	6,00 (3,68) 16	5,75 (3,35) 16	5,88 (3,47) 32
TOTAL	6,50 (3,11) 42	6,62 (3,20) 42	6,56 (3,13) 84

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,84}=0,17$; $P= 0,67$). Tampoco existe efecto principal de la variable género ($F_{1,84}=0,005$; $P= 0,94$), ni de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,84}=2,45$; $P= 0,12$).

La tabla 7.3.3.7.3 presenta las medias y desviaciones típicas en relación a la variable “Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será agradable” en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en aquellos sujetos que son sexualmente activos.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2 indica que no existe efecto de interacción entre los factores género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,72}=3,64$; $P= 0,06$). Los efectos principales de las variables género ($F_{1,72}=0,61$; $P= 0,43$) y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,72}=0,22$; $P= 0,63$) tampoco son significativos.

Tabla 7.3.3.7.3. Medias y desviaciones típicas de la creencia en que usar el preservativo será agradable, en función del género y del uso autoinformado del preservativo.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	6,29 (2,88) 21	7,04 (2,94) 23	6,68 (2,90) 44
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,25 (3,21) 16	5,44 (2,47) 16	6,34 (2,96) 32
TOTAL	6,70 (3,02) 37	6,38 (2,84) 39	6,54 (2,91) 76

En la tabla 7.3.3.7.4 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable “Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será práctico” en función del género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en aquellos sujetos que son sexualmente activos.

Tabla 6.3.3.7.4. Medias y desviaciones típicas de la creencia en que usar el preservativo será práctico, en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,59 (2,88) 22	8,30 (2,26) 23	7,96 (2,58) 45
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,69 (3,28) 16	6,75 (3,78) 16	7,22 (3,51) 32
TOTAL	7,63 (3,01) 38	7,67 (3,03) 39	7,65 (3,00) 77

El análisis de la varianza del diseño mixto 2x2 nos indica que no existe efecto de interacción entre los factores sexo del sujeto y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,72}=1,39$; $P= 0,24$). Los efectos principales tanto del sexo ($F_{1,73}=0,02$; $P= 0,87$) como del uso autoinformado del preservativo ($F_{1,73}=1,09$; $P= 0,30$) tampoco son estadísticamente significativos. A diferencia de los que ocurría en la muestra general que las chicas lo consideraban más práctico que los chicos.

La tabla 7.3.3.7.5 presenta los resultados de las medias y desviaciones típicas de la variable “Utilizar el preservativo cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que

para mí será sensato” en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en aquellos sujetos que son sexualmente activos.

Tabla 7.3.3.7.5. Medias y desviaciones típicas de la creencia en que usar el preservativo será sensato, en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	8,48 (2,04) 21	9,32 (2,33) 22	8,91 (2,21) 43
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,82 (3,08) 17	7,53 (3,31) 15	7,69 (3,14) 32
TOTAL	8,18 (2,54) 38	8,59 (2,87) 37	8,39 (2,70) 75

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,71}=0,82$; $P= 0,36$). Tampoco existe efecto principal de la variable género ($F_{1,71}=0,19$; $P= 0,65$), pero sí de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,71}= 3,83$; $P= 0,05$). Así pues, aquellos adolescentes que utilizaron el preservativo en su última relación sexual creen en mayor medida que los que no lo utilizaron que usar preservativo es sensato, independientemente del género.

7.3.3.8. ACCESIBILIDAD DEL PRESERVATIVO

Objetivo nº 5.2.3.10.1. Examinar hasta qué punto los participantes consideran que cuando han necesitado preservativos éstos han sido fáciles de conseguir e identificar semejanzas y/o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.3.3.8.1 se presentan las medias, desviaciones típicas y prueba de comparación de medias referentes a las preguntas sobre si cuando han necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos para el total de la muestra. Encontramos diferencias significativas entre chicos y chicas, en el sentido de que son ellos los que consideran que el preservativo es más accesible.

Tabla 7.3.3.8.1 Medias, desviaciones típicas y prueba de comparación de medias de la accesibilidad del preservativo en función del género.

	CHICOS	CHICAS	t
	Media	Media	(P)
	(dt)	(dt)	
	N	n	
Cuando he necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos	7,89 (2,81) 226	7,20 (3,29) 207	2,34 (0,02)

Objetivo nº .5.2.3.10.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran que cuando han necesitado preservativos éstos han sido fáciles de conseguir en función del género y del uso autoinformado del preservativo en los participantes sexualmente activos.

La tabla 7.3.3.8.2 presenta los resultados de las medias y desviaciones típicas de la variable “Cuando he necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos” en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en aquellos sujetos que son sexualmente activos.

Tabla 7.3.3.8.2. Medias y desviaciones típicas de la variable accesibilidad del preservativo, en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,86 (3,29) 29	6,83 (3,50) 29	7,34 (4,41) 58
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	8,00 (3,13) 19	6,13 (3,77) 16	7,14 (3,51) 35
TOTAL	7,92 (3,19) 48	6,58 (3,57) 45	7,27 (3,43) 93

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,89}=0,33$; $P= 0,57$). Tampoco existe efecto principal de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,89}=0,15$; $P= 0,70$), pero sí de la variable género ($F_{1,89}= 3,94$; $P= 0,05$). Así pues, entre los participantes que han mantenido relaciones sexuales en los últimos treinta días los chicos creen en mayor medida que las chicas que el preservativo es una medida de protección accesible, independientemente de si lo utilizaron o no en su última relación sexual.

7.3.4. CONSECUENCIAS QUE PUEDEN FACILITAR O INHIBIR LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO.

Objetivo nº 5.2.3.11.1. Conocer hasta qué punto los participantes consideran molesto el uso del preservativo, creen que usar el preservativo corta el rollo, que disminuye la sensibilidad y que pedir a tu pareja que lo utilice puede interpretarse como una falta de confianza. Se analizan estas variables en la muestra total en función del género.

En la tabla 7.3.4.1. se presentan las medias, las desviaciones típicas y las pruebas de comparación de medias referentes a las preguntas sobre las posibles consecuencias negativas inmediatas de la utilización del preservativo para el total de la muestra.

En todos los casos encontramos diferencias significativas entre chicos y chicas, en el sentido que las puntuaciones medias de los chicos son superiores a las de las chicas, indicando que son ellos los que consideran en mayor medida que ellas que el preservativo es molesto, que su uso corta el rollo, que disminuye la sensibilidad y que pedir a tu pareja que lo utilice denota falta de confianza. Si observamos la distribución de frecuencias vemos que un 12% de la muestra está totalmente de acuerdo (puntúan 10) con que el preservativo es molesto, un 15% con que corta el rollo, un 14% con que disminuye la sensibilidad y un 8% con que es una falta de confianza pedir su uso.

Tabla 7.3.4.1. Medias, desviaciones típicas y pruebas de comparación de medias de las preguntas sobre consecuencias inmediatas del uso del preservativo en función del género.

	CHICOS	CHICAS	t
	Media	Media	(P)
	(dt)	(dt)	
	N	n	
Usar el preservativo es <u>MOLESTO</u>	5,18 (3,04) 230	3,93 (3,11) 215	4,27 (<0,0005)
Usar el preservativo <u>“CORTA EL ROLLO”</u>	4,91 (3,27) 230	3,88 (3,34) 216	3,29 (0,001)
Usar el preservativo disminuye la <u>SENSIBILIDAD</u>	5,33 (3,25) 228	4,12 (3,12) 207	3,95 (<0,0005)
Pedir a tu pareja que utilice el preservativo puede ser interpretado como una <u>FALTA DE CONFIANZA</u> en ella	4,25 (3,37) 233	2,12 (2,40) 234	7,87 (<0,0005)

Objetivo nº 5.2.3.11.2. Analizar hasta qué punto los participantes consideran molesto el uso del preservativo, creen que usar el preservativo corta el rollo, que disminuye la sensibilidad y que pedir a tu pareja que lo utilice puede interpretarse como una falta de confianza en función del género y del uso del preservativo autoinformado en los participantes sexualmente activos.

La tabla 7.3.4.2 presenta los resultados de las medias y desviaciones típicas en relación a la variable “Usar el preservativo es molesto” en función del género y del uso autoinformado de métodos anticonceptivos, en aquellos participantes sexualmente activos.

Tabla 7.3.4.2. Medias y desviaciones típicas de la afirmación “Usar el preservativo es molesto” en función del género y del uso autoinformado del preservativo.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) N
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	4,66 (3,05) 29	4,18 (3,44) 28	4,42 (3,23) 57
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,79 (3,44) 19	5,50 (3,08) 16	6,74 (3,43) 35
TOTAL	5,90 (3,53) 48	4,66 (3,34) 44	5,30 (3,47) 92

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción significativo entre los factores género y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,88}=1,67$; $P= 0,20$). Existe efecto principal de la variable género ($F_{1,88}=3,88$; $P= 0,05$), y de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,88}=10,07$; $P= 0,002$). Los participantes que no utilizaron el preservativo en su última relación sexual son los que consideran en mayor medida que los que si lo usaron que el preservativo es molesto. Los chicos consideran mayormente que las chicas que esta medida de prevención es molesta.

La tabla 7.3.4.3 presenta las medias y desviaciones típicas en relación a la variable “Usar el preservativo corta el rollo” en función del género y del uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, en aquellos participantes sexualmente activos.

Tabla 7.3.4.3. Medias y desviaciones típicas de la afirmación “Usar el preservativo corta el rollo” en función del género y del uso autoinformado del preservativo.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	4,79 (3,09) 29	4,79 (4,15) 29	4,79 (3,63) 58
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	7,42 (3,58) 19	7,19 (3,507) 16	7,31 (3,49) 35
TOTAL	5,83 (3,51) 48	5,64 (4,06) 45	5,74 (3,77) 93

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores sexo y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,89}=0,02$; $P= 0,88$). Tampoco existe efecto principal de la variable género ($F_{1,89}=0,02$; $P= 0,88$), pero sí de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,89}=10,45$; $P= 0,002$). Así pues, existen diferencias entre los participantes que utilizaron el preservativo en la última relación sexual y los que no, estos últimos son los que creen mayormente que esta medida “*corta el rollo*”, independientemente del género.

La tabla 7.3.4.4 presenta las medias y desviaciones típicas de la variable “Usar el preservativo disminuye la sensibilidad” en función del género y del uso autoinformado del preservativo, en aquellos sujetos sexualmente activos.

Tabla 7.3.4.4. Medias y desviaciones típicas de la afirmación “Usar el preservativo disminuye la sensibilidad” en función del género y del uso autoinformado del preservativo.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	4,86 (2,90) 28	4,82 (3,24) 28	4,84 (3,05) 56
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	6,79 (3,84) 19	6,31 (3,40) 16	6,57 (3,60) 35
TOTAL	5,64 (3,41) 47	5,36 (3,34) 44	5,51 (3,36) 91

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores sexo y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,87}=0,09$; $P= 0,08$). Tampoco encontramos efecto principal de la variable género ($F_{1,87}=0,13$; $P= 0,72$), pero sí de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,87}=5,75$; $P= 0,02$). De acuerdo con estos resultados los chicos y chicas que no utilizaron el preservativo en su última relación sexual son los que creen en mayor medida que el preservativo disminuye la sensibilidad, respecto a aquellos que sí lo usaron.

La tabla 7.3.4.5 presenta las medias y desviaciones típicas en relación a la variable “Pedir a tu pareja que utilice el preservativo puede interpretarse como falta de confianza” en función del género y del uso autoinformado del preservativo, en aquellos sujetos sexualmente activos.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 indican que no existe efecto de interacción entre los factores sexo y uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual ($F_{1,88}=1,79$; $P= 0,18$). Encontramos efecto principal de la variable género ($F_{1,88}=16,80$; $P<0,0005$), pero no de la variable uso autoinformado del preservativo ($F_{1,88}=3,72$; $P= 0,06$) que no alcanza la significación

estadística. Es decir que los chicos creen en mayor medida que las chicas que pedir a tu pareja que utilice el preservativo puede interpretarse como falta de confianza” independientemente de si utilizaron el preservativo o no en la última relación sexual.

Tabla 7.3.4.5. Medias y desviaciones típicas de la afirmación “Pedir a tu pareja que utilice el preservativo puede interpretarse como falta de confianza” en función del género y del uso autoinformado del preservativo.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
UTILIZÓ PRESERVATIVOS	3,76 (3,23) 29	2,00 (2,58) 29	2,88 (3,03) 58
NO UTILIZÓ PRESERVATIVOS	5,84 (3,67) 19	2,38 (2,09) 16	4,26 (3,48) 35
TOTAL	4,58 (3,52) 48	2,13 (2,39) 45	3,40 (3,26) 93

7.3.5. MODELOS PREDICTIVOS DE LA INTENCIÓN DE USO DEL PRESERVATIVO Y DE LA UTILIZACIÓN DEL PRESERVATIVO.

En este apartado se describen los modelos predictivos de la intención de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional, así como de la utilización del preservativo en los últimos treinta días. Se utilizan como predictores las variables que según los modelos teóricos predicen esas intenciones y esa conducta.

7.3.5.1 MODELO PREDICTIVO DE LA INTENCIÓN DE USO DEL PRESERVATIVO

Objetivo nº 5.2.3.12.1. Construir modelos de regresión múltiple jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional a partir de las variables estudiadas.

Al igual que en la predicción de la intención de uso del casco, el análisis de regresión múltiple jerárquica se dividió en ocho pasos. En primer lugar se introdujeron las variables demográficas (sexo y edad), a continuación las variables relacionadas con la vulnerabilidad, seguidas de las expectativas de resultados y las expectativas de autoeficacia. Seguidamente se incorporaron las relativas a la preocupación, las actitudes y las consecuencias inmediatas, para finalizar con las variables relativas a la influencia social.

7.3.5.1.1. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja estable.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Intención de uso del preservativo con una pareja estable

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH.
- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH de otra persona de sus mismas características.
- Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado.
- Percepción de vulnerabilidad de otra persona de sus mismas características de tener un embarazo no deseado.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar el contagio del VIH.
- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar tener un embarazo no deseado.
- Creencia sobre la efectividad de las pastillas anticonceptivas para evitar el contagio del VIH
- Creencia sobre la efectividad de las pastillas anticonceptivas para evitar tener un embarazo no deseado.
- Creencia sobre la efectividad de la “marcha atrás” para evitar el contagio del VIH
- Creencia sobre la efectividad de la “marcha atrás” para evitar tener un embarazo no deseado.

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja estable.
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja estable

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por contagiarse con el VIH.
- Preocupación por tener un embarazo no deseado.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el preservativo será cómodo.
- Utilizar el preservativo será agradable.
- Utilizar el preservativo será práctico.
- Utilizar el preservativo será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el preservativo es molesto
- Usar el preservativo “corta el rollo”
- Usar el preservativo disminuye la sensibilidad
- Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una falta de confianza en ella.

Bloque 8: Influencia social

- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la madre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la mejor amiga.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la pareja actual.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de otras posibles parejas.
- Creencia el uso del preservativo por parte de la mayoría de amigos /as.

Cuando se analiza el factor de inflación de la variancia de cada predictor se aprecia que el modelo ajustado está afectado de colinealidad debido a la contribución de las variables norma subjetiva paterna (FIV = 4,63), norma subjetiva materna (FIV = 5,00) y las actitudes comodidad (FIV = 7,29), y agrado (FIV = 6,47). Se procede a eliminar estas variables del modelo y se ajusta un nuevo modelo de regresión jerárquica.

En la tabla 7.3.5.1.1 se presentan los resultados de la regresión múltiple jerárquica que predice la intención de uso del preservativo con una pareja estable.

Tabla 7.3.5.1.1. Análisis de regresión jerárquica para la predicción de la intención de uso del preservativo con una pareja estable.

Predictoras	β_1	P_2	r_3	sr_4	R^2_5	ΔR^2_7	P_8
Paso 1 sexo edad	0,05 -0,14	0,54 0,12	0,07 -0,15	0,06 -0,14	0,02	0,02	0,22
Paso 2 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH vulnerabilidad propia embarazo vulnerabilidad vicaria embarazo	0,07 -0,12 0,01 -0,08 -0,27 0,29	0,40 0,18 0,92 0,40 0,02 0,01	0,07 -0,15 -0,04 -0,09 -0,12 0,09	0,08 -0,12 0,01 -0,07 -0,21 0,22	0,09	0,07	0,08
Paso 3 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH vulnerabilidad propia embarazo vulnerabilidad vicaria embarazo preservativo evita VIH preservativo evita embarazo pastillas evitan VIH pastillas evitan embarazo marcha atrás evita VIH marcha atrás evita embarazo	0,06 -0,20 0,05 -0,08 -0,20 0,16 0,21 -0,08 -0,02 -0,11 -0,05 -0,08	0,49 0,04 0,67 0,44 0,11 0,19 0,05 0,42 0,83 0,23 0,70 0,48	0,07 -0,15 -0,04 -0,09 -0,12 0,09 0,18 0,03 -0,11 -0,12 -0,15 -0,11	0,06 -0,18 0,04 -0,07 -0,14 0,11 0,18 -0,07 -0,02 -0,11 -0,03 -0,06	0,15	0,06	0,31
Paso 4 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH vulnerabilidad propia embarazo vulnerabilidad vicaria embarazo preservativo evita VIH preservativo evita embarazo pastillas evitan VIH pastillas evitan embarazo marcha atrás evita VIH marcha atrás evita embarazo expectativa autoeficacia uso expectativa autoeficacia negar	0,02 -0,23 -0,00 -0,16 0,01 0,08 -0,01 -0,08 0,06 -0,13 0,07 0,06 0,69 0,02	0,78 0,00 0,93 0,05 0,90 0,45 0,89 0,32 0,53 0,10 0,51 0,52 <0,0005 0,77	0,07 -0,15 -0,04 -0,09 -0,12 0,09 0,18 0,03 -0,11 -0,12 -0,15 -0,11 0,59 0,17	0,02 -0,20 -0,00 -0,14 0,01 0,05 -0,01 -0,07 0,04 -0,12 0,05 0,05 0,54 0,02	0,46	0,31	<0,0005
Paso 5 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH vulnerabilidad propia embarazo vulnerabilidad vicaria embarazo preservativo evita VIH preservativo evita embarazo pastillas evitan VIH pastillas evitan embarazo marcha atrás evita VIH marcha atrás evita embarazo expectativa autoeficacia uso expectativa autoeficacia negar Preocupación VIH Preocupación embarazo	0,03 -0,21 -0,01 -0,19 0,04 0,09 -0,02 -0,08 0,03 -0,16 0,07 0,09 0,68 0,00 0,25 -0,18	0,65 0,01 0,90 0,03 0,68 0,37 0,85 0,32 0,75 0,04 0,49 0,32 <0,0005 0,91 0,01 0,09	0,07 -0,15 -0,04 -0,09 -0,12 0,09 0,18 0,03 -0,11 -0,12 -0,15 -0,11 0,59 0,17 0,23 0,09	0,03 -0,18 -0,01 -0,16 0,03 0,06 -0,01 -0,07 0,02 -0,14 0,05 0,07 0,52 0,01 0,17 -0,12	0,49	0,03	0,05
Paso 6 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH vulnerabilidad propia embarazo vulnerabilidad vicaria embarazo preservativo evita VIH preservativo evita embarazo pastillas evitan VIH	0,02 -0,19 -0,07 -0,16 0,11 0,07 -0,00 -0,09 -0,00	0,76 0,01 0,39 0,05 0,30 0,49 0,98 0,25 0,96	0,07 -0,15 -0,04 -0,09 -0,12 0,09 0,18 0,03 -0,11	0,02 -0,17 -0,06 -0,13 0,07 0,05 -0,00 -0,08 -0,00	0,54	0,05	0,003

pastillas evitan embarazo	-0,13	0,09	-0,12	-0,11			
marcha atrás evita VIH	0,04	0,66	-0,15	0,03			
marcha atrás evita embarazo	0,12	0,17	-0,11	0,09			
expectativa autoeficacia uso	0,57	<0,0005	0,59	0,37			
expectativa autoeficacia negar	0,00	0,91	0,17	0,01			
Preocupación VIH	0,30	0,03	0,23	0,20			
Preocupación embarazo	-0,20	0,05	0,09	-0,13			
práctico	0,35	0,001	0,48	0,23			
sensato	0,22	0,03	0,22	0,14			
Paso 7							
sexo	0,03	0,69	0,07	0,02			
edad	-0,20	0,00	-0,15	-0,17			
vulnerabilidad propia VIH	-0,20	0,02	-0,04	-0,15			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,08	0,31	-0,09	-0,06			
vulnerabilidad propia embarazo	0,11	0,29	-0,12	0,07			
vulnerabilidad vicaria embarazo	0,10	0,27	0,09	0,07			
preservativo evita VIH	-0,04	0,61	0,18	-0,03			
preservativo evita embarazo	-0,10	0,17	0,03	-0,08			
pastillas evitan VIH	0,03	0,71	-0,11	0,02			
pastillas evitan embarazo	-0,01	0,88	-0,12	-0,01	0,62	0,08	0,001
marcha atrás evita VIH	0,08	0,39	-0,15	0,05			
marcha atrás evita embarazo	0,15	0,07	-0,11	0,11			
expectativa autoeficacia uso	0,64	<0,0005	0,59	0,38			
expectativa autoeficacia negar	0,02	0,78	0,17	0,02			
Preocupación VIH	0,26	0,00	0,23	0,17			
Preocupación embarazo	-0,10	0,31	0,09	-0,06			
práctico	0,26	0,01	0,48	0,16			
sensato	0,24	0,01	0,22	0,15			
molesto	0,16	0,08	-0,34	0,11			
corta rollo	-0,31	<0,0005	-0,42	-0,22			
menor sensibilidad	-0,17	0,07	-0,34	-0,11			
falta de confianza	0,17	0,04	-0,09	0,12			
Paso 8							
sexo	0,06	0,46	0,07	0,04			
edad	-0,19	0,01	-0,15	-0,16			
vulnerabilidad propia VIH	-0,23	0,01	-0,04	-0,16			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,09	0,22	-0,09	-0,08			
vulnerabilidad propia embarazo	0,06	0,52	-0,12	0,04			
vulnerabilidad vicaria embarazo	0,16	0,09	0,09	0,10			
preservativo evita VIH	-0,05	0,57	0,18	-0,03			
preservativo evita embarazo	-0,15	0,04	0,03	-0,12			
pastillas evitan VIH	0,05	0,58	-0,11	0,03			
pastillas evitan embarazo	-0,01	0,93	-0,12	-0,00			
marcha atrás evita VIH	0,05	0,58	-0,15	0,03			
marcha atrás evita embarazo	0,17	0,06	-0,11	0,12			
expectativa autoeficacia uso	0,51	<0,0005	0,59	0,24	0,65	0,03	0,17
expectativa autoeficacia negar	0,02	0,79	0,17	0,02			
Preocupación VIH	0,25	0,01	0,23	0,16			
Preocupación embarazo	-0,12	0,23	0,09	-0,07			
práctico	0,19	0,07	0,48	0,11			
sensato	0,21	0,04	0,22	0,13			
molesto	0,17	0,05	-0,34	0,12			
corta rollo	-0,18	0,05	-0,42	-0,12			
menor sensibilidad	-0,27	0,01	-0,34	-0,16			
falta de confianza	0,17	0,05	-0,09	0,12			
aceptación amigo	0,12	0,26	0,45	0,07			
aceptación amiga	-0,08	0,45	0,15	-0,05			
aceptación pareja actual	0,13	0,26	0,41	0,07			
aceptación otras parejas	-0,05	0,56	0,32	-0,03			
uso amigos/as	-0,20	0,01	-0,34	-0,15			
1 = Coeficiente Beta 2= Significación del coeficiente Beta 3= Correlación Orden Cero 4= Correlación Parcial							
5= R cuadrado 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación del cambio							

Las variables demográficas, la vulnerabilidad percibida y las expectativas de resultado no predicen la intención de uso del preservativo con una pareja estable. Una vez controladas las variables anteriores las expectativas de autoeficacia predicen un 31% de la variabilidad de la intención de uso. La preocupación por contagiarse con el VIH o

por tener un embarazo no deseado incrementa en un 3% el valor predictivo del modelo. Controlando las variables anteriores las actitudes, las consecuencias inmediatas y la influencia social predicen un 5 %, 8% y 3% respectivamente de la variabilidad de usar esta medida preventiva.

Si analizamos las variables por bloques, se observa que aunque el bloque de la vulnerabilidad no es significativo, si lo son la vulnerabilidad propia a tener un embarazo no deseado ($sr = -0,21$) y la creencia sobre la vulnerabilidad de otras personas de sus mismas características a tener un embarazo no deseado ($sr = 0,22$): los adolescentes que tienen más intención de usar el preservativo con una pareja estable tienden a percibirse menos vulnerables a tener un embarazo no deseado, y en cambio creen que otros jóvenes de su misma edad, género y curso tienen probabilidades elevadas de encontrarse en esa situación.

En el bloque de las expectativas de resultado, aún sin ser significativo, la variable que más contribuye a la explicación de la intención de conducta es la creencia respecto a que el preservativo es una medida efectiva para evitar el contagio del VIH ($sr = 0,18$): los adolescentes que tienen más intención de usar el preservativo tienden a considerar que este profiláctico es una medida efectiva para evitar el contagio del virus del sida.

En relación a las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el preservativo siempre con una pareja estable es relevante en la predicción de la intención de uso de esta medida preventiva ($sr = 0,44$): aquellos adolescentes que perciben una elevada autoeficacia tienen más intención de usarlo.

Por lo que se refiere a la preocupación, la variable significativa es la preocupación por contagiarse con el VIH ($sr = 0,17$): los participantes que están más preocupados tienen más intención de usar el preservativo.

Por lo que se refiere a las variables consideradas actitudinales, tanto la creencia de que usar el preservativo será práctico ($sr = 0,23$) como que será sensato ($sr = 0,14$) contribuyen a la intención de uso de este profiláctico: los adolescentes que tienen intención de usarlo tienden a considerarlo más práctico y sensato.

Dentro del bloque de las consecuencias inmediatas, el hecho de considerar que el preservativo “corta el rollo” ($sr = -0,22$) y que pedir su uso puede ser interpretado como una falta de confianza ($sr = 0,12$), predice la intención de utilizar el condón con una

pareja estable: los adolescentes que tienen intención de utilizarlo consideran que no “corta el rollo” pero en cambio tienden a creer que pedirlo a la pareja puede ser interpretarlo como una falta de confianza.

Finalmente, en relación a la influencia social la creencia sobre el uso que hacen la mayoría de amigos/as ($sr = - 0,15$) es la que mayor contribución tiene a la predicción de la intención de uso del condón: aquellos participantes que tienen intención de usar el preservativo tienden a creer que la mayoría de sus amigos/as lo utilizan siempre que tienen relaciones sexuales.

7.3.5.1.2. Modelo de regresión jerárquica para predecir la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH.
- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH de otra persona de sus mismas características.
- Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado.
- Percepción de vulnerabilidad de otra persona de sus mismas características de tener un embarazo no deseado.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar el contagio del VIH.
- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar tener un embarazo no deseado.
- Creencia sobre la efectividad de las pastillas anticonceptivas para evitar el contagio del VIH

- Creencia sobre la efectividad de las pastillas anticonceptivas para evitar tener un embarazo no deseado.
- Creencia sobre la efectividad de la “marcha atrás” para evitar el contagio del VIH
- Creencia sobre la efectividad de la “marcha atrás” para evitar tener un embarazo no deseado.

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja ocasional.
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja ocasional.

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por contagiarse con el VIH.
- Preocupación por tener un embarazo no deseado.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el preservativo será cómodo.
- Utilizar el preservativo será agradable.
- Utilizar el preservativo será práctico.
- Utilizar el preservativo será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el preservativo es molesto
- Usar el preservativo “corta el rollo”
- Usar el preservativo disminuye la sensibilidad
- Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una falta de confianza en ella.

Bloque 8: Influencia Social

- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la madre.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la mejor amiga.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la pareja actual.

- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de otras posibles parejas.
- Creencia sobre el uso del preservativo por parte de la mayoría de amigos y amigas.

Cuando se analiza el factor de inflación de la variancia de cada predictor se aprecia que el modelo ajustado está afectado de colinealidad debido a la contribución de las variables norma subjetiva paterna (FIV = 5,61), norma subjetiva materna (FIV = 5,8) y las actitudes comodidad (FIV = 6,65), y agrado (FIV = 6,47). Se procede a eliminar estas variables del modelo y se ajusta un nuevo modelo de regresión jerárquica.

En la tabla 7.3.5.1.2 se presentan los resultados de la regresión múltiple jerárquica que predice la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

Ni las variables demográficas ni la vulnerabilidad predicen la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional. Una vez controladas las variables demográficas y la vulnerabilidad, las expectativas de resultados predicen un 11% de la variabilidad de la intención de uso y las expectativas de autoeficacia un 19%. La preocupación incrementa significativamente el valor predictivo del modelo en un 6%. Controlando las variables anteriores las actitudes y las consecuencias inmediatas y la influencia social predicen un 3%, un 6% y un 10% respectivamente de la variabilidad de usar el preservativo con una pareja ocasional.

Tabla 7.3.5.1.2. Análisis de regresión jerárquica para la predicción de la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

Predictoras	β	P	r	sr	R ²	ΔR^2	P
Paso 1							
sexo	0,08	0,39	0,08	0,08	0,01	0,01	0,68
edad	0,01	0,92	0,01	0,01			
Paso 2							
sexo	0,09	0,35	0,08	0,09	0,01	0,01	0,93
edad	0,01	0,90	0,01	0,01			
vulnerabilidad propia VIH	0,00	0,97	0,04	0,00			
vulnerabilidad vicaria VIH	0,05	0,60	0,06	0,05			
vulnerabilidad propia embarazo	-0,01	0,92	0,04	-0,01			
vulnerabilidad vicaria embarazo	0,06	0,63	0,05	0,04			
Paso 3							
sexo	0,05	0,56	0,08	0,05	0,13	0,11	0,03
edad	-0,06	0,56	0,01	-0,05			
vulnerabilidad propia VIH	0,03	0,81	0,04	0,02			
vulnerabilidad vicaria VIH	0,09	0,37	0,06	0,08			
vulnerabilidad propia embarazo	0,07	0,59	0,04	0,05			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,01	0,93	0,05	-0,01			
preservativo evita VIH	0,14	0,20	0,11	0,11			
preservativo evita embarazo	0,01	0,92	0,09	0,01			
pastillas evitan VIH	-0,18	0,11	-0,17	-0,14			
pastillas evitan embarazo	0,16	0,09	0,16	0,15			
marcha atrás evita VIH	0,08	0,56	-0,18	0,05			
marcha atrás evita embarazo	-0,25	0,04	-0,22	-0,18			
Paso 4							
sexo	0,02	0,76	0,08	0,02	0,32	0,19	<0,0005
edad	0,00	0,99	0,01	0,00			
vulnerabilidad propia VIH	0,01	0,93	0,04	0,01			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,00	0,99	0,06	-0,00			
vulnerabilidad propia embarazo	0,15	0,19	0,04	0,10			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,04	0,74	0,05	-0,03			
preservativo evita VIH	0,02	0,84	0,11	0,02			
preservativo evita embarazo	0,05	0,58	0,09	0,04			
pastillas evitan VIH	-0,14	0,16	-0,17	-0,11			
pastillas evitan embarazo	0,13	0,12	0,16	0,12			
marcha atrás evita VIH	0,20	0,10	-0,18	0,13			
marcha atrás evita embarazo	-0,21	0,05	-0,22	-0,16			
expectativa autoeficacia uso	0,40	<0,0005	0,47	0,34			
expectativa autoeficacia negar	0,20	0,02	0,29	0,18			
Paso 5							
sexo	0,00	0,94	0,08	0,01	0,38	0,06	0,008
edad	-0,01	0,93	0,01	-0,01			
vulnerabilidad propia VIH	-0,02	0,83	0,04	-0,02			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,03	0,77	0,06	-0,02			
vulnerabilidad propia embarazo	0,13	0,27	0,04	0,08			
vulnerabilidad vicaria embarazo	0,01	0,90	0,05	0,01			
preservativo evita VIH	-0,01	0,88	0,11	-0,01			
preservativo evita embarazo	0,06	0,50	0,09	0,05			
pastillas evitan VIH	-0,16	0,11	-0,17	-0,12			
pastillas evitan embarazo	0,09	0,22	0,16	0,09			
marcha atrás evita VIH	0,21	0,07	-0,18	0,14			
marcha atrás evita embarazo	-0,16	0,12	-0,22	-0,12			
expectativa autoeficacia uso	0,35	<0,0005	0,47	0,29			
expectativa autoeficacia negar	0,24	0,006	0,29	0,21			
Preocupación VIH	0,27	0,02	0,34	0,19			
Preocupación embarazo	-0,01	0,92	0,23	-0,01			
Paso 6							
sexo	-0,02	0,84	0,08	-0,01	0,41	0,03	0,05
edad	0,00	0,97	0,01	0,00			
vulnerabilidad propia VIH	-0,07	0,44	0,04	-0,06			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,00	0,95	0,06	-0,00			
vulnerabilidad propia embarazo	0,19	0,10	0,04	0,012			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,01	0,91	0,05	-0,01			
preservativo evita VIH	-0,02	0,81	0,11	-0,02			
preservativo evita embarazo	0,05	0,60	0,09	0,04			
pastillas evitan VIH	-0,17	0,08	-0,17	-0,13			

pastillas evitan embarazo	0,11	0,21	0,16	0,09			
marcha atrás evita VIH	0,18	0,11	-0,18	0,12			
marcha atrás evita embarazo	-0,12	0,24	-0,22	-0,09			
expectativa autoeficacia uso	0,32	0,001	0,47	0,25			
expectativa autoeficacia negar	0,24	0,005	0,29	0,21			
Preocupación VIH	0,29	0,009	0,34	0,20			
Preocupación embarazo	-0,04	0,70	0,23	-0,03			
práctico	0,26	0,01	0,37	0,19			
sensato	0,13	0,24	0,32	0,09			
Paso 7							
sexo	0,00	1,00	0,08	0,00			
edad	0,04	0,67	0,01	0,03			
vulnerabilidad propia VIH	-0,11	0,24	0,04	-0,08			
vulnerabilidad vicaria VIH	0,06	0,50	0,06	0,05			
vulnerabilidad propia embarazo	0,23	0,05	0,04	0,14			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,06	0,62	0,05	-0,04			
preservativo evita VIH	0,02	0,82	0,11	0,02			
preservativo evita embarazo	0,06	0,47	0,09	0,05			
pastillas evitan VIH	-0,16	0,09	-0,17	-0,12			
pastillas evitan embarazo	0,13	0,13	0,16	0,11	0,47	0,06	0,03
marcha atrás evita VIH	0,24	0,04	-0,18	0,15			
marcha atrás evita embarazo	-0,11	0,28	-0,22	-0,08			
expectativa autoeficacia uso	0,37	<0,0005	0,47	0,26			
expectativa autoeficacia negar	0,22	0,01	0,29	0,19			
Preocupación VIH	0,23	0,04	0,34	0,15			
Preocupación embarazo	0,03	0,77	0,23	0,02			
práctico	0,27	0,03	0,37	0,16			
sensato	0,14	0,20	0,32	0,09			
molesto	-0,20	0,05	-0,35	-0,14			
corta rollo	-0,22	0,04	-0,18	-0,15			
menor sensibilidad	0,19	0,07	-0,14	0,13			
falta de confianza	0,09	0,35	-0,05	0,07			
Paso 8							
sexo	0,07	0,40	0,08	0,06			
edad	0,03	0,68	0,01	0,03			
vulnerabilidad propia VIH	-0,22	0,02	0,04	-0,16			
vulnerabilidad vicaria VIH	0,12	0,19	0,06	0,09			
vulnerabilidad propia embarazo	0,17	0,13	0,04	0,10			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,02	0,82	0,05	-0,01			
preservativo evita VIH	0,02	0,84	0,11	0,01			
preservativo evita embarazo	0,04	0,58	0,09	0,04			
pastillas evitan VIH	-0,15	0,10	-0,17	-0,11			
pastillas evitan embarazo	0,15	0,08	0,16	0,12			
marcha atrás evita VIH	0,27	0,01	-0,18	0,17			
marcha atrás evita embarazo	-0,14	0,15	-0,22	-0,09			
expectativa autoeficacia uso	0,25	0,01	0,47	0,18	0,57	0,10	0,001
expectativa autoeficacia negar	0,18	0,02	0,29	0,15			
Preocupación VIH	0,13	0,21	0,34	0,08			
Preocupación embarazo	0,05	0,63	0,23	0,03			
práctico	0,26	0,02	0,37	0,16			
sensato	0,23	0,03	0,32	0,14			
molesto	-0,19	0,04	-0,35	-0,14			
corta rollo	-0,08	0,47	-0,18	-0,05			
menor sensibilidad	0,07	0,54	-0,14	0,04			
falta de confianza	0,11	0,24	-0,05	0,08			
aceptación amigo	-0,12	0,23	0,33	-0,08			
aceptación amiga	0,11	0,29	0,22	0,07			
aceptación pareja actual	-0,04	0,72	0,28	-0,02			
aceptación otras parejas	0,00	0,97	0,29	0,00			
uso mejor amigos/as	-0,41	<0,0005	-0,56	-0,31			
1 = Coeficiente Beta 2= Significación del coeficiente Beta 3= Correlación Orden Cero 4= Correlación Parcial							
5= R cuadrado 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación del cambio							

Si analizamos las variables dentro de cada bloque, se observa que dentro de las expectativas de resultado, la variable que más contribuyen a la explicación de la intención de conducta es la creencia respecto si la “marcha atrás” es efectiva para un embarazo no deseado ($sr = -0,18$): los adolescentes que tienen mayor intención de uso del preservativo con una pareja ocasional son los que consideran la “marcha atrás” no es efectiva para evitar embarazos no deseados.

En relación a las expectativas de autoeficacia, sentirse capaz de utilizar el preservativo siempre con una pareja ocasional ($sr = 0,34$) y sentirse capaz de negarse a mantener relaciones sexuales con una pareja ocasional en el caso de que no quiera utilizar el preservativo ($sr = 0,18$) son variables relevantes en la predicción de la intención de uso de esta medida preventiva: aquellos adolescentes que perciben una elevada autoeficacia son los que tienen más intención de usarlo.

Por lo que se refiere a la preocupación, la variable que más contribuye en el modelo es la preocupación por un posible contagio con el VIH ($sr = 0,19$): los participantes que tienen intención de utilizar el preservativo con una pareja ocasional son los que se sienten preocupados por contagiarse con el virus del sida.

Dentro del bloque de las actitudes la variable que predice la intención de uso del preservativo es el hecho de considerar que usarlo será práctico ($sr = 0,19$): aquellos participantes que tienen intención de usar el preservativo con una pareja ocasional consideran que es una medida de protección práctica.

En relación a las consecuencias inmediatas, la molestia ($sr = -0,14$) y el hecho de que el preservativo “corta el rollo” ($sr = -0,15$) predicen la intención de utilizar el condón con una pareja ocasional: los adolescentes que tienen intención de utilizarlo consideran que no es molesto y que no “corta el rollo”.

Finalmente, dentro del bloque de la influencia social, la creencia sobre el uso del preservativo que hacen la mayoría de amigos y amigas ($sr = -0,31$) es la variable que más contribuye al modelo: los participantes que tienen intención de utilizar el preservativo con una pareja ocasional creen que la mayoría de sus amigos y amigas utilizan el preservativo siempre.

7.3.5.2 MODELO PREDICTIVO DEL USO AUTOINFORMADO DEL PRESERVATIVO

Se han construido dos modelos de regresión logística diferentes, para predecir el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual, uno que incluye las variables referentes al contagio del VIH y el otro las relacionadas con un embarazo no deseado.

Se han excluido del análisis aquellas variables referentes a otras medidas preventivas diferentes del preservativo (pastillas anticonceptivas y “marcha atrás”). A fin de no perder más participantes tampoco se han incluido en el análisis algunas variables del bloque influencia social: la creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la pareja actual, la creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de otras posibles parejas, la creencia sobre el uso del preservativo por parte de la mayoría de amigos y amigas.

Para evitar los posibles problemas de colinealidad hallados anteriormente tampoco se incluyen las variables: creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del padre, creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la madre, utilizar el preservativo será cómodo para mí, y utilizar el preservativo será sensato para mí.

Objetivo nº 5.2.3.12.2. Construir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del preservativo autoinformado en la última relación sexual durante los últimos treinta días en relación al contagio del VIH a partir de las variables estudiadas.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Uso del preservativo durante los últimos treinta días

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH.
- Percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH de otra persona de sus mismas características.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar el contagio del VIH.

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja estable
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja estable.
- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja ocasional.
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja ocasional.

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por contagiarse con el VIH.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el preservativo será práctico.
- Utilizar el preservativo será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el preservativo es molesto
- Usar el preservativo “corta el rollo”
- Usar el preservativo disminuye la sensibilidad
- Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una falta de confianza en ella.

Bloque 8: influencia social

- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la mejor amiga.

Bloque 9: intención de uso

- Intención de uso del preservativo con una pareja estable.
- Intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

En la tabla 7.3.5.2.1 se presentan los resultados de la regresión logística jerárquica que predice el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual durante los últimos treinta días en relación al contagio del VIH.

Tabla 7.3.5.2.1. Análisis de regresión logística jerárquica para la predicción del uso del preservativo la última vez que mantuvo relaciones sexuales.

Predictoras	B	P	e ^B	IC 95% e ^B	R ² _N	ΔR ²	P ¹
Paso 1 sexo edad	0,17 0,18	0,73 0,60	1,19 1,19	0,44 a 3,22 0,61 a 2,35	0,009	0,00	0,81
Paso 2 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH	0,36 0,18 -0,01 -0,09	0,54 0,61 0,89 0,32	1,43 1,19 0,99 0,91	0,45 a 4,52 0,60 a 2,38 0,82 a 1,19 0,75 a 1,09	0,03	0,02	0,53
Paso 3 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH preservativo evita VIH	0,39 0,18 -0,04 -0,06 -0,24	0,50 0,62 0,71 0,51 0,19	1,48 1,19 0,96 0,94 0,79	0,46 a 4,75 0,59 a 2,39 0,79 a 1,17 0,77a 1,14 0,55 a 1,13	0,08	0,05	0,15
Paso 4 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH preservativo evita VIH expect. autoeficacia uso estable expect. autoeficacia negar establ expect. autoeficacia uso ocasion expect. autoeficacia negar ocasio	0,41 0,39 -0,06 -0,04 -0,07 -0,41 -0,02 0,17 -0,07	0,54 0,35 0,62 0,67 0,74 0,02 0,93 0,13 0,51	1,51 1,48 0,94 0,96 0,93 0,66 0,98 1,19 0,93	0,41 a 5,56 0,64 a 3,41 0,75 a 1,18 0,78 a 1,17 0,62 a 1,39 0,47 a 0,93 0,69 a 1,39 0,95 a 1,48 0,75 a 1,56	0,23	0,15	0,08
Paso 5 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH preservativo evita VIH expect. autoeficacia uso estable expect. autoeficacia negar estable expect. autoeficacia uso ocasional expect. autoeficacia negar ocasiona Preocupación VIH	0,39 0,49 -0,09 -0,05 -0,03 -0,53 -0,02 0,21 -0,11 0,14	0,57 0,27 0,41 0,67 0,89 0,01 0,92 0,08 0,34 0,19	1,48 1,63 0,91 0,95 0,97 0,59 0,98 1,24 0,89 1,15	0,38 a 5,80 0,68 a 3,87 0,72 a 1,14 0,77 a 1,18 0,65 a 1,46 0,39 a 0,87 0,69 a 1,39 0,98 a 1,57 0,71 a 1,12 0,93 a 1,42	0,27	0,04	0,17
Paso 6 sexo edad vulnerabilidad propia VIH vulnerabilidad vicaria VIH preservativo evita VIH expect. autoeficacia uso estable expect. autoeficacia negar estable expect. autoeficacia uso ocasional expect. autoeficacia negar ocasiona	0,95 0,92 -0,15 -0,17 0,20 -0,13 -0,07 0,30 -0,11	0,23 0,10 0,27 0,19 0,37 0,01 0,70 0,05 0,45	2,58 2,51 0,86 0,84 1,22 0,32 0,93 1,35 0,89	0,56 a 12,43 0,83a 7,59 0,66 a 1,12 0,64 a 1,09 0,78 a 1,03 0,14 a 0,73 0,65 a 1,33 0,99 a 1,83 0,68 a 1,18	0,40	0,13	0,02

Preocupación VIH práctico sensato	0,17 0,58 0,24	0,14 0,01 0,22	1,19 1,78 0,79	0,95 a 1,48 1,11 a 2,85 0,54 a 1,15			
Paso 7							
sexo	1,33	0,14	3,78	0,63 a 22,59			
edad	0,99	0,10	2,69	0,82 a 8,84			
vulnerabilidad propia VIH	0,01	0,97	1,01	0,71 a 1,42			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,27	0,08	0,76	0,56 a 1,03			
preservativo evita VIH	0,28	0,32	1,32	0,76 a 2,30			
expect. autoeficacia uso estable	-1,25	0,01	0,29	0,11 a 0,73			
expect. autoeficacia negar estable	0,11	0,59	0,89	0,60 a 1,33	0,48	0,08	0,19
expect. autoeficacia uso ocasional	0,24	0,15	1,27	0,92 a 1,75			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,09	0,58	0,91	0,67 a 1,25			
Preocupación VIH	0,18	0,15	1,20	0,92 a 1,56			
práctico	0,78	0,01	2,19	1,24 a 3,86			
sensato	-0,32	0,17	0,73	0,46 a 1,14			
molesto	0,03	0,85	1,02	0,78 a 1,35			
corta rollo	0,11	0,45	1,11	0,84 a 1,47			
menor sensibilidad	0,21	0,13	1,23	0,93 a 1,63			
falta de confianza	-0,03	0,85	0,97	0,74 a 1,29			
Paso 8							
sexo	1,30	0,16	3,66	0,61 a 22,03			
edad	1,01	0,09	2,75	0,84 a 9,03			
vulnerabilidad propia VIH	0,02	0,90	1,02	0,73 a 1,44			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,24	0,14	0,79	0,57 a 1,08			
preservativo evita VIH	0,20	0,51	1,22	0,68 a 2,18			
expect. autoeficacia uso estable	1,37	0,01	0,25	0,09 a 0,70			
expect. autoeficacia negar estable	-0,16	0,45	0,85	0,56 a 1,29			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,28	0,12	1,32	0,93 a 1,88			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,12	0,45	0,88	0,63 a 1,23			
preocupación VIH	0,25	0,14	1,28	0,92 a 1,77	0,50	0,02	0,58
práctico	0,67	0,03	1,95	1,08 a 3,52			
sensato	-0,11	0,73	0,90	0,49 a 1,64			
molesto	0,01	0,95	1,01	0,76 a 1,33			
corta rollo	0,14	0,34	1,15	0,86 a 1,53			
menor sensibilidad	0,21	0,14	1,23	0,93 a 1,63			
falta de confianza	0,04	0,81	1,04	0,76 a 1,41			
aceptación amigo	0,34	0,32	1,41	0,72 a 2,76			
aceptación amiga	-0,42	0,34	0,65	0,27 a 1,58			
Paso 9							
sexo	3,55	0,03	34,97	1,45 a 845,29			
edad	1,44	0,20	4,24	0,45 a 39,68			
vulnerabilidad propia VIH	-0,19	0,59	0,82	0,40 a 1,69			
vulnerabilidad vicaria VIH	-0,44	0,07	0,64	0,39 a 1,03			
preservativo evita VIH	1,66	0,09	5,26	0,74 a 37,03			
expect. autoeficacia uso estable	-2,89	0,06	0,05	0,00 a 1,14			
expect. autoeficacia negar estable	-0,28	0,46	0,75	0,35 a 1,60			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,45	0,28	1,56	0,69 a 3,52			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,47	0,16	0,62	0,32 a 1,21			
Preocupación VIH	0,93	0,06	2,53	0,95 a 6,77			
práctico	1,26	0,06	3,52	0,95 a 13,03	0,74	0,24	<0,0005
sensato	0,00	0,99	1,00	0,39 a 2,57			
molesto	-0,09	0,72	0,91	0,55 a 1,50			
corta rollo	0,19	0,52	1,21	0,68 a 2,15			
menor sensibilidad	0,53	0,08	1,69	0,94 a 3,06			
falta de confianza	0,36	0,23	1,43	0,80 a 2,55			
aceptación amigo	1,49	0,04	4,46	1,09 a 18,19			
aceptación amiga	-2,30	0,04	0,10	0,01 a 0,86			
intención uso estable	-0,95	0,03	0,38	0,16 a 0,90			
intención uso ocasional	-0,94	0,15	0,39	0,11 a 1,42			
1 = Valor de cada parámetro estimado 2= Significación del coeficiente B 3= Razón de Odds de prevalencia							
4= Intervalo de confianza 5= R cuadrado de Nagelkerke 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación de cada paso							

Las variables demográficas, la vulnerabilidad percibida (propia o vicaria) a contagiarse con el VIH, las expectativas de resultado, las expectativas de autoeficacia y la preocupación no predicen el uso autoinformado del preservativo durante la última

relación sexual. Una vez controladas las variables anteriores las actitudes predicen un 13% de la variabilidad de usar esta medida preventiva. Las consecuencias inmediatas y la influencia social no incrementan significativamente el valor del modelo. Finalmente, la intención de conducta contribuye en un 24% al valor predictivo del modelo.

Si analizamos las variables dentro de cada bloque, se observa que dentro de las actitudes, la variable que más contribuye a la explicación del uso autoinformado del preservativo es la creencia respecto si el utilizar esta medida preventiva será práctico ($B = 0,58$): los adolescentes que utilizaron el preservativo la última vez que mantuvieron relaciones sexuales durante los últimos treinta días creen que es práctico.

En relación a la intención de conducta, la intención de utilizar el preservativo con una pareja estable ($B = -0,95$) es una variable relevante en la predicción de la intención de uso de esta medida preventiva: aquellos adolescentes que tienen intención de utilizar el preservativo con una pareja estable son los que utilizaron el preservativo en su última relación sexual.

En la tabla 7.3.5.2.2 se muestran las medias y desviaciones típicas (en el caso de las variables continuas) y los porcentajes (en el caso de las variables categóricas) de cada una de las variables significativas.

Tabla 7.3.5.2.2. Medias y desviaciones típicas (dt) o porcentajes de las variables significativas según el uso o no uso del preservativo.

	UTILIZÓ EL PRESERVATIVO	NO UTILIZÓ EL PRESERVATIVO
	Media (dt) n	Media (dt) n
Utilizar el preservativo será práctico.	7,96 (2,58) 45	7,22 (3,51) 32
Intención de uso del preservativo con una pareja estable.	8,57 (2,59) 53	6,18 (3,18) 34

Objetivo nº 5.2.3.12.2. Construir un modelo de regresión logística jerárquica para predecir el uso del preservativo autoinformado en la última relación sexual durante los últimos treinta días en relación al embarazo no deseado a partir de las variables estudiadas.

A continuación se describen las variables incluidas por bloques en cada paso.

Variable dependiente

- Uso del preservativo durante los últimos treinta días

Bloque 1: variables demográficas

- Edad
- Sexo

Bloque 2: Vulnerabilidad

- Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado.
- Percepción de vulnerabilidad de otra persona de sus mismas características de tener un embarazo no deseado.

Bloque 3: Expectativas de resultado

- Creencia sobre la efectividad del preservativo para evitar tener un embarazo no deseado.

Bloque 4: Expectativas de autoeficacia

- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja estable
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja estable.
- Expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja ocasional.
- Expectativa de autoeficacia para negarse a tener relaciones sexuales sin protección con una pareja ocasional.

Bloque 5: Preocupación

- Preocupación por tener un embarazo no deseado.

Bloque 6: Actitudes

- Utilizar el preservativo será práctico.
- Utilizar el preservativo será sensato.

Bloque 7: Consecuencias inmediatas

- Usar el preservativo es molesto
- Usar el preservativo “corta el rollo”
- Usar el preservativo disminuye la sensibilidad
- Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una falta de confianza en ella.

Bloque 8: Influencia Social

- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte del mejor amigo.
- Creencia sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la mejor amiga.

Bloque 9: intención de uso

- Intención de uso del preservativo con una pareja estable.
- Intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

En la tabla 7.3.5.2.3 se presentan los resultados de la regresión logística jerárquica que predice el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual durante los últimos treinta días en relación al embarazo no deseado.

Tabla 7.3.5.2.3. Análisis de regresión logística jerárquica para la predicción del uso del preservativo la última vez que mantuvo relaciones sexuales.

Predictoras	B	P	e ^B	IC 95% e ^B	R ² _N	ΔR ²	P ¹
Paso 1							
sexo	0,21	0,68	1,23	0,46 a 3,33	0,02	0,00	0,67
edad	0,26	0,45	1,29	0,66 a 2,53			
Paso 2							
sexo	-0,03	0,95	0,96	0,33 a 2,82	0,14	0,12	0,04
edad	0,39	0,28	1,48	0,72 a 3,05			
vulnerabilidad propia embarazo	0,23	0,04	1,26	1,01 a 1,57			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,22	0,08	0,79	0,62 a 1,02			
Paso 3							
sexo	-0,10	0,85	0,90	0,30 a 2,67	0,18	0,04	0,13
edad	0,37	0,32	1,45	0,69 a 3,00			
vulnerabilidad propia embarazo	0,24	0,03	1,27	1,02 a 1,57			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,19	0,14	0,83	0,64 a 1,06			
preservativo evita embarazo	-0,31	0,15	0,74	0,48 a 1,11			
Paso 4							
sexo	0,15	0,80	1,17	0,34 a 3,96	0,33	0,15	0,07
edad	0,58	0,18	1,78	0,76 a 4,19			
vulnerabilidad propia embarazo	0,24	0,05	1,27	0,99 a 1,63			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,14	0,36	0,87	0,65 a 1,17			
preservativo evita embarazo	-0,08	0,75	0,92	0,55 a 1,53			
expect. autoeficacia uso estable	-0,41	0,03	0,66	0,46 a 0,96			
expect. autoeficacia negar estable	-0,03	0,84	0,97	0,69 a 1,34			
expect. autoeficacia uso ocasion	0,17	0,14	1,19	0,94 a 1,50			
expect. autoeficacia negar ocasio	-0,07	0,53	0,93	0,75 a 1,16			
Paso 5							
sexo	0,29	0,66	1,33	0,36 a 4,86	0,36	0,03	0,17
edad	0,73	0,12	2,08	0,83 a 5,19			
vulnerabilidad propia embarazo	0,24	0,06	1,27	0,99 a 1,63			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,11	0,46	0,89	0,66 a 1,21			
preservativo evita embarazo	-0,03	0,91	0,97	0,57 a 1,64			
expect. autoeficacia uso estable	-0,34	0,07	0,71	0,49 a 1,04			
expect. autoeficacia negar estable	0,00	0,97	1,00	0,70 a 1,44			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,15	0,22	1,16	0,91 a 1,48			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,04	0,68	0,95	0,76 a 1,19			
Preocupación embarazo	-0,16	0,17	0,85	0,67 a 1,07			
Paso 6							
sexo	0,31	0,65	1,37	0,36 a 5,28	0,41	0,05	0,14
edad	0,89	0,09	2,44	0,87 a 6,84			
vulnerabilidad propia embarazo	0,24	0,09	1,27	0,96 a 1,68			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,15	0,39	0,86	0,62 a 1,21			
preservativo evita embarazo	0,09	0,76	1,09	0,60 a 1,99			
expect. autoeficacia uso estable	-0,64	0,03	0,52	0,29 a 0,94			
expect. autoeficacia negar estable	0,03	0,88	1,03	0,71 a 1,49			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,17	0,24	1,18	0,89 a 1,56			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,02	0,86	0,97	0,73 a 1,29			
práctico	-0,15	0,24	0,86	0,67 a 1,10			
sensato	0,34	0,06	1,40	0,98 a 2,00			
	-0,18	0,39	0,83	0,55 a 1,27			
Paso 7							
sexo	0,26	0,79	1,29	0,18 a 8,88	0,53	0,12	0,07
edad	1,24	0,07	3,44	0,91 a 13,08			
vulnerabilidad propia embarazo	0,34	0,06	1,42	0,98 a 2,04			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,33	0,15	0,71	0,45 a 1,13			
preservativo evita embarazo	0,18	0,63	1,20	0,57 a 2,51			
expect. autoeficacia uso estable	-0,91	0,02	0,40	0,19 a 0,87			
expect. autoeficacia negar estable	0,20	0,47	1,23	0,71 a 2,13			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,08	0,62	1,09	0,78 a 1,52			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,09	0,55	0,91	0,66 a 1,25			
Preocupación embarazo	-0,24	0,11	0,78	0,58 a 1,06			
práctico	0,56	0,02	1,76	1,09 a 2,82			
sensato	-0,18	0,45	0,83	0,51 a 1,34			
molesto	0,01	0,96	1,01	0,76 a 1,34			

corta rollo	0,06	0,62	1,06	0,82 a 1,39			
menor sensibilidad	0,31	0,05	1,36	1,00 a 1,85			
falta de confianza	0,01	0,93	1,01	0,75 a 1,37			
Paso 8							
sexo	0,28	0,81	1,32	0,14 a 12,43			
edad	1,53	0,05	4,63	1,03 a 20,86			
vulnerabilidad propia embarazo	0,44	0,04	1,55	1,01 a 2,35			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,46	0,07	0,63	0,38 a 1,05			
preservativo evita embarazo	0,18	0,69	1,19	0,50 a 2,84			
expect. autoeficacia uso estable	-1,27	0,01	0,28	0,11 a 0,72			
expect. autoeficacia negar estable	0,25	0,93	1,02	0,59 a 1,76			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,16	0,42	1,17	0,79 a 1,74			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,19	0,29	0,83	0,58 a 1,18			
preocupación embarazo	-0,23	0,17	0,79	0,56 a 1,10	0,58	0,05	0,14
práctico	0,44	0,09	1,55	0,93 a 2,57			
sensato	0,28	0,45	1,32	0,64 a 2,76			
molesto	-0,11	0,51	0,89	0,63 a 1,26			
corta rollo	0,11	0,44	1,12	0,84 a 1,48			
menor sensibilidad	0,36	0,03	1,43	1,04 a 1,96			
falta de confianza	0,18	0,39	1,19	0,80 a 1,78			
aceptación amigo	0,70	0,09	2,01	0,88 a 4,58			
aceptación amiga	-0,81	0,13	0,44	0,15 a 1,28			
Paso 9							
sexo	0,39	0,75	1,49	0,13 a 17,38			
edad	0,99	0,26	2,69	0,48 a 15,02			
vulnerabilidad propia embarazo	0,51	0,10	1,66	0,90 a 3,05			
vulnerabilidad vicaria embarazo	-0,43	0,23	0,65	0,32 a 1,31			
preservativo evita embarazo	-0,12	0,82	0,88	0,32 a 2,48			
expect. autoeficacia uso estable	-0,81	0,10	0,44	0,17 a 1,18			
expect. autoeficacia negar estable	0,14	0,74	1,15	0,49 a 2,68			
expect. autoeficacia uso ocasional	0,08	0,74	1,08	0,68 a 1,72			
expect. autoeficacia negar ocasiona	-0,23	0,24	0,79	0,55 a 1,16			
Preocupación embarazo	-0,21	0,26	0,81	0,56 a 1,17	0,62	0,04	0,13
práctico	0,34	0,21	1,41	0,82 a 2,42			
sensato	0,34	0,41	1,40	0,62 a 3,17			
molesto	-0,08	0,69	0,92	0,61 a 1,39			
corta rollo	0,02	0,94	1,02	0,67 a 1,53			
menor sensibilidad	0,44	0,08	1,55	0,95 a 2,55			
falta de confianza	0,22	0,34	1,25	0,79 a 1,98			
aceptación amigo	0,79	0,05	2,20	1,00 a 4,83			
aceptación amiga	-1,11	0,05	0,33	0,11 a 1,01			
intención uso estable	-0,42	0,14	0,65	0,37 a 1,14			
intención uso ocasional	-0,01	0,97	0,99	0,55 a 1,79			
1 = Valor de cada parámetro estimado 2= Significación del coeficiente B 3= Razón de Odds de prevalencia							
4= Intervalo de confianza 5= R cuadrado de Nagelkerke 6= Cambio en R cuadrado 7= Significación de cada paso							

Las variables demográficas no predicen el uso autoinformado del preservativo en la última relación sexual. La vulnerabilidad percibida (propia o vicaria) a tener un embarazo predice en un 12% la variabilidad de usar esta medida preventiva. Una vez controladas las variables anteriores, las expectativas de resultado, las expectativas de autoeficacia, la preocupación, las actitudes, las consecuencias inmediatas y la influencia social no incrementan significativamente el poder predictivo del modelo.

Si analizamos las variables dentro de cada bloque, se observa que dentro de la percepción de vulnerabilidad, la variable que más contribuye a la explicación del uso autoinformado del preservativo es la vulnerabilidad propia a tener un embarazo no deseado (B= 0,23): los adolescentes que utilizaron el preservativo la última vez que

mantuvieron relaciones sexuales durante los últimos treinta días consideran que no es probable que tengan un embarazo no deseado.

En la tabla 7.3.5.2.4 se muestran las medias y desviaciones típicas (en el caso de las variables continuas) y los porcentajes (en el caso de las variables categóricas) de cada una de las variables significativas.

Tabla 7.3.5.2.4. Medias y desviaciones típicas (dt) o porcentajes de las variables significativas según el uso o no uso del preservativo.

	UTILIZÓ EL PRESERVATIVO	NO UTILIZÓ EL PRESERVATIVO
	Media (dt) n	Media (dt) n
Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado	4,84 (3,78) 53	5,57 (3,22) 35

7.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO EN LA ADOLESCENCIA

7.4.1. FRECUENCIA DE USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

Objetivo nº 5.2.4.1.1. Examinar el grado de coincidencia entre el uso del casco y el uso del preservativo de los adolescentes de la muestra. Así como, ver si existen diferencias o similitudes en función del sexo.

En la tabla 7.4.1.1 se presenta la distribución de los adolescentes según el uso del casco la última vez que circularon en un ciclomotor y el uso del preservativo, en la última relación sexual. Un 63% de los participantes coinciden en el uso (48%) o en el no uso (15%) pero la relación entre las dos variables no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 2,95$; $P = 0,09$).

Tabla 7.4.1.1 Distribución de los participantes según el uso del preservativo en su última relación sexual y del uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor.

		La última vez que circulaste en moto utilizaste el casco		TOTAL
		SI	NO	
La última vez que mantuviste relaciones sexuales utilizaste el preservativo	SI	42 (48,3%)	12 (13,8%)	54 (62,1%)
	NO	20 (23%)	13 (14,9%)	33 (37,9%)
TOTAL		62 (71,3%)	25 (28,7%)	87 (100%)

Por sexos, se observa que un 58% de los chicos concuerdan en el uso (76,9%) o en el no uso (31,6%) (tabla 7.4.1.2.), pero la relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 0,41$; $P = 0,73$).

Tabla 7.4.1.2. Distribución de los chicos según el uso del preservativo en su última relación sexual y del uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor.

		La última vez que circulaste en moto utilizaste el casco		TOTAL
		SI	NO	
La última vez que mantuviste relaciones sexuales utilizaste el preservativo	SI	20 (44,4%)	6 (13,3%)	26 (57,8%)
	NO	13 (28,9%)	6 (13,3%)	19 (42,2%)
TOTAL		33 (73,3%)	12 (26,7%)	45 (100%)

Por lo que se refiere a las chicas (ver tabla 7.4.1.3.), el 68% coinciden en el uso (51,2%) o en el no uso (17,1%), pero la relación no es significativa ($X^2_{(1)}= 3,28$; $P= 0,09$).

Si comparamos la proporción de jóvenes que utilizan el casco, con la de aquellos que utilizan el preservativo, se aprecia que la proporción de participantes que utilizó el casco la última vez que circuló en ciclomotor (71,3%) y la de jóvenes que utilizaron el preservativo en la última relación sexual (62%) no difieren significativamente ($X^2_{(1)}= 1,53$; $P= 0,22$).

Tabla 7.4.1.3 Frecuencias y porcentajes de chicas referentes al uso del casco la última vez que circularon en ciclomotor y al uso del preservativo en su última relación sexual.

		La última vez que circulaste en moto utilizaste el casco		
		SI	NO	TOTAL
La última vez que mantuviste relaciones sexuales utilizaste el preservativo	SI	21 (51,2%)	6 (14,6%)	27 (65,9%)
	NO	7 (17,1%)	7 (17,1%)	14 (34,1%)
TOTAL		28 (68,3%)	13 (31,7%)	41 (100%)

7.4.2. INTENCIÓN DE CONDUCTA

Objetivo nº 5.2.4.2.1. Analizar el grado de coincidencia entre la intención de uso del casco y la intención de uso del preservativo de los participantes de la muestra. Así como, ver si existen diferencias o similitudes en función del sexo.

En la tabla 7.4.2.1, se presentan las medias y desviaciones típicas de la “intención de uso” en sus cuatro variantes: uso del casco cuando se circula en ciclomotor como conductor y como acompañante, uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional.

Los datos de las tablas muestran que la mayoría de sujetos presentan una intención elevada de poner en práctica los comportamientos preventivos (puntuaciones medias superiores a 8). La intención de uso del preservativo cuando la pareja es ocasional es la que presenta una mayor puntuación seguida de la intención de usar el casco cuando se circula como conductor. Las chicas presentan una mayor intencionalidad de uso tanto del casco como del preservativo.

Tabla 7.4.2.1. Medias y desviaciones típicas de la intención de conducta, en función de género y del tipo de conducta.

	CHICOS	CHICAS	TOTAL
	Media (dt) n	Media (dt) n	Media (dt) n
Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como <u>CONDUCTOR</u> utilizaré el casco	8,87 (2,56) 218	9,28 (1,78) 226	9,08 (2,20) 444
Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como <u>ACOMPAÑANTE</u> utilizaré el casco	8,32 (2,97) 218	8,81 (2,23) 226	8,57 (2,63) 444
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA ESTABLE</u> utilizaré preservativo	8,30 (2,72) 218	8,95 (2,14) 226	8,63 (2,46) 444
Estoy seguro/a que cuando tenga relaciones sexuales con una <u>PAREJA OCASIONAL</u> utilizaré preservativo	8,83 (2,29) 218	9,58 (1,69) 226	9,21 (2,04) 444

A fin de comparar la intención del uso del casco (como conductor y como acompañante) con la del preservativo (con una pareja estable y con una pareja ocasional) se han realizado cuatro análisis de la varianza de 2 factores que se describen a continuación.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 (tipo de conducta (intención uso conductor y pareja estable) x género) indican que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,454}=0,68$; $P= 0,41$). El efecto principal del tipo de conducta ($F_{1,454}=9,96$; $P= 0,002$) y el efecto principal del género ($F_{1,454}=12,92$; $P< 0,005$) son significativos. De acuerdo con estos resultados la intención de uso del casco como conductor es superior a la intención de uso del preservativo con una pareja estable. Las chicas tienen más intención de usar el casco que los chicos si circulan como conductor, y también tienen más intención que ellos de usar preservativo con una pareja estable.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 (tipo de conducta (intención uso conductor y pareja ocasional) x género) indican que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,449}=1,91$; $P= 0,17$). El efecto principal del tipo de conducta ($F_{1,449}=1,11$; $P= 0,29$) no es significativo pero sí el efecto principal del género ($F_{1,449}=13,79$; $P< 0,005$). De acuerdo con estos resultados la intención de uso del casco como conductor y la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional es superior en las chicas que en los chicos.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 (tipo de conducta (intención uso acompañante y pareja estable) x género) indican que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,456}=0,36$; $P= 0,54$). El efecto principal del tipo de conducta ($F_{1,456}=0,04$; $P=0,84$) no es significativo pero si lo es el efecto principal del género ($F_{1,456}=12,02$; $P< 0,005$). Así pues, las chicas presentan más intención de usar el casco que los chicos si circulan como acompañantes, y también tienen más intención que ellos de usar preservativo con una pareja estable.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 2 x 2 (tipo de conducta (intención uso acompañante y pareja ocasional) x género) indican que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,451}=1,37$; $P= 0,24$). El efecto principal del tipo de conducta ($F_{1,451}=18,82$; $P< 0,005$) y el efecto principal del género ($F_{1,451}=12,91$;

P < 0,005) son significativos. Según estos resultados la intención de uso del casco como acompañante es menor a la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional. Las chicas presentan más intención de usar el casco que los chicos si circulan como acompañantes, y también tienen más intención que ellos de usar preservativo con una pareja ocasional.

En la tabla 7.4.2.3. se presentan las correlaciones de Pearson entre las 4 variables de intención de uso en la muestra global. Todas las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas aunque sus valores son moderados, excepto en el caso de la relación entre la intención de uso del casco como conductor y como acompañante.

Si se analizan por separado los datos de los chicos y de las chicas se observa la misma tendencia (ver tabla 7.4.2.4).

Tabla 7.4.2.3. Correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de intención de uso del casco en la muestra total.

	Intención uso CASCO CONDUCTOR Pearson (P) N	Intención uso CASCO ACOMPañANTE Pearson (P) N	Intención uso PRESERVATIVO PAREJA ESTABLE Pearson (P) N	Intención uso PRESERVATIVO PAREJA OCASIONAL Pearson (P) N
Intención uso CASCO CONDUCTOR				
Intención uso CASCO ACOMPañANTE	0,75 (<0,0005) 490			
Intención uso PRESERVATIVO PAREJA ESTABLE	0,21 (<0,0005) 463	0,15 (0,001) 465		
Intención uso PRESERVATIVO PAREJA OCASIONAL	0,24 (<0,0005) 458	0,22 (<0,0005) 460	0,37 (<0,0005) 459	

Tabla 7.4.2.4. Correlaciones de Pearson entre la intención de uso del casco (como conductor y como acompañante) y la intención de uso del preservativo (con pareja estable y con pareja ocasional) en función del sexo.

Chicos Chicas	Intención uso casco conductor	Intención uso casco acompañante	Intención uso preservativo pareja estable	Intención uso preservativo pareja ocasional
	r (P) N	r (P) N	r (P) N	r (P) N
Intención uso casco conductor		0,81 (<0,0005) 247	0,23 (<0,0005) 222	0,20 (0,003) 224
Intención uso casco acompañante	0,73 (<0,0005) 236		0,16 (0,01) 224	0,24 (<0,0005) 226
Intención uso preservativo pareja estable	0,13 (0,03) 234	0,11 (0,08) 234		0,37 (<0,0005) 224
Intención uso preservativo pareja ocasional	0,29 (<0,0005) 227	0,18 (0,007) 227	0,33 (<0,0005) 228	

7.4.3. ANÁLISI COMPARATIVO DE LAS CREENCIAS SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL USO

Objetivo nº 5.2.4.3.1. Comparar las creencias respecto a la aceptación del casco al circular en ciclomotor con las creencias respecto a la aceptación del preservativo por parte del padre y de la madre en función del género.

En la tabla 7.4.3.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la “creencia en la aceptación del uso de medidas preventivas por parte de los padres” en sus cuatro variantes: aceptación del uso del casco por parte del padre y por parte de la madre y aceptación del uso del preservativo por parte del padre y de la madre, en función del género.

En general podemos observar que los participantes creen que sus padres, en general, aceptan ambas medidas preventivas (puntuaciones medias superiores a 8,5).

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 4 x 2 (aceptación de uso por parte de los padres x género) indican que no existe efecto de interacción entre el factor aceptación del uso y el género ($F_{1,437}=0,56$; $P= 0,64$). Los efectos principales de las variables aceptación de uso ($F_{1,437}=13,56$; $P<0,005$) y del género ($F_{1,437}=8,20$; $P= 0,004$) son significativos. En el grupo de los chicos, creen que la aceptación del casco por parte del padre es superior a la aceptación del preservativo y esta diferencia tiende hacia la significación ($F_{1,217}=3,69$; $P=0,056$), en el caso de la aceptación materna, aunque ésta es superior en el caso del casco que del preservativo, las diferencias observadas no son estadísticamente significativas ($F_{1,217}=2,69$; $P=0,10$). En el grupo de las chicas, creen que la aceptación del casco tanto por parte del padre ($F_{1,220}=15,27$; $P<0,0005$) como por parte de la madre ($F_{1,220}=19,71$; $P<0,0005$) es superior a la aceptación del preservativo, siendo tales diferencias estadísticamente significativas. Independientemente del tipo de medida preventiva y de progenitor las chicas consideran que hay mayor aceptación de estas medidas preventivas que los chicos.

En la tabla 7.4.3.2. se presentan las correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de norma subjetiva relativa a los padres en la muestra total. Todas las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas, aunque sus valores son moderados, excepto en el caso de la relación entre la aceptación del casco por parte del padre y por parte de la madre y entre la aceptación del preservativo por ambos progenitores.

El resultado de las correlaciones de Pearson en relación a la norma subjetiva en función del sexo de encuentran en la tabla 7.4.3.3. En el grupo de las chicas encontramos correlación estadísticamente significativa y positiva entre todas las variables. En cambio entre los chicos sólo existe correlación positiva con significación estadística entre la norma subjetiva referente al uso del casco y del preservativo por parte del padre.

Tabla 7.4.3.1. Medias y desviaciones típicas de la aceptación de uso de medidas preventivas por parte de los padres, en función de género y del tipo de conducta.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el CASCO al circular en moto es una conducta aceptada por tu PADRE	9,11 (2,38) 218	9,57 (1,62) 221	9,34 (2,04) 439
En que medida crees que utilizar el CASCO al circular en moto es una conducta aceptada por tu MADRE	9,16 (2,35) 218	9,74 (1,18) 221	9,45 (1,88) 439
En que medida crees que utilizar el PRESERVATIVO es una conducta aceptada por tu PADRE	8,69 (2,56) 218	9,00 (2,13) 221	8,85 (2,35) 439
En que medida crees que utilizar el PRESERVATIVO es una conducta aceptada por tu MADRE	8,80 (2,49) 218	9,18 (1,88) 221	8,99 (2,21) 439

Tabla 7.4.3.2. Correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de la norma subjetiva en la muestra total.

	Aceptación CASCO padre Pearson (P) N	Aceptación CASCO madre Pearson (P) N	Aceptación PRESERVATIVO padre Pearson (P) N	Aceptación PRESERVATIVO madre Pearson (P) N
Aceptación CASCO padre				
Aceptación CASCO madre	0,89 (<0,0005) 487			
Aceptación PRESERVATIVO padre	0,20 (<0,0005) 465	0,12 (0,008) 457		
Aceptación PRESERVATIVO madre	0,26 (<0,0005) 450	0,17 (<0,0005) 453	0,86 (<0,0005) 456	

Tabla 7.4.3.3. Correlaciones de Pearson entre la creencia de la aceptación del casco y la creencia en la aceptación del preservativo por parte del padre y de la madre en función del sexo.

Chicos Chicas	Aceptación casco padre	Aceptación casco madre	Aceptación preservativo padre	Aceptación preservativo madre
	r (P) N	r (P) N	r (P) N	r (P) N
Aceptación casco padre		0,96 (<0,0005) 236	0,14 (0,04) 222	0,15 (0,03) 220
Aceptación casco madre	0,68 (<0,0005) 244		0,08 (0,23) 224	0,09 (0,15) 222
Aceptación preservativo padre	0,28 (<0,0005) 227	0,21 (0,02) 227		0,84 (<0,0005) 226
Aceptación preservativo madre	0,46 (<0,0005) 224	0,32 (<0,0005) 225	0,87 (<0,0005) 227	

Se presentan en la tabla 7.4.3.4 las medias y desviaciones típicas de la “creencia en la aceptación del uso de medidas preventivas por parte del mejor amigo/a “en sus cuatro variantes: aceptación del uso del casco por parte del mejor amigo y por parte de la mejor amiga y aceptación del uso del preservativo por parte del mejor amigo y por parte de la mejor amiga, en función del género.

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 4 x 2 (aceptación de uso por parte de los amigos x género) indican que no existe efecto de interacción entre el factor aceptación del uso y el género ($F_{1,444}=0,85$; $P= 0,47$). Los efectos principales de las variables aceptación de uso ($F_{1,444}=18,62$; $P<0,0005$) y del género ($F_{1,444}=13,30$; $P<0,0005$) son significativos. Los chicos piensan que el preservativo es más aceptado que el casco tanto por su mejor amigo ($F_{1,216}=13,26$; $P<0,0005$) como por su mejor amiga ($F_{1,216}=6,32$; $P=0,01$). Lo mismo sucede en el grupo de las chicas: creen que el preservativo es más aceptado que el casco tanto por su mejor amigo ($F_{1,228}=13,77$;

$P < 0,0005$) como por su mejor amiga ($F_{1,228}=7,25$; $P=0,008$). Independientemente del tipo de medida preventiva y del tipo de amistad las chicas consideran que hay mayor aceptación de estas medidas preventivas que los chicos.

Tabla 7.4.3.4. Medias y desviaciones típicas de la aceptación de uso de medidas preventivas por parte del mejor amigo/a, en función de género y del tipo de conducta.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
En que medida crees que utilizar el <u>casco</u> al circular en moto es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGO</u>	7,95 (3,184) 217	8,64 (2,387) 229	8,30 (2,821) 446
En que medida crees que utilizar el <u>preservativo</u> es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGO</u>	8,81 (2,295) 217	9,21 (1,652) 229	9,02 (1,998) 446
En que medida crees que utilizar el <u>casco</u> al circular en moto es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGA</u>	8,25 (3,102) 217	9,01 (2,032) 229	8,64 (2,633) 446
En que medida crees que utilizar el <u>preservativo</u> es una conducta aceptada por tu <u>MEJOR AMIGA</u>	8,83 (2,269) 217	9,39 (1,443) 229	9,12 (1,909) 446

En la tabla 7.4.3.5.encontramos las correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de norma subjetiva relativa a los amigos/as en la muestra total. Todas las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas, aunque sus valores son moderados, excepto en el caso de la relación entre la aceptación del casco por parte del mejor amigo y por parte de la mejor amiga y entre la aceptación del preservativo por ambos referentes.

Tabla 7.4.3.5. Correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de la norma subjetiva relativa a los amigos/as en la muestra total.

	Aceptación CASCO mejor amigo Pearson (P) N	Aceptación CASCO mejor amiga Pearson (P) N	Aceptación PRESERVATIVO mejor amigo Pearson (P) N	Aceptación PRESERVATIVO mejor amiga Pearson (P) N
Aceptación CASCO mejor amigo				
Aceptación CASCO mejor amiga	0,74 (<0,0005) 481			
Aceptación PRESERVATIVO mejor amigo	0,29 (<0,0005) 458	0,30 (<0,0005) 462		
Aceptación PRESERVATIVO mejor amiga	0,21 (<0,0005) 456	0,26 (<0,0005) 460	0,65 (<0,0005) 467	

El resultado de las correlaciones de Pearson en relación a la norma subjetiva en función del género se encuentran en la tabla 7.4.3.6. Existe correlación positiva y estadísticamente significativa entre todas las variables, la mayoría de valores son moderados excepto en el caso de la relación entre la aceptación del casco por parte de la mejor amiga y la aceptación del preservativo por parte de ésta y entre la aceptación del casco y del preservativo por ambos referentes.

En la tabla 7.4.3.6 se presentan las correlaciones referentes a la comparación de la norma subjetiva relativa al mejor amigo y a la mejor amiga en relación a la aceptación del uso del casco y del uso del preservativo en función del género. entre la creencia en la aceptación del casco y la creencia en la aceptación del preservativo por parte del mejor amigo tanto en los chicos como en las chicas. Lo mismo encontramos entre la creencia en la aceptación del casco y la creencia en la aceptación del preservativo por parte de la mejor amiga en ambos sexos.

Tabla 7.4.3.6. Correlaciones de Pearson entre la creencia de la aceptación del casco y la creencia en la aceptación del preservativo por parte del mejor amigo y la mejor amiga en función del sexo.

Chicos Chicas	Aceptación casco amigo r (P) N	Aceptación casco amiga r (P) N	Aceptación preservativo amigo r (P) N	Aceptación preservativo amiga r (P) N
Aceptación casco amigo		0,76 (<0,0005) 230	0,23 (0,001) 222	0,16 (0,02) 221
Aceptación casco amiga	0,71 (<0,0005) 244		0,23 (<0,0005) 225	0,22 (0,01) 224
Aceptación preservativo amigo	0,39 (<0,0005) 230	0,40 (<0,0005) 231		0,62 (<0,0005) 229
Aceptación preservativo amiga	0,28 (<0,0005) 229	0,70 (<0,0005) 232	0,28 (<0,0005) 230	

7.4.4. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CREENCIAS SOBRE EL USO

Objetivo nº 5.2.4.4.1. *Analizar si la creencia sobre el uso del casco por parte de la mayoría de sus amigos y amigas cuando circulan en moto coincide con la creencia sobre el uso del preservativo por parte de sus amigos. Comprobar también si existen diferencias en función del sexo.*

En la tabla 7.4.4.1 se presenta la distribución de los adolescentes según la creencia respecto a que la mayoría de sus amigos utilizan el casco cuando circulan en un ciclomotor y el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales. Un 51,4% de los participantes coinciden en la creencia sobre el uso (47,4%) de ambas medidas por parte de los amigos o en el no uso (4%) pero la relación entre las dos variables no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 0,77$; $P = 0,405$).

Tabla 7.4.4.1 Distribución de los participantes según la creencia sobre el uso del preservativo y la creencia sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigos.

		La mayoría de tus <u>amigos</u> cuando van en moto utilizan casco		
		SI	NO	TOTAL
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	164 (47,4%)	158 (45,7%)	322 (93,1%)
	NO	10 (2,9%)	14 (4,0%)	24 (6,9%)
	TOTAL	174 (50,3%)	172 (49,7%)	346 (100%)

Por sexos, se observa que un 54,2% de los chicos coinciden en la creencia sobre el uso (47,4%) de ambas medidas por parte de los amigos o en el no uso (4%) (ver tabla 7.4.4.2), la relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{C(1)} = 0,00$; $P = 1,00$).

Por lo que se refiere a las chicas (ver tabla 7.4.4.3.), el 48,3% coinciden en la creencia sobre el uso (43,2%) de ambas medidas por parte de los amigos o en el no uso (5,1%) sin que se observe significación estadística en la relación ($X^2_{(1)} = 0,65$; $P = 0,58$).

Tabla 7.4.4.2. Distribución de los chicos según la creencia sobre el uso del preservativo y sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigos.

		La mayoría de tus <u>amigos</u> cuando van en moto utilizan casco		
		SI	NO	TOTAL
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	80 (51,2%)	70 (42,7%)	154 (93,9%)
	NO	5 (3%)	5 (3%)	10 (6,1%)
	TOTAL	89 (54,3%)	75 (45,7%)	164 (100%)

Tabla 7.4.4.3. Distribución de las chicas según la creencia sobre el uso del preservativo y sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigos.

		La mayoría de tus <u>amigos</u> cuando van en moto utilizan casco		
		SI	NO	TOTAL
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	76 (43,2%)	86 (48,9%)	162 (92%)
	NO	5 (2,8%)	9 (5,1%)	14 (8%)
	TOTAL	81 (46%)	95 (54%)	176 (100%)

Si comparamos la proporción de jóvenes que creen que la mayoría de sus amigos utilizan el casco, con la de aquellos que creen que la mayoría de sus amigos utilizan el preservativo, se aprecia que sólo la mitad de los que responden esta pregunta cree que sus amigos utilizan el casco cuando circulan en ciclomotor (50,3%) mientras que el 93,1% cree que utilizan el preservativo cuando tienen relaciones sexuales, siendo las diferencias estadísticamente significativas ($X^2_{(1)} = 128,62$; $P < 0,0005$).

En la tabla 7.4.4.4 se presenta la distribución de los adolescentes según la creencia respecto a que la mayoría de sus amigas utilizan el casco cuando circulan en un ciclomotor y que la mayoría de sus amigos/as utilizan el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales. Un 64,6% de los participantes coinciden en la creencia sobre el uso (65%) de ambas medidas por parte de los amigos/as o en el no uso (12%) la relación entre las dos variables es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 6,20$; $P = 0,01$).

Tabla 7.4.4.4 Distribución de los participantes según la creencia sobre el uso del preservativo y la creencia sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigas.

		La mayoría de tus amigas cuando van en moto utilizan casco		TOTAL
		SI	NO	
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	204 (60,2%)	110 (32,4%)	314 (92,6%)
	NO	10 (2,9%)	15 (4,4%)	25 (7,4%)
TOTAL		214 (63,1%)	172 (36,9%)	339 (100%)

Por sexos, se observa que un 68,2% de los chicos coinciden en la creencia sobre el uso (47,4%) de ambas medidas por parte de los amigos o en el no uso (4%) (ver tabla 7.4.4.5), la relación no es estadísticamente significativa ($X^2_{(1)} = 2,30$; $P = 0,08$).

Por lo que se refiere a las chicas (ver tabla 7.4.4.6.), el 60,5% coinciden en la creencia sobre el uso (55,4%) de ambas medidas por parte de los amigos o en el no uso (5,1%) sin que se observe significación estadística en la relación ($X^2_{(1)} = 2,40$; $P = 0,17$).

Tabla 7.4.4.5. Distribución de los chicos según la creencia sobre el uso del preservativo y sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigas.

		La mayoría de tus <u>amigas</u> cuando van en moto utilizan casco		TOTAL
		SI	NO	
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	103 (64,4%)	47 (29,4%)	150 (93,8%)
	NO	4 (2,5%)	6 (3,8%)	10 (6,3%)
TOTAL		107 (66,9%)	53 (33,1%)	160 (100%)

Tabla 7.4.4.6. Distribución de las chicas según la creencia sobre el uso del preservativo y sobre el uso del casco por la mayoría de sus amigos.

		La mayoría de tus <u>amigas</u> cuando van en moto utilizan casco		
		SI	NO	TOTAL
La mayoría de tus amigos/as cuando tienen relaciones sexuales utilizan el preservativo	SI	97 (55,4%)	63 (36%)	160 (91,4%)
	NO	6 (3,4%)	9 (5,1%)	15 (8,6%)
	TOTAL	103 (58,9%)	72 (41,1%)	175 (100%)

7.4.5. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Objetivo nº 5.2.4.5.1. Evaluar el grado de concordancia entre las expectativas de autoeficacia en relación al uso del casco (como conductor y como acompañante) y las expectativas de autoeficacia en relación al uso del preservativo (con pareja estable y con pareja ocasional). Además observar si existen diferencias o similitudes en función del género.

En la tabla 7.4.5.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de las “expectativas de autoeficacia para utilizar las diferentes medidas preventivas “ en sus cuatro variantes: expectativas de autoeficacia para utilizar el casco como conductor y como acompañante y expectativas de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional.

Como se puede observar los participantes en general se sienten muy capaces de utilizar ambas medidas preventivas (puntuaciones medias superiores a 8,5).

Tabla 7.4.5.1. Medias y desviaciones típicas de las expectativas de autoeficacia del casco y del preservativo, en función del tipo de conducta y del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Hasta que punto te sientes capaz de utilizar siempre el <u>casco</u> cuando <u>CONDUCES</u> una moto	8,88 (2,54) 187	9,24 (1,52) 153	9,04 (2,15) 340
Hasta que punto te sientes capaz de utilizar siempre el <u>casco</u> cuando vas como <u>ACOMPAÑANTE</u> en moto	8,43 (2,70) 187	8,82 (2,23) 153	8,61 (2,50) 340
Hasta que punto te sientes capaz de <u>UTILIZAR</u> siempre el preservativo en tus relaciones sexuales con una <u>PAREJA ESTABLE</u>	8,58 (2,16) 187	8,84 (2,26) 153	8,70 (2,20) 340
Hasta que punto te sientes capaz de <u>UTILIZAR</u> siempre el preservativo en tus relaciones sexuales con una <u>PAREJA OCASIONAL</u>	8,79 (2,08) 187	8,99 (2,63) 153	8,88 (2,43) 340

Los resultados del análisis de la varianza del diseño factorial 4 x 2 (tipo de conducta x género) indican que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,338}=0,19$; $P=0,90$). El efecto principal de la variable tipo de conducta es significativo ($F_{1,338}=3,41$; $P=0,02$), en cambio no es significativo el efecto principal de la variable género ($F_{1,338}=2,91$; $P=0,09$). Los participantes se sienten más capaces de utilizar el casco siempre cuando conducen un ciclomotor que utilizar el preservativo siempre con una pareja estable ($F_{1,344}=5,09$; $P=0,02$). No existen diferencias estadísticamente significativas entre: las expectativas para utilizar el casco cuando se conduce un ciclomotor y las expectativas para usar el preservativo con una pareja ocasional ($F_{1,374}=1,60$; $P=0,21$); las expectativas para utilizar el casco cuando se circula como acompañante en un ciclomotor y las expectativas para usar el preservativo con una pareja estable ($F_{1,396}=0,15$; $P=0,69$); las expectativas para utilizar el casco cuando se circula como acompañante en un ciclomotor y las expectativas para usar el preservativo con una pareja ocasional ($F_{1,407}=2,11$; $P=0,15$).

En la tabla 7.4.5.2. se presentan las correlaciones de Pearson entre las cuatro variables sobre expectativas de autoeficacia en la muestra total. Todas las correlaciones son positivas y estadísticamente significativas, aunque sus valores son moderados, excepto en el caso de la relación entre la expectativa de autoeficacia de uso del casco cuando se conduce un ciclomotor y la expectativa de autoeficacia de uso del casco cuando se va de acompañante y la relación entre la expectativa de uso del preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional.

En la tabla 7.4.5.3 se presentan las correlaciones referentes a la comparación expectativa de autoeficacia para utilizar el casco (como conductor y como acompañante) y la expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo con una pareja estable y con una pareja ocasional, en función del género.

Tanto en chicos como en chicas existe correlación positiva y estadísticamente significativa entre la expectativa de autoeficacia para utilizar el casco cuando se circula en ciclomotor como conductor y las expectativas de autoeficacia para usar el preservativo, ya sea con una pareja estable o con una pareja ocasional. Encontramos correlación positiva significativa entre la expectativa de utilizar el casco cuando se circula como acompañante y la expectativa de utilizar el preservativo con una pareja

ocasional en los chicos, pero no en chicas. No existe correlación, ni en chicos ni en chicas, entre la expectativa de utilizar el casco cuando se circula como acompañante y la expectativa de utilizar el preservativo con una pareja estable.

Tabla 7.4.5.2. Correlaciones de Pearson entre las cuatro variables de las expectativas de autoeficacia en la muestra total.

	Expectativa autoeficacia uso <u>casco conductor</u> Pearson (P) N	Expectativa autoeficacia uso <u>casco acompañante</u> Pearson (P) N	Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja estable</u> Pearson (P) N	Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja ocasional</u> Pearson (P) N
Expectativa autoeficacia uso <u>casco conductor</u>				
Expectativa autoeficacia uso <u>casco acompañante</u>	0,68 (<0,0005) 375			
Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja estable</u>	0,16 0,002 373	0,11 0,03 405		
Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja ocasional</u>	0,21 (<0,0005) 381	0,26 (<0,0005) 460	0,52 (<0,0005) 454	

Tabla 7.4.5.3. Correlaciones de Pearson entre la expectativa de autoeficacia para utilizar el casco (como conductor y como acompañante) y la expectativa de autoeficacia para utilizar el preservativo (pareja estable y pareja ocasional) en función del sexo.

Chicos	Expectativa autoeficacia uso <u>casco conductor</u>	Expectativa autoeficacia uso <u>casco acompañante</u>	Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja estable</u>	Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja ocasional</u>
Chicas	R (P) N	r (P) N	R (P) N	R (P) N
Expectativa autoeficacia uso <u>casco conductor</u>		0,73 (<0,0005) 199	0,14 (0,04) 203	0,20 (0,004) 204
Expectativa autoeficacia uso <u>casco acompañante</u>	0,58 (<0,0005) 171		0,11 (0,12) 200	0,24 (<0,001) 203
Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja estable</u>	0,20 (0,01) 244	0,09 (0,20) 198		0,53 (<0,0005) 225
Expectativa autoeficacia uso <u>preservativo pareja ocasional</u>	0,27 (<0,0005) 172	0,11 (0,11) 206	0,53 (<0,0005) 222	

7.4.6. ANÁLISI COMPARATIVO DE LAS EXPECTATIVAS DE RESULTADO

Objetivo nº 5.2.4.6.1. *Analizar el grado de concordancia entre la creencia en la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente y la creencia en la efectividad del preservativo para evitar el sida y el embarazo no deseado. Además examinar si existen diferencias entre chicos y chicas.*

En la tabla 7.4.6.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable creencia en la efectividad del casco y del preservativo para evitar problemas graves de salud (accidente de tráfico, contagio del virus de la sida y embarazo no deseado).

En general, los participantes creen que ambas medidas son muy efectivas (puntuaciones medias superiores a 9). El análisis de la varianza del diseño mixto 3 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (expectativas de resultados) y el segundo intersujeto (género), nos indica que el efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,435}=15,11$; $P<0,0005$) es significativo. Los efectos principales de las expectativas de resultado ($F_{1,435}=1,61$; $P=0,20$) y del género ($F_{1,435}=0,71$; $P=0,40$) no son significativos.

Tabla 7.4.6.1. Medias, desviaciones típicas de la variable creencia sobre la efectividad del casco y del preservativo para evitar problemas graves en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Usar <u>casco</u> cuando circulas en moto evita <u>LESIONES GRAVES</u> en caso de accidente	8,64 (2,77) 220	9,45 (1,51) 217	9,04 (2,27) 437
Usar <u>preservativo</u> evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	9,16 (2,16) 220	9,19 (2,16) 217	9,18 (2,16) 437
Usar <u>preservativo</u> evita tener un <u>embarazo no deseado</u>	9,20 (1,72) 220	8,73 (1,91) 217	8,97 (1,83) 437

Los chicos creen que el preservativo es más efectivo para evitar un embarazo no deseado ($F_{1,219}=9,14$; $P=0,003$) y para evitar el contagio del sida ($F_{1,219}=6,24$; $P=0,01$) que el casco para evitar lesiones graves. Las chicas, en cambio, creen que el casco es más efectivo para evitar lesiones que el preservativo para evitar embarazos no deseados ($F_{1,216}=25,21$; $P<0,0005$) o para evitar el contagio del VIH ($F_{1,216}=2,75$;

P=0,09). Así mismo, ellas consideran que el preservativo es más efectivo para evitar el sida que para evitar un embarazo no deseado ($F_{1,216}=10,79$; $P=0,001$).

El cálculo del coeficiente de correlación de Pearson entre las tres variables en la muestra total, indica que la relación, aunque moderada, es positiva y estadísticamente significativa (ver tabla 7.4.6.2).

Tabla 7.4.6.2. Correlaciones de Pearson entre las tres variables relativas a las expectativas de resultados en la muestra total.

	Usar <u>casco</u> evita <u>LESIONES GRAVES</u> Pearson (P) N	Usar <u>preservativo</u> evita el contagio del virus del <u>SIDA</u> Pearson (P) N	Usar <u>preservativo</u> evita tener un <u>embarazo no deseado</u> Pearson (P) N
Usar <u>casco</u> evita <u>LESIONES GRAVES</u>			
Usar <u>preservativo</u> evita el contagio del virus del <u>SIDA</u>	0,25 (<0,0005) 448		
Usar <u>preservativo</u> evita tener un <u>embarazo no deseado</u>	0,24 (<0,0005) 449	0,42 (<0,0005) 470	

La misma tendencia se observa si se analizan por separado chicos y chicas (ver tabla 7.4.6.3).

Tabla 7.4.6.3. Correlaciones de Pearson entre las expectativas de resultado referentes al uso del casco y al uso del preservativo en función del sexo.

Chicos	Usar casco evita lesiones graves	Usar preservativo evita el contagio del virus del sida	Usar preservativo evita tener un embarazo no deseado
Chicas	r (P) N	r (P) N	r (P) N
Usar casco evita lesiones graves		0,24 (<0,0005) 222	0,30 (<0,0005) 225
Usar preservativo evita el contagio del virus del sida	0,29 (<0,0005) 221		0,36 (<0,0005) 231
Usar preservativo evita tener un embarazo no deseado	0,27 (<0,0005) 219	0,49 (<0,0005) 232	

7.4.7. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

Objetivo nº 5.2.4.7.1. Examinar el grado de concordancia entre la percepción de vulnerabilidad a tener un accidente de tráfico y la percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH y a tener un embarazo no deseado. Así como, ver si existen diferencias o similitudes en función del sexo.

En la tabla 7.4.7.1 se presentan las medias y desviaciones típicas de la variable percepción de vulnerabilidad a tener un accidente de tráfico y la percepción de vulnerabilidad a contagiarse con el VIH, en función del género.

El análisis de la varianza del diseño mixto 3 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (percepción de vulnerabilidad) y el segundo intersujeto (género), nos indica que el efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,421}=0,47$; $P=0,62$) no es significativo. El efecto principal de la percepción de vulnerabilidad ($F_{1,421}=27,91$; $P< 0,0005$) y del género ($F_{1,421}=5,06$; $P= 0,02$) son significativos. Así pues en ambos casos los chicos

se sienten más vulnerables que las chicas independientemente del problema de salud. Las chicas se sienten más vulnerables a sufrir un accidente de moto que a infectarse con el VIH ($F_{1,211}=19,64$; $P<0,0005$), o a tener un embarazo no deseado ($F_{1,211}=18,91$; $P<0,0005$). Los chicos también creen que sus probabilidades de sufrir un accidente de moto son superiores a infectarse con el VIH ($F_{1,210}=27,20$; $P<0,0005$), o dejar embarazada a una chica ($F_{1,211}=16,59$; $P<0,0005$).

Tabla 7.4.7.1. Medias, desviaciones típicas de la variable percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto y percepción de vulnerabilidad a infectarse con el VIH en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto	5,13 (3,5) 211	4,53 (2,97) 212	4,83 (3,25) 423
Percepción de vulnerabilidad a infectarse con el VIH	3,68 (3,19) 211	3,40 (3,22) 212	3,54 (3,21) 423
Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado	3,93 (3,29) 211	3,33 (3,17) 212	3,63 (3,24) 423

Por lo que se refiere a la relación entre la percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto, la percepción de vulnerabilidad a infectarse con el virus del sida y la percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado, los coeficientes de correlación de Pearson, en la muestra general, son aunque moderados, positivos y estadísticamente significativos. Es decir, los participantes que consideran que sus probabilidades de tener un accidente de moto son bajas también creen que sus probabilidades de infectarse con el VIH y de tener un embarazo no deseado lo son.

Si se analizan por separado los datos de chicos y chicas se aprecia la misma tendencia.

Tabla 7.4.7.2. Correlaciones de Pearson entre las tres variables relativas a la percepción de vulnerabilidad en la muestra total.

	Percepción de vulnerabilidad a sufrir un <u>accidente de moto</u> Pearson (P) N	Percepción de vulnerabilidad a <u>infectarse con el VIH</u> Pearson (P) N	Percepción de vulnerabilidad a tener un <u>embarazo no deseado</u> Pearson (P) N
Percepción de vulnerabilidad a sufrir un <u>accidente de moto</u>			
Percepción de vulnerabilidad a <u>infectarse con el VIH</u>	0,28 (<0,0005) 435		
Percepción de vulnerabilidad a tener un <u>embarazo no deseado</u>	0,18 (<0,0005) 438	0,31 (<0,0005) 456	

Tabla 7.4.7.3. Correlaciones de Pearson entre la percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto, contagiarse con el VIH y tener un embarazo no deseado en función del sexo.

Chicos	Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto	Percepción de vulnerabilidad a infectarse con el VIH	Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado
Chicas	r (P) N	r (P) N	r (P) N
Percepción de vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto		0,27 (<0,0005) 215	0,21 (<0,0005) 217
Percepción de vulnerabilidad a infectarse con el VIH	0,28 (<0,0005) 216		0,38 (<0,0005) 222
Percepción de vulnerabilidad a tener un embarazo no deseado	0,14 (0,03) 219	0,25 (<0,0005) 227	

7.4.8. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA PREOCUPACIÓN

Objetivo nº5.2.4.8.1. Comparar el grado de concordancia entre la preocupación por sufrir un accidente de moto, la preocupación por contagiarse con el VIH y la preocupación por tener un embarazo no deseado. Así como, identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

A continuación, se detallan los resultados en relación a la preocupación por sufrir un accidente de moto, la preocupación a contagiarse con el VIH y por tener un embarazo no deseado en función del género (ver tabla 7.4.8.1).

Tabla 7.4.8.1. Medias, desviaciones típicas de la variable preocupación por tener un accidente de moto y preocupación por contagiarme con el VIH, y por tener un embarazo no deseado, en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Preocupación por sufrir un accidente de moto	7,29 (3,34) 218	8,04 (3,02) 228	7,67 (3,20) 446
Preocupación por infectarse con el VIH	8,09 (3,15) 218	8,22 (3,04) 228	8,16 (3,09) 446
Preocupación por tener un embarazo no deseado	7,96 (3,18) 218	8,32 (2,97) 228	8,14 (3,08) 446

El análisis de la varianza del diseño mixto 3 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (preocupación) y el segundo intersujeto (género), nos indica que el efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,444}=1,83$; $P=0,16$) no es significativo. El efecto principal de la preocupación ($F_{1,444}=5,99$; $P=0,003$) es significativo, no sucede lo mismo con el género ($F_{1,444}=3,29$; $P=0,07$). Los participantes se sienten menos preocupados por sufrir un accidente de moto que por contagiarse con el VIH ($F_{1,444}=7,98$; $P=0,005$) o por tener un embarazo no deseado ($F_{1,444}=8,40$; $P=0,004$).

En cuanto a los resultados de la correlación de Pearson entre las variables relativas a la preocupación encontramos relación positiva y estadísticamente significativa tanto en la muestra total (ver tabla 7.4.8.2) como si se analizan los datos por separado para chicos y chicas (ver tabla 7.4.8.3).

Tabla 7.4.8.2. Correlaciones de Pearson entre las tres variables relativas a la preocupación en la muestra total.

	Preocupación por accidente de moto Pearson (P) N	Preocupación por infectarse con el VIH Pearson (P) N	Preocupación por embarazo Pearson (P) N
Preocupación por sufrir un <u>accidente de moto</u>			
Preocupación por <u>infectarse con el VIH</u>	0,31 (<0,0005) 458		
Preocupación por tener <u>un embarazo no deseado</u>	0,38 (<0,0005) 462	0,48 (<0,0005) 466	

Tabla 7.4.8.3. Correlaciones de Pearson entre la preocupación por sufrir un accidente de moto, por contagiarse con el VIH y por tener un embarazo no deseado en función del sexo.

	Preocupación por accidente de moto r (P) N	Preocupación por infectarse con el VIH r (P) N	Preocupación por embarazo r (P) N
Chicos			
Chicas			
Preocupación por sufrir un <u>accidente de moto</u>		0,25 (<0,0005) 222	0,38 (<0,0005) 226
Preocupación por <u>infectarse con el VIH</u>	0,37 (<0,0005) 229		0,46 (<0,0005) 224
Preocupación por tener <u>un embarazo no deseado</u>	0,38 (<0,0005) 229	0,51 (<0,0005) 235	

7.4.9. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS ACTITUDES

Objetivo n° 5.2.4.9.1. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a la comodidad del uso del casco y del preservativo. Además se pretende Identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.4.9.1, encontramos los resultados referentes a la comodidad del uso del casco y del preservativo.

Las chicas creen que usar el preservativo les resultará menos cómodo que a los chicos, tendencia que se invierte en el caso del casco, pero el efecto de interacción entre las variables tipo de medida (casco/preservativo) y género ($F_{1,395}=2,98$; $P= 0,08$) no es estadísticamente significativo. El efecto principal del factor género ($F_{1,395}=0,00$; $P= 0,98$) tampoco es significativo, en cambio si lo es el efecto principal del factor tipo de medida preventiva ($F_{1,395}=5,40$; $P= 0,02$). En general, los participantes creen que utilizar el casco es más cómodo que utilizar el preservativo.

Tabla 7.4.9.1. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco será cómodo para mí” “utilizar el preservativo será cómodo para mí” en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Utilizar el <u>casco</u> cuando circulo en moto, pienso que para mí será <u>COMODO</u>	6,52 (2,83) 200	6,91 (2,92) 197	6,71 (2,88) 397
Utilizar el <u>preservativo</u> cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será <u>COMODO</u>	6,38 (3,49) 200	5,99 (3,51) 197	6,19 (3,50) 397

El análisis de la correlación de Pearson entre la variable “Utilizar el casco cuando circulo en moto, será cómodo para mí” y “Utilizar el preservativo cuando tenga relaciones sexuales, pienso que será cómodo para mí”, nos muestra para el total de sujetos que no existe relación estadísticamente significativa ($n= 401$; $r= 0,02$; $P= 0,73$).

Si se analizan los resultados en función de sexo, encontramos en los chicos ($n= 200$; $r= 0,17$; $p= 0,01$) existe una moderada relación positiva pero estadísticamente significativa entre ambas variables. Es decir, que los chicos que consideran que el casco es cómodo también creen que lo es el preservativo. Entre las chicas la relación entre ambas variables no alcanza la significación ($n= 197$; $r= -0,13$; $p= 0,06$).

Objetivo nº 5.2.4.9.2. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será agradable. Además se pretende Identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.4.9.2, encontramos los resultados referentes a la consideración del uso del casco y del preservativo como medidas preventivas agradables en función del género.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (tipo de medida preventiva) y el segundo intersujeto (género), nos indica que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,377}=0,74$; $P= 0,39$). El efecto principal del factor género ($F_{1,377}=0,15$; $P= 0,69$) no es significativo, en cambio sí lo es el efecto principal del factor tipo de medida preventiva ($F_{1,377}=19,35$; $P <0,0005$): En general los participantes creen que utilizar el preservativo es más agradable que utilizar el casco.

Por lo que se refiere a la relación entre la actitud “utilizar el casco será agradable para mí” y “utilizar el preservativo será agradable para mí”, el coeficiente de correlación de Pearson, es moderado pero estadísticamente significativo en la muestra general ($n= 383$; $r= 0,17$; $P= 0,01$). En el caso de los chicos ($n= 191$; $r= 0,25$; $p= 0,001$) existe correlación positiva y estadísticamente significativa entre estas dos variables, pero no en el caso de las chicas ($n= 188$; $r= 0,07$; $p= 0,33$).

Tabla 7.4.9.2. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco será agradable para mí” “utilizar el preservativo será agradable para mí” en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Utilizar el <u>casco</u> cuando circulo en moto, pienso que para mí será <u>AGRADABLE</u>	5,85 (3,55) 191	5,57 (3,38) 188	5,71 (3,47) 379
Utilizar el <u>preservativo</u> cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será <u>AGRADABLE</u>	6,59 (2,91) 191	6,68 (2,71) 188	6,63 (2,81) 379

Objetivo nº 5.2.4.9.3. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será práctico. Además se pretende Identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.4.9.3, encontramos los resultados referentes a si los participantes consideran que utilizar el casco y el preservativo es una medida preventiva práctica para ellos.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (tipo de medida preventiva) y el segundo intersujeto (género), nos indica que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,392}=0,82$; $P= 0,36$). El efecto principal del factor género ($F_{1,392}=2,48$; $P= 0,12$) y el del factor tipo de medida preventiva ($F_{1,392}=1,82$; $P= 0,18$) tampoco son significativos.

Tabla 7.4.9.3. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco será práctico para mí” “utilizar el preservativo será práctico para mí” en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Utilizar el <u>casco</u> cuando circulo en moto, pienso que para mí será <u>PRACTICO</u>	7,70 (3,40) 195	7,91 (2,81) 199	7,81 (3,11) 394
Utilizar el <u>preservativo</u> cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será <u>PRÁCTICO</u>	7,78 (2,85) 195	8,31 (2,42) 199	8,05 (2,65) 394

En cuanto a los resultados de la correlación bivariada entre las variables “utilizar el casco será práctico para mí” y “utilizar el preservativo será práctico para mí” en la muestra total, existe una relación positiva y estadísticamente significativa ($n=398$; $r= 0,30$ y $p<0,0005$). Los participantes que piensan que el casco será práctico también tienden a considerar que el preservativo lo será. En lo que concierne al análisis en función del género, tanto en los chicos ($n=195$; $r= 0,33$ y $p<0,0005$) como en las chicas ($n=199$; $r= 0,25$ y $p<0,0005$), el coeficiente de correlación de Pearson, es positivo y estadísticamente significativo.

Objetivo nº 5.2.4.9.4. Evaluar el grado de coincidencia en las respuestas respecto a si el uso del casco y del preservativo será sensato. Además se pretende identificar semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

En la tabla 7.4.9.4, encontramos los resultados referentes a si los participantes consideran que utilizar el casco y el preservativo es sensato para ellos, en función del género.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (tipo de medida preventiva) y el segundo intersujeto (género), nos indica que no existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,381}=0,001$; $P= 0,98$). El efecto principal del factor género ($F_{1,381}=8,16$; $P= 0,005$) es significativo pero no lo es el efecto del factor tipo de medida preventiva ($F_{1,381}=3,32$; $P= 0,07$). De acuerdo con estos resultados las chicas creen en mayor medida que los chicos que el uso del casco y el uso del preservativo son conductas sensatas.

Los resultados de la correlación de Pearson entre las variables “utilizar el casco será sensato para mí” y “utilizar el preservativo será sensato para mí” están relacionadas, en el total de participantes ($n=387$; $r= 0,48$ y $p<0,0005$) y que la tendencia es similar en chicos ($n=195$; $r= 0,52$ y $p<0,0005$) y chicas ($n=195$; $r= 0,38$ y $p<0,0005$).

Tabla 7.4.9.4. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco será sensato para mí” “utilizar el preservativo será sensato para mí” en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Utilizar el <u>casco</u> cuando circulo en moto, pienso que para mí será <u>SENSATO</u>	8,51 (3,01) 195	9,14 (2,25) 188	8,82 (2,68) 383
Utilizar el <u>preservativo</u> cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será <u>SENSATO</u>	8,26 (2,69) 195	8,90 (2,04) 188	8,57 (2,41) 383

7.4.10. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CONSECUENCIAS INMEDIATAS

Objetivo nº 5.2.2.10.1. Evaluar el grado de coincidencia entre la molestia que ocasiona el uso del casco y el uso del preservativo. E identificar las semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas

En la tabla 7.4.10.1, encontramos las medias y las desviaciones típicas referentes a si los participantes consideran que utilizar el casco y el preservativo es molesto para ellos, en función del género.

Tabla 7.4.10.1. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco es molesto” “utilizar el preservativo es molesto” en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Usar el <u>casco</u> es molesto	5,56 (3,47) 219	5,88 (3,23) 204	5,71 (3,36) 423
Utilizar el <u>preservativo</u> es molesto	5,24 (3,03) 219	3,86 (3,10) 204	4,57 (3,14) 423

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (tipo de medida preventiva) y el segundo intersujeto (género), nos indica que existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,421}=17,22; P<0,0005$). Los efectos principales del factor género ($F_{1,421}=4,99; P= 0,02$) y el tipo de medida preventiva ($F_{1,421}=32,55; P<0,0005$) también son significativos. De acuerdo con estos resultados, las chicas creen que usar el casco es mucho más molesto que usar el preservativo y para ellos la molestia es muy similar.

Los resultados de la correlación de Pearson entre las variables “usar el casco es molesto” y “usar el preservativo es molesto” indican que existe relación, positiva y moderada pero estadísticamente significativa ($n=428$; $r= 0,12$ y $P=0,01$). La misma tendencia encontramos en el grupo de los chicos ($n=219$; $r= 0,19$; $P=0,004$), pero no entre las chicas ($n=204$; $r=0,07$; $P= 0,29$).

Objetivo nº 5.2.2.10.2. Evaluar el grado de coincidencia entre la molestia que ocasiona el uso del casco y el uso del preservativo en los participantes que mantuvieron relaciones sexuales y circularon en ciclomotor en los últimos treinta días, e identificar las semejanzas y / o diferencias entre chicos y chicas.

El análisis de la varianza del diseño mixto 2 x 2, donde el primer factor es intrasujeto (tipo de medida preventiva) y el segundo intersujeto (género), nos indica que existe efecto de interacción entre ambos factores ($F_{1,62}=4,17$; $P= 0,04$). El efecto principal del factor género ($F_{1,62}=0,42$; $P= 0,52$) no es significativo pero sí lo es el efecto del factor tipo de medida preventiva ($F_{1,62}=6,88$; $P= 0,01$). De acuerdo con estos resultados, tanto las chicas como los chicos sexualmente activos consideran que el uso del casco es más molesto que el uso del preservativo. Las chicas creen en mayor medida que los chicos que el casco es molesto y ellos en cambio creen que el preservativo es más molesto respecto a ellas.

En cuanto a los resultados de la correlación de Pearson encontramos que no existe relación significativa entre la molestia del casco y del preservativo entre los participantes que han mantenido relaciones sexuales y conducido un ciclomotor en los últimos treinta días ($n=65$; $r=0,12$; $P= 0,35$). Se observa la misma tendencia si se analizan los datos por separado para chicos ($n=39$; $r=0,06$; $P= 0,71$) y chicas ($n=25$; $r=0,31$; $P= 0,13$).

Tabla 7.4.10.2. Medias y desviaciones típicas de los ítems “utilizar el casco es molesto” “utilizar el preservativo es molesto” en participantes con experiencia sexual y vial en los últimos treinta días en función del género.

	CHICOS Media (dt) n	CHICAS Media (dt) n	TOTAL Media (dt) n
Usar el <u>casco</u> es molesto	6,26 (3,59) 39	7,00 (3,31) 25	6,55 (3,48) 64
Utilizar el <u>preservativo</u> es molesto	5,92 (3,47) 39	4,32 (3,21) 25	5,30 (3,44) 64

7.5. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS ENCONTRADOS

Para finalizar el capítulo presentamos dos tablas resumen de los principales resultados encontrados. En la tabla 7.5.1 se presentan las variables que difieren significativamente entre los participantes que utilizaron las medidas preventivas estudiadas y los que no las utilizaron. Tanto en los que utilizaron el casco o el preservativo como entre los que no lo hicieron, se destacan aquellas situaciones en que los valores de las variables son superiores en ese grupo.

Tabla. 7.5.1. Variables que difieren significativamente en función de la puesta en práctica o no las medidas preventivas objeto de este estudio.

	CASCO	PRESERVATIVO
<p>LOS QUE UTILIZARON ESTA MEDIDA PREVENTIVA LA ÚLTIMA VEZ QUE CIRCULARON EN MOTO O TUVIERON UNA RELACIÓN SEXUAL RESPECTO A LOS QUE NO LA USARON</p>	<p><i>Tienen más intención de usar el casco cuando circulan como conductor y como acompañante.</i></p> <p>Creen en mayor medida que el casco es aceptado por el padre, la madre, el mejor amigo y la mejor amiga.</p> <p>Creen en mayor medida que el su padre, madre y mayoría de amigos y <i>amigas (esta última sólo en chicas) usan el casco.</i></p> <p>Tienen mayores expectativas de autoeficacia de uso del casco como conductor y como acompañante.</p> <p>Creen en mayor medida que el casco es efectivo para evitar lesiones graves en caso de accidente</p>	<p><i>Tienen más intención de usar el preservativo con la pareja estable y con una pareja ocasional.</i></p> <p>Creen en mayor medida que el preservativo es aceptado por la pareja estable y por una pareja ocasional.</p> <p>Creen en mayor medida que la mayoría de amigos y <i>amigas usan el preservativo (sólo las chicas)</i></p> <p>Creen en mayor medida que otras personas de sus mismas características tienen probabilidades de tener un embarazo no deseado.</p>

	<p><i>Están más preocupados por sufrir un accidente de moto.</i></p> <p>Creen en mayor medida que usar el casco será práctico.</p> <p>Creen en mayor medida que si no utilizan el casco le pueden sancionar.</p>	<p><i>Están más preocupados tener un embarazo</i> y por contagiarse con el VIH (este último sólo en chicas).</p> <p>Creen en mayor medida que el uso del preservativo será sensato.</p>
<p>LOS QUE NO UTILIZARON ESTA MEDIDA PREVENTIVA LA ÚLTIMA VEZ QUE CIRCULARON EN MOTO O TUVIERON UNA RELACIÓN SEXUAL RESPECTO A LOS QUE NO LA USARON</p>	<p>Creen en mayor medida que usar el casco desatado es efectivo para evitar lesiones en caso de accidente, y para evitar la sanción y que su uso no es necesario por ciudad</p> <p>Creen en mayor medida que usar el casco no será cómodo (sólo las chicas).</p> <p><i>Creen en mayor medida que el uso del casco es molesto.</i></p>	<p>Creen en mayor medida que el preservativo es efectivo para evitar el contagio del VIH (solo las chicas)</p> <p>Creen en menor medida que el preservativo es efectivo para evitar un embarazo no deseado (sólo las chicas).</p> <p>Están más preocupados por contagiarse con el VIH (sólo los chicos)</p> <p><i>Creen en mayor medida que usar el preservativo es molesto, corta el rollo y disminuye la sensibilidad.</i></p>

En la tabla 7.5.2 se presentan los resultados significativos relativos a las diferencias entre género. En el caso del preservativo se presentan por separado los resultados de la muestra total y de la submuestra que tuvo relaciones sexuales en los últimos treinta días.

Tabla 7.5.2 Principales diferencias entre género en las variables relacionadas con el uso del casco y el uso del preservativo.

	CASCO	PRESERVATIVO	
		MUESTRA TOTAL	SEXUALMENTE ACTIVOS
LOS CHICOS RESPECTO A LAS CHICAS	<p>Utilizan con mayor frecuencia el ciclomotor</p> <p>Creer en mayor medida que el casco desatado es efectivo para evitar lesiones</p> <p>Creer en mayor medida que usar el casco no es necesario por ciudad</p> <p>Creer en mayor medida que usar el casco será cómodo</p>	<p><i>Se sienten más vulnerables a contagiarse con el VIH</i> y a tener un embarazo no deseado</p> <p><i>Creer en mayor medida que el preservativo es accesible</i></p> <p><i>Creer en mayor medida que usar el preservativo es molesto, corta el rollo, disminuye la sensibilidad y puede ser interpretado como una falta de confianza</i></p>	<p>Se perciben más autoeficaces para usar el preservativo con una pareja estable</p> <p>Creer en mayor medida en la efectividad del preservativo para evitar el embarazo</p> <p><i>Se sienten más vulnerables a contagiarse con el VIH</i></p> <p>Están más preocupados por el Sida</p> <p><i>Creer en mayor medida que el preservativo es accesible</i></p> <p><i>Creer en mayor medida que usar el preservativo es molesto y puede ser interpretado como una falta de confianza</i></p>
LAS CHICAS RESPECTO A LOS CHICOS	<p><i>Tienen más intención de usar el casco cuando circulan como conductoras</i></p> <p><i>Creer en mayor medida que el casco es aceptado por su mejor amigo</i></p> <p>Creer en mayor medida que la mayoría de sus amigas utilizan el casco</p> <p><i>Se perciben más autoeficaces para usar el casco cuando circulan como conductoras o como acompañantes</i></p>	<p><i>Tienen más intención de usar el preservativo con pareja estable y pareja ocasional</i></p> <p><i>Creer en mayor medida que el preservativo es aceptado por su mejor amigo y por su mejor amiga</i></p> <p>Se perciben más autoeficaces para negarse a mantener relaciones sexuales desprotegidas con pareja estable y con pareja ocasional</p>	<p><i>Tienen más intención de usar el preservativo con pareja ocasional</i></p> <p><i>Se perciben más autoeficaces para usar el preservativo con pareja ocasional</i></p>

	<p><i>Creen en mayor medida que usar el casco es efectivo para evitar lesiones en caso de accidente</i></p> <p><i>Están más preocupadas por tener un accidente</i></p>	<p><i>Creen en mayor medida que los demás tienen mayores probabilidades de contagiarse con el VIH</i></p> <p>Creen en mayor medida que usar el preservativo será práctico y sensato</p>	<p><i>Creen en mayor medida que usar el preservativo es efectivo para evitar el sida</i></p> <p>Se sienten más vulnerables a tener un embarazo</p> <p><i>Creen en mayor medida que los demás tienen mayores probabilidades de contagiarse con el VIH</i></p> <p><i>Están más preocupadas por tener un embarazo</i></p>
--	--	---	--

8

DISCUSIÓN

8.1. DISCUSIÓN SOBRE LAS VARIABLES CONDUCTUALES

Los resultados obtenidos en esta investigación indican que **tres cuartas partes** de los adolescentes de la muestra **han circulado los últimos treinta días en ciclomotor**, siendo los chicos los que más han utilizado este vehículo. Alrededor de **una cuarta parte** de los participantes informan haber tenido **relaciones sexuales durante los últimos treinta días**, sin encontrar diferencias entre géneros.

Los resultados sobre el **uso del ciclomotor** coinciden con los datos encontrados por la Dirección General de Tráfico (2003) en un estudio con ciclomotoristas de entre 14 y 20 años y corrobora que el ciclomotor es un medio de transporte muy utilizado por los jóvenes españoles.

El uso del ciclomotor entre los adolescentes también es una práctica extendida en otros países del sur de Europa como Italia, Francia, Grecia y Portugal (António, Matos, Horta, 2006) y países asiáticos (Dandona y Mishra, 2004; Lin et al., 2003).

En estos países, al igual que en España, el uso del ciclomotor se ve favorecido por el buen clima. También se relaciona con el hecho de que es un medio de transporte económico, tanto en su adquisición como por su consumo y mantenimiento, un vehículo fácil de estacionar y que permite la circulación aún en casos de aglomeraciones de tráfico (Faberri, Martuzzi y Pirrani, 2004).

Además, los adolescentes atribuyen connotaciones positivas a la conducción de un vehículo motorizado (DGT, 2003b). El ciclomotor permite una mayor movilidad, lo cual da la posibilidad de acceder a muchas oportunidades sociales, económicas y educativas. Por otro lado, y bajo la llamada “cultura de la velocidad”, con el

ciclomotor el adolescente conoce las primeras sensaciones de aceleración sin esfuerzo físico y de multiplicación de la potencia y velocidad (Gasull y Cabrera, 1996).

Por otra parte, los adolescentes que circulan en ciclomotor, especialmente los varones, son considerados un grupo de riesgo ya que, en comparación con otros grupos de edad, son los que presentan mayor accidentalidad con graves consecuencias asociadas (Goldenbeld, Twisk y Craen, 2004; Lin et al., 2003; Rundmo y Iversen, 2004).

Los resultados de nuestro estudio muestran que **no hay diferencias en el uso del ciclomotor en función de la edad**. Así pues, es una práctica generalizada a partir de los 14 años.

Esta situación se ha modificado recientemente ya que el 25 de enero de 2008 el consejo de ministros aprobó un Real Decreto por el que se modifica parcialmente el Reglamento General de Conductores a fin de incrementar la seguridad en las vías públicas. Entre otras medidas, la nueva normativa aumenta en un año la edad mínima exigida para poder conducir un ciclomotor (que pasa de los 14 a los 15 años) y dos años la edad mínima necesaria para transportar pasajeros (que pasa de los 16 a los 18 años). Además, para acceder a un permiso de conducción de motocicletas será necesario realizar un doble examen teórico (incluyendo preguntas sobre seguridad vial) y práctico para obtener la licencia a cualquier edad (DGT, 2007). La normativa entró en vigor el 1 de septiembre de 2008.

En relación a la práctica de **relaciones sexuales**, los resultados son similares a los hallados por otros autores en muestras españolas de escolares adolescentes. Gascón, Navarro, Gascón, Férula de Torres, Jurado y Montes (2003) en una muestra de 893 adolescentes, de los que un 48% eran varones, con una media de edad de 17,16 (dt=1,6 años), encuentran que el 22,9% de estos habían mantenido relaciones sexuales completas. Robledo, López, de Jaén, Sánchez, del Río y Barrera (2007) encontraron en un estudio con 475 adolescentes (57,7% mujeres), de edades comprendidas entre los 15 y 18 años (media = 16,46;dt= 1), que el 28,3% informaba haber tenido relaciones sexuales con penetración.

Sin embargo, estos porcentajes son superiores cuando se analizan adolescentes de otras culturas o se estudian poblaciones jóvenes de más edad. Por ejemplo, en el estudio realizado por Cassamo (2004) con una muestra de 632 jóvenes (edad media=

17,5; dt=1,89) estudiantes de secundaria de Mozambique, el porcentaje de participantes que informaron haber tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días fue de un 52,7%. Asimismo, en el estudio realizado por Gómez (2006) con estudiantes universitarios se encontró que entre los menores de 21 años el 58% de chicos y el 41% de chicas habían tenido relaciones sexuales completas alguna vez a lo largo de su vida, los porcentajes se incrementaron hasta el 89% en el caso de los hombres y hasta el 82% en el caso de las mujeres cuando se trataba del rango de edad comprendido entre los 21 y los 25 años.

A la vista de estos datos, podemos suponer que si bien la mayoría de los jóvenes de esta muestra no habían tenido relaciones coitales recientemente, probablemente porque muchos de ellos todavía no han iniciado su actividad sexual, en un plazo de 6 años la mayoría serán sexualmente activos. Cabe comentar que en nuestro trabajo preguntábamos si habían mantenido relaciones sexuales en los últimos 30 días y no si en alguna ocasión las habían tenido. Tampoco se especificaba qué tipo de relación sexual, aunque al parecer entendieron que se trataba de sexo con penetración ya que a la pregunta “En la última relación sexual con penetración ¿utilizaste el preservativo?” contestaron los mismos participantes que indicaron haber mantenido relaciones sexuales en los últimos treinta días.

En la presente investigación, **la mayoría de los sujetos que han mantenido relaciones sexuales en los últimos treinta días, tienen entre 15 y 16 años.** Estos resultados coinciden con los datos aportados por otros estudios que fijan alrededor de estas edades el inicio de la actividad coital en adolescentes (Mesa et al., 2004; Moreno et al., 2002). Como indican otras investigaciones (Gómez, 2006; López, Cochón, Comas, Andreu, Aguinaga y Navarrete, 2005) realizadas con población universitaria, a partir de los 19 años se incrementa considerablemente, el porcentaje de jóvenes que indican haber mantenido relaciones sexuales completas, que se sitúa alrededor del 80%.

La iniciación más precoz de un buen número de adolescentes implica una mayor exposición a los riesgos por carecer muchas veces a esas edades de suficiente información y de habilidades de gestión responsable de la conducta (MSC, 2006) y apoyan la necesidad de aplicar programas de prevención temprana, en población escolarizada. Estas intervenciones, para que sean efectivas deben implementarse preferentemente antes de que tenga lugar la conducta de riesgo dado que es más fácil

instrumentar conductas saludables que tratar de modificar patrones de conducta ya establecidos (Givaudan y Pick, 2005).

Los resultados relativos a las **diferencias inter-género** encontradas en el **uso del ciclomotor** en los adolescentes de nuestra muestra coinciden con lo hallado en diferentes estudios en adolescentes y con población general y no se limitan al uso del ciclomotor sino también a otros vehículos (DGT, 2007; Fuentes, 2007; Twisk, 2007). Fuentes (2007) encuentra que el 66,3% de los adolescentes de su muestra que tenían licencia para conducir ciclomotor, eran chicos y sólo el 33,7% chicas. Otro dato de este mismo estudio es que el 23,4% de los chicos conducen a diario un ciclomotor mientras que este porcentaje se reduce a un 6,9% de las chicas. Según las estadísticas de la Dirección General de Tráfico (2007) las licencias expedidas para la conducción de ciclomotores en la provincia de Girona durante el 2005, 3000 (64,3%) corresponden a hombres y 1.665 (35,7%) a mujeres. Twisk (2007) por su parte, en un estudio realizado con jóvenes europeos de edades comprendidas entre los 15 y los 34 años, también halló que los varones conducen vehículos (entre ellos el ciclomotor) con mayor frecuencia que las mujeres.

Estas diferencias podrían relacionarse con el hecho de que los varones tienen mayor tendencia a asumir riesgos y buscar sensaciones que las mujeres (Twisk, 2007). Además la sensación de velocidad y libertad experimentada al conducir un ciclomotor culturalmente parece tener más atractivo para los varones que para las mujeres, sin olvidar que para los chicos la conducción de un vehículo motorizado otorga un cierto estatus dentro del grupo de amigos y en algunas ocasiones puede ser motivo de éxito (Jané, 2007).

En esta misma línea Pérez-Díaz y Rodríguez (2007) exponen que los varones corren más riesgos y están más preocupados por su estatus en los grupos de varones de referencia (amigos, trabajo, chicos del barrio, etc.). Según estos autores la práctica de comportamientos de riesgo otorga un determinado prestigio ya que es percibido por los pares como signo de confianza en uno mismo y de capacidad. Farthing (2005, en Pérez-Díaz y Rodríguez, 2007) en un estudio experimental puso de manifiesto que los varones valoran bastante más que las mujeres el que alguien de su propio sexo se muestre dispuesto a arriesgar su integridad física.

En lo que se refiere a la **ausencia de diferencias inter-género en la experiencia sexual de los adolescentes**, coincidimos con lo informado en la encuesta internacional a escolares HBSC-2002 (Ministerio de Sanidad, 2004) y los resultados de del Informe de la Juventud en España (I.J.E, 2004). Estos resultados parecen indicar una tendencia a la equiparación entre sexos de los adolescentes españoles en su experiencia sexual, debido fundamentalmente al incremento del número de chicas que tienen relaciones sexuales coitales a edades tempranas. A diferencia de lo observado en años anteriores (MSC, 1990), donde un porcentaje superior de chicos (20%) que de chicas (11%) informaban tener experiencia sexual en la actualidad parece ser que en ambos géneros se han igualado. No obstante hay que señalar que, podría existir un sesgo de género en las respuestas emitidas en las ocasiones anteriores, en los varones podría estar interviniendo la propensión a la exageración sobre sus logros sexuales en la búsqueda del reconocimiento social por parte de sus iguales y entre las mujeres todo lo contrario: la negación de su experiencia sexual (Gómez, 2006; MSC, 2006).

Una vez identificado el porcentaje de jóvenes que circula en ciclomotor y que mantiene relaciones sexuales otro objetivo del presente estudio es conocer **la frecuencia con la que usan el casco y el preservativo**.

La mayor parte de los adolescentes del estudio utilizan el casco cuando circulan en ciclomotor y los sexualmente activos el preservativo cuando mantienen relaciones sexuales, sin observarse diferencias en función del género. Aún así **2 de cada 10 adolescentes no utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor y 4 de cada 10 no usaron el preservativo durante la última relación sexual**, a pesar de la evidencia empírica de que ambas medidas reducen los riesgos de consecuencias negativas para la salud y en el caso del casco está establecida la obligatoriedad de su uso por ley desde 1992.

Por lo que se refiere al **uso del casco** y partiendo de la base de que el uso correcto de esta medida preventiva es el método por excelencia para reducir la gravedad de la lesiones cerebrales en caso de accidente (OMS, 2006), podemos afirmar que al menos una quinta parte de la muestra, están practicando una conducción arriesgada que les puede llevar a sufrir consecuencias graves para su salud o en casos más extremos la muerte. Aunque la mayoría de jóvenes en la actualidad reconoce la eficacia y el papel protector del casco (Dirección General de Tráfico, 2003), vemos que

no todos lo utilizan, y que, en ocasiones, lo emplean pero de manera incorrecta (Fuentes, 2005).

Nuestros resultados coinciden con los encontrados en otras investigaciones con población adolescente escolarizada (Cunill, et al., 2004; Fuentes, 2005), pero no con los informados por la Dirección General de Tráfico (2003) que muestran que en torno al 60% de los conductores de ciclomotores menores de 18 años utilizan el casco correctamente cuando circulan en ciclomotor. Estas diferencias podrían ser debidas al hecho de que en nuestro estudio se preguntaba si habían utilizado el casco la última vez que circularon en ciclomotor en los últimos treinta días pero no se especificaba si el uso era correcto o no, por lo que aún podría ser mayor el colectivo de jóvenes de nuestra muestra que no se protegen adecuadamente cuando circulan en un ciclomotor.

Tampoco coinciden con los resultados de otros estudios (Hundley et al., 2004; León y Hernández, 2004) cuyo objetivo es establecer una relación entre fracturas craneoencefálicas y uso del casco en población general. León y Hernández (2004) encuentran que el 58,8% de los 108 accidentados españoles que formaban parte de la investigación llevaban puesto el casco en el momento del accidente, frente el 69,2% de uso de este dispositivo encontrado por Hundley et al., (2004) en una muestra de 9.769 accidentados. Una explicación de esta diferencia podría ser por un lado el sesgo de deseabilidad social inherente al uso de autoinformes en la recogida de información y por otro el hecho de que en esos dos estudios los participantes eran personas accidentadas mientras que en presente estudio se trata de adolescentes escolarizados usuarios de vehículos.

Por otro lado, el último estudio de la DGT (2007b) sobre el uso del casco observado en usuarios españoles de ciclomotor muestra que el 93,9% lo utilizan por carretera y el 90,8% por zona urbana. Estos datos ponen de manifiesto que entre los adolescentes el uso del casco está menos generalizado que en la población general.

En cuanto al **uso del preservativo** en sus relaciones sexuales, y teniendo en cuenta que el uso correcto y sistemático del preservativo es el único método efectivo para proteger del VIH y de otras E.T.S. en personas que tienen relaciones sexuales con penetración (ONUSIDA, 2006), poco más de la mitad de los participantes sexualmente activos de este estudio se protegieron adecuadamente frente a la infección por vía

sexual de estas enfermedades, la última vez que tuvieron relaciones sexuales en los treinta días anteriores a la recogida de los datos. El resto, mantuvo una actividad sexual desprotegida que les puso en riesgo de infecciones de transmisión sexual y/o propiciar embarazos no deseados si no utilizan otras medidas anticonceptivas.

Estos resultados son diferentes a los obtenidos en investigaciones anteriores realizadas con adolescentes, observándose un aumento de los jóvenes que no emplean el preservativo. Los datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2004) indican que un 80% de los escolares de entre 12 y 17 años encuestados informan haber utilizado el preservativo en la última relación sexual, aunque el grupo de 15 a 16 años fue el que presentó menores porcentajes de uso. Asimismo, Mesa et al., (2004) encuentran que un 17% de los adolescentes (edad media de 16,4 años) de su muestra no utilizan el preservativo en sus relaciones con penetración.

Estas diferencias apoyarían la tendencia observada en algunos estudios respecto a que se está dando cierta relajación en el uso de esta medida preventiva relacionada probablemente con la disminución en la percepción del riesgo de transmisión de VIH y que podría estar ligada al hecho de considerar el sida, más que como una sentencia de muerte, como una enfermedad crónica más (Parras, 2000; Planes et al., 2007).

Los resultados del presente estudio indican que no existen **diferencias inter-género en el uso del casco** y son similares a los hallados por Fuentes (2005; 2007) y por Cunill et al., (2004), pero difieren de los encontrados por otros autores (López, 2003) según los cuales las mujeres utilizan el casco en mayor medida que los hombres.

En nuestro estudio no hemos encontrado diferencias **intergénero en relación al uso del preservativo**. Estos resultados coinciden con los aportados por otros estudios realizados con población adolescente (Robledo et al. 2007) y con muestras de universitarios de los primeros cursos de carrera (Planes, Gras y Soto, 2002; Gras et al., 2000), pero difieren de los hallados en otras investigaciones realizadas tanto con muestras españolas (Comas et al., 2003; Gascón et al. 2003; Lameiras et al., 2004; Ochaíta y Espinosa, 2003) como con adolescentes mozambiqueños (Cassamo; 2004), donde se observa que los chicos informan utilizar con más frecuencia que las chicas este método de protección.

Cuando **comparamos el uso autoinformado del casco y del preservativo**, en la submuestra que ha tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días, encontramos

que más de la mitad de estos participantes coinciden en el uso o en el no uso de ambas medidas. Aún así, ni en los chicos ni en las chicas existe relación significativa en el uso de ambas medidas. En esta submuestra el uso del casco es menos frecuente (7 de cada 10 adolescentes) que el la muestra total (8 de cada 10 adolescentes) y no difiere significativamente de la frecuencia de uso del preservativo (6 de cada 10 adolescentes).

A pesar de que diversos autores (Ferguson y cols, 2001; Harré et al., 2000; Hirsch, 2003) sugieren que la práctica de un comportamiento de riesgo o de prevención no se da de forma aislada, es decir que asumir más o menos riesgo podría formar parte del estilo de vida característico de cada adolescente, en este estudio no se halla una relación positiva significativa entre las dos conductas estudiadas.

Debemos destacar que, para garantizar la protección el casco y el preservativo deben utilizarse *siempre*. En nuestro estudio no disponemos de esta certeza dado que evaluamos el uso de estas medidas preventivas en un momento concreto (la última vez que circuló en ciclomotor o la última relación sexual). No obstante, se dispone de información de la conducta autoinformada de los participantes en una situación que suponemos representativa de su conducta habitual.

8.2. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS LA INTENCIÓN CONDUCTUAL

Los adolescentes que tienen mayor **intención de uso del casco y del preservativo** son los que respectivamente utilizaron estas medidas la última vez que circularon en ciclomotor y que mantuvieron relaciones sexuales. Para ambas conductas es superior la intención de uso en las chicas.

Además, la intención de uso del casco, es mayor en los conductores que en los acompañantes y, en el caso de la intención de uso del preservativo, es mayor cuando se trata de mantener relaciones sexuales con una pareja ocasional, respecto a la pareja actual.

Estos resultados estarían en la línea de lo expuesto por la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen i Fishbein, 1980) en el sentido de que la intención de realizar una conducta se relaciona con la puesta en práctica de la misma.

Por otro lado, es de esperar que si una persona ya realiza un determinado comportamiento, a no ser que se presenten acontecimientos imprevistos, su intención será la de continuar realizándolo. Estos resultados avalan la importancia de tener una determinada conducta establecida como un hábito.

Por lo que se refiere a la mayor **intención de uso del casco** cuando se **conduce** un ciclomotor que al circular como **acompañante** este resultado iría en la línea de los resultados de Fuentes (2005). Esta autora en su estudio sobre el uso del casco en adolescentes gerundenses, encuentra un porcentaje superior de jóvenes que utilizan el casco entre los conductores (80%) que entre los pasajeros (60%). Esta misma autora en otro estudio posterior (Fuentes, 2007) también halla que más conductores de ciclomotores (84%) que acompañantes (74%) usan el casco correctamente.

Esta diferencia podría relacionarse con el hecho de que el conductor es el dueño del vehículo y es más probable que disponga de casco. En ocasiones los adolescentes suben a un ciclomotor de acompañantes de modo imprevisto y sin disponer de este dispositivo preventivo. Esta idea es apoyada por los resultados de Fuentes (2007) quien halló que el principal motivo autoinformado de no uso del casco entre los adolescentes que circulan en ciclomotor como pasajeros era el no tener uno disponible en el momento de subir a la moto. Ante esta situación algunos autores proponen acciones preventivas como distribuir entre los conductores de ciclomotor cascos gratuitos para que los lleven de manera obligatoria dentro del maletero de la moto para que los utilicen los eventuales pasajeros (Lajunen y Räsänen, 2004).

Existe una mayor **intención de usar el preservativo** con una **pareja ocasional** que cuando la **pareja es estable**, parece ser que el empleo del condón se relaciona inversamente con el grado de conocimiento o confianza con la persona con la que se mantienen relaciones sexuales (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Estos datos concuerdan con los encontrados en diferentes investigaciones que indican que el uso del preservativo entre los jóvenes está más vinculado a las relaciones casuales que a las consideradas estables, probablemente porque perciben un mayor riesgo frente al contagio del VIH, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazo en el primer

tipo de relación (Bayés et al.1995; Espadalé et al., 2004; Gómez, 2006; Gras et al., 2000; Planes et al., 2006).

En general, se observa cierta relajación en la intención de uso del preservativo cuando la pareja es estable. En el caso de las mujeres este hecho podría relacionarse con que, a diferencia de los varones, tienden a mantener relaciones sexuales con una pareja estable de mayor edad (Herrera y Campero, 2002) con la que utilizan otros tipos de métodos (sobre todo la píldora) con el objetivo de prevenir el embarazo. Pero ¿qué ocurre con la probabilidad de contagio de enfermedades de transmisión sexual?

En este sentido un aspecto a considerar es el riesgo que comporta la práctica de la “monogamia serial” – mantener relaciones sexuales con parejas sucesivas a las que se mantienen fidelidad mientras dura la relación- (Bayés, 1995) ya que el joven se siente seguro por el hecho de conocer a la pareja (aunque la relación dure pocas semanas y no conozca su historia sexual previa) y perciben menos peligro que cuando se trata de mantener relaciones sexuales con una pareja desconocida.

Se ha intentado explicar la amplia prevalencia de la monogamia serial atendiendo a que los sujetos que la practican posiblemente se sienten protegidos porque se ven a sí mismos como no promiscuos y fieles a sus sucesivas parejas, y confían en el afecto y la honestidad de éstas (Planes et al., 2000). Pero como se ha puesto de relieve en varios estudios (Cochran y Mays 1990; Planes et al., 2000), ante un hipotético caso de infidelidad esporádica, un gran número de sujetos reconocen que no se lo dirían a sus parejas. También Desiderato y Crawford (1995) constatan que menos de la cuarta parte de los estudiantes que han tenido múltiples parejas sexuales se muestran dispuestos a comunicárselo a su pareja actual, así como a informarla sobre fallos en el uso del preservativo con parejas anteriores.

Más chicas que chicos dicen estar seguras de que van a utilizar **el casco** cuando circulen en ciclomotor, sobretodo en el caso de conducir este vehículo. Cabe decir que esta información no se ve reflejada en su conducta, ya que el porcentaje de chicas que utilizaron el casco la última vez que circularon en moto es igual al porcentaje de chicos que hicieron uso de esta medida preventiva.

Parece ser que, en general, las mujeres conductoras tienen más intención de realizar comportamientos prudentes que los hombres (Bina et al., 2006; Harré et al., 2000; López, 2004b) pero esta intención no siempre se traduce posteriormente en una

conducta más preventiva. Esta discrepancia entre los resultados podríamos atribuirla por una parte a una cuestión de deseabilidad social, que podría no afectar por igual en las mujeres a la información dada sobre la conducta y sobre la intención. En este sentido nos planteamos que puede ser más fácil que se produzca este sesgo cuando se pregunta por la intención, dado que al ser una predisposición a realizar una conducta futura se pueden tener “buenas intenciones” de llevarla a cabo (aunque cuando llegue el momento de realizarla no se haga), pero en cambio cuando se pregunta por la conducta realizada la respuesta socialmente deseable podría favorecer el sesgo o la mentira premeditada.

Por lo que se refiere a las **diferencias inter-género** en la **intención de uso del preservativo**, también las chicas están más seguras que los chicos de que cuando tengan relaciones sexuales utilizaran el preservativo. Esto podría deberse al hecho de que ellas son las que arriesgan más cuando mantienen una relación sexual desprotegida. Las jóvenes son más vulnerables por su biología a una doble amenaza: a un embarazo no deseado (y en consecuencia al posible aborto en condiciones de riesgo o asumir la responsabilidad de un bebé) y a las enfermedades de transmisión sexual (Isis internacional, 2001).

Otro motivo de mayor vulnerabilidad de la mujer ante el VIH se relaciona con el hecho de que muchas mujeres monógamas han sido infectadas con el VIH por sus parejas estables, al mantener éstas relaciones con múltiples parejas, prostitutas o ser usuarios de drogas por vía intravenosa (O’leary, 1999; Velasco, 2005).

Nuestros resultados difieren de los encontrados por Cassamo (2004), en el sentido de que las chicas mozambiqueñas de su muestra informan menor intención de uso del preservativo con la pareja actual que los chicos, en cambio no hay diferencias entre géneros cuando la pareja es ocasional.

Al igual que sucede con el casco, a pesar de que las chicas presentan mayor intención de utilizar el preservativo que los chicos, no encontramos esta diferencia cuando se evalúa la conducta, es decir, cuando se pregunta por el uso del preservativo en la última relación sexual.

Cuando **comparamos las cuatro situaciones de intención de uso de ambas conductas** encontramos que los participantes presentan puntuaciones medias más elevadas en primer lugar en la intención de uso del preservativo con una pareja

ocasional, en segundo lugar en la intención de uso del casco si conducen un ciclomotor, en tercer lugar en la intención de usar el preservativo con una pareja ocasional y en último lugar en la intención de usar el casco si circulan como acompañantes. Por otra parte, cuando analizamos las diferencias entre ambos comportamientos encontramos diferencias significativas en relación a que la intención de usar el casco como conductor es mayor que la de utilizar el preservativo con una pareja estable y la intención de usar el preservativo si la pareja es ocasional es mayor que la de utilizar el casco si se circula como acompañante.

Existe una relación positiva moderada entre la intención de uso del casco y del preservativo en todas las situaciones analizadas (conductor-acompañante/ pareja estable-pareja ocasional).

8.3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LAS CREENCIAS SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO POR PARTE DE LOS PRINCIPALES REFERENTES

La mayoría de adolescentes de la muestra creen que usar el casco al circular con un ciclomotor y usar el preservativo cuando se tienen relaciones sexuales son conductas bien aceptadas por parte de los principales referentes (padre, madre, mejor amigo /amiga) y en el caso del preservativo también por las parejas.

La **creencia en la aceptación** de la medida preventiva por parte de los progenitores y del mejor amigo/a se relaciona de manera positiva con el uso del casco pero no con el uso del preservativo que está asociado únicamente con la aceptación por parte de la pareja (ocasional/estable).

Estos resultados van en consonancia con lo expuesto en el modelo de Bayés (1995). De acuerdo con este modelo el comportamiento aprobatorio o desaprobatorio del entorno social por lo que respecta al uso de una medida preventiva puede ser relevante en el momento de decidir si ponerla en práctica o no. Nuestros resultados también irían en la línea de la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) en el sentido de que las normas subjetivas son un determinante, en este caso, de la intención de realizar un comportamiento preventivo. Así pues, tendremos tendencia a

practicar determinadas conductas de salud si creemos que éstas son aceptadas por los referentes más próximos.

En relación a la **creencia sobre la aceptación del uso del casco** por parte de los principales referentes y su relación positiva con el uso del casco, los resultados hallados concuerdan con los de otras investigaciones (Coron, MacLaughlin y Dorman, 1996; Everett, Price, Bergin y Groves, 1996) en las que se concluye que la actitud positiva de los amigos hacia el uso del casco, cuando se circula en bicicleta, influye en la decisión de utilizarlo en población adolescente.

En relación al uso del preservativo sólo encontramos relación positiva entre la utilización de esta medida preventiva y la creencia en la **aceptación del preservativo** por parte de la pareja (estable u ocasional).

Nuestros resultados coinciden con los encontrados por otros autores (Cassamo, 2004; Planes et al., 2007; Smith y Stasson, 2000) en el sentido que las normas percibidas favorables al uso del preservativo por parte de la pareja actual se relacionan con su empleo. Además si el uso de preservativo es visto favorablemente por otras parejas también es mayor la probabilidad de que se haya utilizado en la última relación sexual.

Los resultados de nuestra investigación son diferentes a los comunicados por Planes y Gras (2002) quienes en un estudio con estudiantes universitarios encontraron que los jóvenes que habían utilizado el preservativo en su última relación sexual creían que su uso era aceptado, en mayor medida, por la amiga y el amigo más cercanos que aquellos que no lo emplearon. Mientras que no observaron ninguna relación con las creencias percibidas sobre la aceptación del uso del preservativo por parte de la pareja actual o de otras parejas.

También difieren de los presentados por Maticka-Tyndale (1991) con una muestra universitaria americana. Esta autora encuentra que la única influencia significativa en el uso autoinformado del preservativo por parte de varones fue el número de amigos que ellos creían que lo empleaban. En las mujeres, además de esta variable, también influían diversas actitudes respecto a su utilización.

Estos resultados corroboran la idea de que la utilización del preservativo está sujeta a las presiones y normas de las posibles parejas, en tanto, que la práctica del coito implica necesariamente la participación de otra persona. En principio, dadas las

características de nuestra muestra, población adolescente, podríamos pensar que dentro del colectivo de amigos/as también se encuentran las parejas pero también puede darse el caso de que éstas no formen parte de su círculo de amistades.

No se observan **diferencias inter-género sobre la aceptación del casco** por parte de los principales referentes, excepto en el caso de los amigos varones, donde se constata que las chicas creen que ellos lo aceptan en mayor medida que los chicos.

Parece ser que los chicos de nuestra muestra perciben a los padres y a la mejor amiga como más preventivos en lo referente al uso del casco que a los amigos varones. Estos resultados no son de extrañar si tenemos en cuenta que los datos objetivos indican que los jóvenes varones cometen más imprudencias en la conducción y las tasa de accidentalidad vial son superiores en este grupo (Twisk, 2007).

Por lo que se refiere a las **diferencias inter-género sobre la creencia en la aceptación del preservativo**, encontramos que las chicas creen, en mayor medida que los chicos, que su mejor amigo y amiga aceptan el uso del preservativo, sin hallar diferencias respecto a la creencia sobre la aceptación del preservativo por parte de progenitores o parejas.

Nuestros resultados concuerdan con los resultados de Cassamo (2004) respecto a que las chicas creen, en mayor medida que los chicos, que el preservativo es aceptado por parte de los amigos/as. A diferencia de nuestros hallazgos este autor encuentra que los jóvenes varones mozambiqueños creen, en mayor medida que las jóvenes, que su madre y su pareja actual aceptan el uso del preservativo.

En la misma línea, los resultados del estudio de Lameiras, et al., (2004) apuntan que las chicas sexualmente activas dan importancia a la opinión de los iguales sobre los métodos anticonceptivos.

Si se **compara la aceptación** por parte de los diferentes referentes evaluados, en el caso del casco creen que es la madre la que más lo acepta, seguida del padre, la mejor amiga y el mejor amigo. En el caso del preservativo, creen que lo aceptan en mayor medida la mejor amiga, seguida por la pareja estable, el mejor amigo, la madre, la pareja ocasional y el padre.

Estos resultados podrían explicarse quizás por el hecho de que los adolescentes probablemente hablen más del uso del casco con sus padres y del preservativo con los amigos y la pareja.

Cuando **comparamos el grado de aceptación del casco y del preservativo** encontramos que en relación a la aceptación por parte de los progenitores, los chicos creen que el casco es aceptado en igual medida que el preservativo por su padre y por su madre. En cambio las chicas, creen que el uso del casco es más aceptado que el uso del preservativo tanto por el padre como por la madre.

Estos resultados podían indicar que las interacciones respecto al uso del casco del padre y de la madre son similares con los chicos y con las chicas. Pero en el caso del preservativo nos preguntamos si los progenitores quizás tratan más este tema con ellos ya sea porque acepten mejor las relaciones sexuales de un hijo que de una hija o porque consideran que es el varón quien debe ponerse el preservativo, o bien los mensajes que dan son diferentes. Estudios recientes (M.S.C, 2006) ponen de manifiesto que, en general, los padres/madres no hablan de sexualidad con sus hijos/as a pesar de que la comunicación abierta con las figuras parentales es un factor de protección contra conductas de riesgo sexual (Romero de Castilla et al., 2001)

Cuando nos referimos a la aceptación de estas medidas por parte del mejor amigo y de la mejor amiga, los adolescentes de la muestra creen que el preservativo es más aceptado que el casco por ellos y por ellas. En general las chicas consideran que hay mayor aceptación por parte de los principales referentes (padre, madre, mejor amigo y mejor amiga) de estas dos medidas preventivas que los chicos. Los resultados encontrados por otros autores, como se ha expuesto anteriormente van en la línea de estos resultados (Cassamo, 2004; Lameiras et al., 2004).

Tanto en chicos como en chicas se observa una intensa relación positiva respecto a las creencias de sus dos progenitores sobre el uso del casco, de manera que si creen que el padre lo acepta tienden a creer que la madre lo hace o a la inversa. Lo mismo sucede en el caso del preservativo. En cambio, en los chicos no existe relación (en el caso de la madre) o ésta es muy débil (en el caso del padre) en la creencia en la aceptación de las dos medidas, de modo que creer que la madre o el padre acepta por ejemplo el casco, no supone que se crea que acepte el preservativo. En las chicas se observan relaciones positivas moderadas entre la creencia en la aceptación de las dos medidas por parte del padre y también de la madre.

Por lo que se refiere a la relación entre las creencias de su mejor amigo y amiga, encontramos que entre los chicos existe interrelación positiva respecto a las creencias de los amigos/as sobre el uso del casco y del preservativo. En cambio la relación es poca en la creencia de las dos medidas. Por su parte, entre las chicas encontramos una relación intensa en la creencia sobre la aceptación del uso del casco y del preservativo por parte de la mejor amiga. El resto de correlaciones son moderadas.

8.4. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS RELATIVOS A LAS CREENCIAS SOBRE EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO POR PARTE DE LOS PRINCIPALES REFERENTES

La **creencia sobre el uso** del casco que hacen los referentes estudiados, se asocia con el uso del casco autoinformado, excepto el uso por parte de la mayoría de amigas en el caso de los chicos. Sólo para las chicas la creencia sobre el uso del preservativo que hacen los amigos y la amigas se relaciona con el uso autoinformado de ambas medidas. En el caso del preservativo no se preguntó a los participantes sobre la creencia en el uso de este profiláctico por parte de los padres ya que se consideró que era una cuestión que la mayoría probablemente desconocería y podría generar incomodidad.

La **influencia de los padres** en la puesta en práctica de comportamientos de riesgo o de prevención por parte de los hijos ha sido ampliamente estudiada (Bianchi y Summala, 2004; Ferguson et al., 2001). Concretamente en investigaciones sobre el **uso del casco**, Fuentes (2005) encuentra que en el caso de circular como acompañante (pero no como conductor) existe relación entre el uso del casco por parte del adolescente y la creencia sobre el uso que realizan sus progenitores. En un estudio posterior (Fuentes, 2007) encuentra relación entre el uso autoinformado del casco por parte de los adolescentes y el uso que creen que hacen sus familiares excepto en el caso de las chicas cuando circulan como pasajeras. Khambalia, MacArtur y Parkin (2005) hallan en un estudio observacional sobre el uso del casco cuando se circula en bicicleta, con una muestra de 2.094 niños de ambos géneros de edades comprendidas entre los 5 y los 14 años, que existe una estrecha relación entre el uso del casco que hace el adulto y el que hace el niño/a que le acompaña. Así pues, el 95% de los niño/as que circulaban en bicicleta acompañados de un adulto que

llevaba casco, utilizaron esta medida preventiva en comparación con el 41% que lo utilizaba yendo acompañados de un adulto sin casco.

En estudios sobre el uso del cinturón de seguridad basados en autoinformes se encuentra que el uso de esta medida preventiva por parte de jóvenes conductores, adolescentes y niños también se relaciona con el uso que hacen sus progenitores (Chiliaoutakis et al., 2000; Cunill et al., 2004; Cunill et al., 2005; Shin, Hong y Waldron, 1999). Asimismo, se ha hallado concordancia entre la accidentalidad y las sanciones de tráfico de padres e hijos (Ferguson et al., 2001).

Aunque los resultados de este estudio no permiten conocer el sentido de la relación la hipótesis más plausible sería la que se deriva del modelo de Bandura (1987) respecto al modelado de la conducta. De ser así, los padres tendrían una importante oportunidad para influir en el comportamiento vial de sus hijos ya sea a través del proceso de socialización de la familia, de su propia conducta como usuarios de las vías públicas y de sus acciones cuando el adolescente obtiene la licencia de conducción (p.e: supervisando, imponiendo restricciones en su conducción, etc.) (Bianchi y Summala, 2004; Ferguson et al., 2001). Esto tendría varias implicaciones en las intervenciones dirigidas a prevenir la conducta de riesgo adolescente, en el sentido, de que los programas preventivos no deberían dirigirse exclusivamente al joven, también podrían realizarse programas de entrenamiento para que los padres pudieran influir de forma positiva en la conducta de sus hijos (Ary et al., 1999).

Son diversos los estudios que ponen de manifiesto **el papel de los amigos/as** en la adopción del comportamientos de prevención. Fuentes (2007) encuentra que los adolescentes conductores de ciclomotor de su muestra que creen que la mayoría de sus amigos/as utilizan el casco cuando circulan en moto, usan el casco con mayor frecuencia que aquellos que creen que sus amigos no lo utilizan. En la misma línea Lajunen y Räsänen, (2001) encontraron que el uso del casco al circular en bicicleta está relacionado con la utilización de esta medida de seguridad por parte de los amigos. Estos mismos resultados se han encontrado con niños (Jacques, 1994; Khambalia et al., 2005), adultos (Dannenberg, Coté, Kresnow, Sacks, Lipsitz, Schmidt, 1993) y universitarios (Everett et al., 1996). En la misma línea, Shin et al., (1999) hallaron que un buen predictor del uso del cinturón de seguridad es el uso de esta medida preventiva por parte de los amigos.

En relación a las diferencias inter-género encontradas en función del uso de la medida preventiva y partiendo de la Teoría socio-comportamental de Bandura (1987), estos resultados nos indican que para los chicos, el uso del casco por parte de sus amigas y del preservativo por parte de amigos/as, no parecen ser un modelo a imitar.

La pregunta que se nos plantea es ¿por qué para los chicos, el uso del casco por parte de las amigas y del preservativo por parte de amigos/as no se relaciona con el uso autoinformado de estas medidas y en cambio en las chicas sí?

Parece ser que para las chicas tanto ellos como ellas son un modelo a seguir, en ambos comportamientos. En cambio para los chicos por lo que respecta al uso del casco, ellas no lo son. Esto parece lógico si pensamos que durante la adolescencia los chicos necesitan reafirmar su identidad varonil y diferenciarse del comportamiento vial de ellas. En el caso del preservativo, como se ha visto en el apartado anterior, es la pareja quien tiene un mayor peso.

No existen **diferencias inter-género**, por lo que se refiere a la creencia en el uso del casco que hacen los amigos y las amigas. Tampoco encontramos diferencias entre chicos y chicas, en la muestra total ni entre los participantes sexualmente activos, por lo que respecta a la creencia sobre el uso del preservativo que hacen el mejor amigo y la mejor amiga.

Cuando **comparamos las creencias sobre el uso del casco y del preservativo por parte de los amigos** encontramos que más de nueve de cada diez adolescentes creen que estos usan el preservativo pero sólo 6 de cada diez creen que usan el casco. Si tenemos en cuenta que, a diferencia del uso del casco, utilizar el preservativo es una conducta privada y la prevalencia de uso autoinformado por los adolescentes de la muestra es probable que éstos estén sobreestimando el uso de esta medida por parte de sus amigos.

8.5. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LAS EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

Los adolescentes que **se sienten capaces de utilizar siempre el casco**, ya sea cuando circulan como conductor o como acompañante, son los que en mayor

proporción informaron haberlo utilizado la última vez que circularon en un ciclomotor. En cambio, no encontramos relación entre la **expectativa de autoeficacia para utilizar siempre el condón** (con una pareja estable/ o con una pareja ocasional) y el uso de esta medida durante el último coito. La **expectativa de autoeficacia para negarse a mantener relaciones sexuales desprotegidas** tampoco se relaciona con el uso autoinformado del preservativo.

Los resultados **relativos al uso del casco** concuerdan con los hallados por otros autores (Von, Elbert, Ngamvitroj, Park y Kang, 2004) que examinan diferentes comportamientos preventivos (protegerse del sol, hacer una dieta equilibrada, no fumar, no consumir bebidas alcohólicas, hacer deporte) en el sentido de que las expectativas de autoeficacia para realizar dichas conductas saludables están estrechamente asociadas con su puesta en práctica.

En relación a las **expectativas de autoeficacia para usar el preservativo**, nuestros resultados discrepan de los expuestos en otras investigaciones (Heather, 1998; Parsons, Halkitis, Bimbi y Bokowski, 2000) en las que ponen de manifiesto el papel predictor de la autoeficacia percibida por parte de adolescentes y jóvenes universitarios en el empleo reciente del preservativo. También difieren de lo encontrado por Cassamo (2004) quien halló que los jóvenes mozambiqueños de su muestra que utilizaron el preservativo en su última relación sexual informan de mayor autoeficacia en su uso con una pareja ocasional.

Por lo que se refiere a las **expectativas de autoeficacia para negarse a mantener una relación sexual desprotegida**, nuestros resultados concuerdan con los de Cassamo (2004) respecto a que no hay relación entre la capacidad de negarse a mantener relaciones sexuales desprotegidas con una pareja estable y el uso del preservativo en la última relación sexual pero discrepan de lo encontrado en el caso de que la pareja sea ocasional: este autor halla que los participantes que utilizaron el preservativo se sienten más capaces de rechazar una relación sexual desprotegida con una pareja ocasional que los que no lo utilizaron.

Por otra parte sí se han hallado diferencias entre las expectativas de autoeficacia para utilizar siempre el preservativo y para negarse a mantener una relación sexual desprotegida, en función de si la **pareja es ocasional o estable**, de manera que los participantes se perciben más autoeficaces cuando se trata de una pareja ocasional que cuando ésta es estable.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en diversas investigaciones realizadas con estudiantes universitarios y de secundaria (Bayes et al., 1995; 1996; Espadalé et al., 2004; Gras et al., 2000; Lameiras, 1997; Lameiras y Failde, 1997; Planes, et al., 1999; 2000; 2006). Parece ser que el uso del preservativo por parte de los jóvenes está más vinculado a las relaciones casuales que a las consideradas más estables, probablemente debido a que perciben un mayor riesgo frente al contagio del VIH y otras E.T.S. en una relación ocasional. Tal y como indican Bayés et al., (1996) y Planes et al., (1999), paradójicamente muchos jóvenes se sienten protegidos practicando la “monogamia serial”- mantener relaciones sexuales con parejas sucesivas de las que se desconoce su estado de salud y a las que se mantienen fidelidad mientras dura la relación- y sólo ven el peligro cuando se trata de mantener relaciones con una persona desconocida.

En relación a las **diferencia entre géneros** en la expectativa de autoeficacia para usar el casco: las chicas se sienten más capaces que los chicos de utilizar siempre el casco ya sea como conductoras o como acompañantes.

Estos resultados van en la línea de los encontrados por Parker et al., (1992) sobre otros comportamientos de riesgo viales. Estos autores encuentran que los hombres ven de forma menos negativas las infracciones de tráfico que las mujeres y se sienten menos capaces que ellas de no exceder los límites de velocidad o de no conducir si han consumido bebidas alcohólicas.

Si analizamos las **diferencias inter-género en relación a las expectativas de uso del preservativo**, no encontramos diferencias en la muestra global, pero vemos que entre los participantes sexualmente activos, las chicas presentan expectativas de autoeficacia para usar el preservativo más elevadas en la situación de pareja ocasional y los chicos cuando se trata una pareja estable.

Estos resultados difieren de los encontrados en diferentes investigaciones. Planes (1995) con una muestra de universitarios en los que analizó la capacidad percibida para conseguir que una pareja estable usara el preservativo, observó que ésta era superior en las mujeres (77,3) que en los hombres (60,6). Posteriormente Gómez (2006) en un estudio sobre la negociación del uso del preservativo con universitarios encuentra que las chicas (75%) se sienten en mayor medida que los chicos (58,9%) totalmente capaces para proponer el empleo de uso del preservativo a su pareja estable.

Si nos centramos en las **expectativas de autoeficacia para negarse** a mantener una relación sexual desprotegida, las chicas, de la muestra total, se sienten más capaces de negarse ya sea con una pareja estable u ocasional que los chicos. Aunque las chicas de la submuestra de participantes sexualmente activos también se muestran más eficaces que los chicos para negarse a mantener relaciones desprotegidas, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Estas mismas diferencias inter-género en las creencias de autoeficacia han sido informadas por varios autores. En la investigación de Planes (1995) las puntuaciones referentes a las expectativas para negarse a mantener relaciones sexuales sin protección de las mujeres (63,6) eran superiores a las de los hombres (49,3). Por su parte Gómez (2006) y Murphy et al., (2001) también encuentran que ellas se sienten más autoeficaces que ellos para rechazar explícitamente el coito sin protección.

Una posible explicación de las diferencias encontradas sería la que exponen Navarro-Pertusa y Ubillos (2003) en una investigación en la que se analizan los motivos que se atribuyen a ambos géneros para no rechazar el coito desprotegido y observan que el principal motivo por el que las chicas acceden a tener una relación no protegida es la implicación afectiva, mientras que en el caso de los varones, lo que prima es “no dejar pasar la oportunidad” y los aspectos físicos del encuentro sexual, como el placer y la excitación sexual.

Entre los participantes sexualmente activos no se han encontrado diferencias en función del género, en todos los casos cuando la pareja es ocasional la autoeficacia percibida para negarse a mantener relaciones sexuales sin protección es superior que cuando la pareja es estable.

Algunos autores (Bimbela, 2002; Bimbela y Maroto, 2003; Megías, Rodríguez, Méndez y Pallarés, 2005; Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003; Navarro-Pertusa y Ubillos, 2003) sugieren que estas pautas desiguales entre géneros podrían estar relacionadas con el rol que nuestra sociedad tradicionalmente asigna al hombre y a la mujer. En diferentes estudios se pone de manifiesto que en el “reparto de responsabilidades” en las relaciones sexuales, se espera que el chico tome la iniciativa e intente llegar “lo más lejos posible” y que la chica ponga los límites, además ella debe ser quien proponga el empleo de las medidas preventivas necesarias y la que en mayor medida diga “no” a un encuentro sexual de riesgo.

Los resultados relativos a la **comparación de las expectativas de autoeficacia para usar el casco y el preservativo** muestran que la autoeficacia se relaciona más con la situación que con el tipo de medida preventiva: en el caso del casco la autoeficacia es mayor entre los conductores que entre los acompañantes y por lo que se refiere al preservativo es superior cuando se trata de una pareja ocasional respecto a una pareja estable.

8.6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LAS EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

Los participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor creen, en mayor medida que los que no lo hicieron, que **el casco es efectivo** para evitar lesiones graves en caso de accidente, que no es igual de efectivo usarlo desatado que atado para evitar lesiones o la multa y que es necesario usarlo al circular por ciudad. También encontramos relación entre la **creencia en la efectividad del preservativo** para evitar el contagio del VIH y el embarazo no deseado con el uso autoinformado de esta medida entre los **participantes sexualmente activos**, aunque difieren según el género: los chicos que usaron el preservativo en su última relación sexual creen en mayor medida que aquellos que no lo usaron que éste es efectivo para evitar el contagio del virus del sida. Entre las chicas no existen diferencias en función del uso. Por lo que se refiere a la efectividad del preservativo para prevenir embarazos, las chicas que lo utilizaron creen que es más efectivo que las que no lo hicieron, pero entre los chicos se invierte la tendencia.

Estos resultados concuerdan con las predicciones de diferentes modelos: según el Modelo de Creencias de Salud (1975) percibir un beneficio por utilizar el casco o el preservativo incrementaría la probabilidad de uso; la teoría de la Acción Razonada (1980), considera que una variable relevante para predecir la conducta o la intención de conducta son unas expectativas de resultados positivos; de acuerdo con la Teoría de la Cognición Social de Bandura (1977) las expectativas de resultado positivas funcionan como incentivos para la acción.

Diferentes estudios sobre la práctica de conductas viales preventivas encuentran resultados contradictorios por lo que respecta a la relación entre la creencia en la efectividad del casco y su uso. Por un lado, nuestros resultados concuerdan con la investigación de Fuentes (2007) sobre el uso del casco donde halla relación entre la

creencia sobre la efectividad del casco y su uso regular. Cunill et al., (2005) en un estudio sobre el uso del cinturón de seguridad con una muestra de 500 adolescentes observan que aquellos participantes que no utilizaron el cinturón de seguridad en los últimos treinta días creen en menor medida, que aquellos que lo utilizaron, que este dispositivo es efectivo para evitar lesiones graves o la muerte en caso de accidente.

Sin embargo, otros estudios, en el ámbito de la seguridad vial encuentran que la mayoría de participantes creen que los dispositivos de seguridad vial (casco y cinturón) son efectivos sin que esta creencia condicione su uso (Cunill, 2001; Fuentes, 2005; Gras, et al., 2007).

Por lo que se refiere a la necesidad de utilizar el casco por ciudad, nuestros resultados podrían relacionarse con los encontrados por Fuentes (2007) respecto a que el principal motivo que indican los adolescentes para no utilizar el casco es que el trayecto sea corto. En esta línea un estudio de la DGT (2003) concluye que las distancias recorridas por los adolescentes que no llevan casco son menores que las recorridas por los que llevan el casco correctamente puesto, observándose una media de 8,4 Km recorridos versus 16,5 Km. Parece ser que muchos adolescentes no utilizan el casco porque circulan por zonas urbanas con trayectos cortos (D.G.T.2003c), y por lo tanto, no lo ven necesario. Paradójicamente, los datos aportados por el Servei Català de Trànsit (2006) muestran que en Catalunya el 93,3% del total de accidentes de ciclomotor se producen en zonas urbanas.

Algunos estudios sobre el uso de otros dispositivos de seguridad vial también van en la misma línea. Block (2001) encuentra que, en población general americana, realizar un trayecto corto se informa como motivo de no uso del cinturón de seguridad. Cunill et al., (2004) también observaron que los participantes de su estudio (398 estudiantes universitarios) que no utilizaron el cinturón de seguridad consideraban que éste no era efectivo cuando se circula a 40 Km/h, por lo tanto no veían su uso necesario por ciudad.

Otro aspecto a tener en cuenta es que, tal y como apunta la DGT (2003) muchos jóvenes utilizan el casco por la posibilidad de sanción. Según sus estadísticas, el 18,5% de los conductores y el 22% de los pasajeros de ciclomotor que circulan por vía urbana llevan el casco por miedo a ser sancionados y no porque se trate de una medida preventiva. Si el motivo principal de uso es evitar la sanción no es necesario

usarlo correctamente (atarlo) ya que con sólo ponérselo en la cabeza generalmente se puede superar el control policial.

Por lo que se refiere a la relación entre **la creencia en la efectividad y el uso del preservativo** nuestros resultados concuerdan en parte con los hallados por Cassamo (2004) según los cuales los adolescentes que han tenido relaciones sexuales y usaron el condón consideraron esta medida profiláctica más eficaz para evitar el contagio del VIH que los que no lo usaron. En nuestro estudio esta relación sólo la encontramos en los chicos.

Planes y Gras (2002) por su parte, en un estudio con 84 estudiantes universitarios (90,2% mujeres), no observaron diferencias significativas entre los jóvenes que habían utilizado el preservativo y los que no lo hicieron por lo que se refiere al grado de eficacia que atribuyen al preservativo para evitar la transmisión del VIH. Resultados que coinciden con los del presente estudio en que, entre las chicas, la creencia en la efectividad del preservativo para evitar el sida no determina el uso de esta medida profiláctica, lo que no sucede cuando se evalúa la relación entre el uso del preservativo y la creencia en la efectividad de éste para evitar un embarazo.

En relación a las **diferencias inter-género en las expectativas de resultado sobre el uso del casco**, las chicas creen, en mayor medida que los chicos, que el casco es efectivo para evitar lesiones graves pero que no lo es su uso incorrecto y que es necesario usarlo por ciudad.

Los resultados sobre una mayor creencia en la efectividad de la medida preventiva por parte de las chicas discrepan de los de Fuentes (2005) quien no encontró diferencias entre géneros. En un estudio posterior la misma autora (Fuentes ,2007) halló que los chicos que circulaban como acompañantes creían que utilizar el casco era más efectivo que las chicas.

En cambio nuestros resultados concuerdan con los hallados por otros autores en estudios sobre el cinturón de seguridad (Calisir y Letho, 2002; Cunill et al., 2005).

Cuando se estudia la **creencia en la efectividad del preservativo en la muestra total** los resultados referente a las diferencias inter-género son diferentes de los encontrados en la submuestra de sujetos sexualmente activo, en el sentido de que no

no existen **diferencias entre chicos y chicas** en relación al grado de efectividad atribuido al preservativo.

Otro resultado que se desprende de nuestro estudio es que los participantes de la muestra general consideran que **el preservativo es más efectivo para evitar el sida que para evitar un embarazo no deseado**.

En principio, si se hace un uso correcto de este profiláctico, sería igual de efectivo para prevenir el embarazo que para prevenir el contagio de una enfermedad de transmisión sexual (AMFAR, 2005). Este resultado podría verse mediado por el hecho de que, en el caso de rotura del preservativo, la probabilidad de contagio del VIH es menor que la probabilidad de embarazo no deseado, al menos en este contexto (Departament de Sanitat, 2003; 2004). Otro aspecto a tener en cuenta, sería el hecho de que, en la actualidad, la mayoría de campañas dirigidas a promover el uso del preservativo están enfocadas desde la prevención del contagio del VIH y no se hace alusión a su efectividad para prevenir embarazos no deseados. En este sentido la información difundida podría estar sesgada por el interés predominante de las autoridades sanitarias de prevenir la pandemia entre los jóvenes.

Nuestros resultados coinciden con los encontrados en otros estudios con jóvenes catalanes. Planes y Gras (2002) hallaron que chicos y chicas valoraban la eficacia del preservativo para evitar el contagio del VIH de forma similar. Planes et al., (2004) en una muestra de 119 adolescentes tampoco encontraron diferencias en función del género en relación a la efectividad percibida del preservativo para evitar el sida.

En cambio discrepan de los datos obtenidos en el estudio de Cassamo, Gras y Planes (2005), donde las chicas mozambiqueñas creen, en mayor medida que los chicos, que usar el preservativo es una conducta eficaz para evitar la transmisión sexual del virus del sida.

Es importante que los jóvenes posean información adecuada sobre la protección que ofrece el uso correcto del casco y del preservativo, y además de conocerla puedan interiorizarla como una creencia y le otorguen el valor suficiente como para que motive la acción. No hay que olvidar, que para que los jóvenes puedan tomar decisiones libres y responsables, es condición necesaria, aunque como diría Bayés (1995) no suficiente, el que posean información completa sobre las consecuencias del no uso de las medidas de protección ("Puede que sea molesto pero te puede salvar la vida en

caso de accidente” “Puede que sea incómodo pero puede evitar la transmisión del VIH”).

Los resultados referentes a la **comparación de ambas medidas preventivas** indican que los chicos creen que el preservativo es más efectivo para evitar un embarazo no deseado y para evitar el contagio del sida que el casco para evitar lesiones graves. Las chicas, en cambio, creen que el casco es más efectivo para evitar lesiones que el preservativo para evitar embarazos no deseados o evitar el contagio del VIH.

Así pues, las chicas tienen creencias más preventivas relacionadas con la moto y los chicos relacionadas con el sexo.

Los resultados en relación a la creencia en la efectividad de otras medidas preventivas para evitar el contagio del VIH o el tener un embarazo no deseado, también examinada en este estudio, se analizan a continuación.

En relación a la **creencia sobre la efectividad de las píldoras anticonceptivas**, encontramos que la mayoría de los adolescentes conocen su utilidad para evitar un embarazo pero no para evitar el contagio del VIH. Encontramos diferencias entre géneros en relación a que los chicos creen que las pastillas son más efectivas para evitar el contagio del VIH que las chicas y ellas creen en mayor medida que ellos que lo son para evitar un embarazo no deseado.

Estos resultados nos hacen pensar que quizás las chicas disponen de una mejor información respecto a este método, probablemente debido al hecho de que en el caso de utilizarlo son ellas las principales implicadas.

Por lo que se refiere a la **creencia en la efectividad de la “marcha atrás”** los participantes creen que es más efectivo para evitar un embarazo que la transmisión del virus del sida, y en ambos casos son los chicos los que creen en su efectividad en mayor medida que las chicas.

Según datos aportados por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2004) el 13% de los adolescentes (15 a 18 años) informaron haber utilizado la “marcha atrás” para prevenir un embarazo la última vez que tuvieron relaciones sexuales completas.

8.7. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LA PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

No encontramos relación entre la **vulnerabilidad propia percibida** a sufrir un accidente de moto y el uso del casco, pero sí entre la **percepción de vulnerabilidad propia a contagiarse con el VIH o a tener un embarazo no deseado** y el uso autoinformado del preservativo, en el sentido de que los chicos que utilizaron preservativo en su última relación sexual se sienten más vulnerables al contagio del VIH que los que no lo usaron aunque, entre las chicas la tendencia se invierte. Por lo que se refiere al embarazo, las chicas que hicieron uso de esta medida se sienten más vulnerables al embarazo que aquellas que no lo hicieron, mientras que entre los chicos la tendencia se invierte.

Cuando se evalúa la probabilidad percibida de sufrir un accidente de tráfico, en general, los participantes de este estudio creen que es baja, es decir, no se sienten vulnerables a sufrir un accidente de circulación. Este resultado concuerda con lo expuesto en el Modelo de Vulnerabilidad de Weinstein (1987): tenemos tendencia a sentirnos poco vulnerables frente a los posibles acontecimientos desagradables.

La percepción de invulnerabilidad ante un problema de salud, también conocida como “**sesgo optimista**” u “**optimismo poco realista**” sería mayor en aquellas situaciones de las que no se tiene **experiencia previa** y/o que se perciben como más **controlables**. La percepción de control también puede estar sesgada: tendemos a creer, la mayoría de las veces falsamente, que controlamos totalmente una situación o que nuestro control es superior al real.

Desde la perspectiva del modelo de Weinstein, ¿qué sentido tiene realizar conductas prudentes si nos sentimos prácticamente invulnerables a sufrir un accidente? ¿Para qué nos vamos a poner el casco que amortigua la gravedad de las lesiones en caso de accidente, si creemos que “no vamos a tener un accidente”?

El hecho de que, en muchas ocasiones, nuestras conductas de riesgo no se traduzcan en consecuencias negativas de ningún tipo (por ejemplo: que las repetidas trasgresiones de las normas de circulación no acaben en accidente) puede propiciar su continuidad ya que dichas conductas llamadas de “riesgo” probablemente han

producido sólo consecuencias inmediatas agradables a sus practicantes y el posible efecto disuasorio del peligro anunciado se ha diluido provocando al trasgresor una falsa sensación de seguridad. Es decir, el hecho de que la mayoría de adolescentes tengan poca o nula experiencia en accidentes podría hacer que su percepción individual de riesgo fuera baja mostrando cierto sesgo respecto al que sería el riesgo real (Blaeiij y Vuuren, 2003).

Estos resultados concuerdan con los hallados en otras investigaciones con universitarios (Cunill, 2001; Gras, 1994), donde se constata la existencia de una baja percepción de riesgo en relación a tener un accidente. En un estudio realizado por la DGT (2003) con una muestra de 395 adolescentes (edades entre los 14 y 20 años) usuarios habituales de ciclomotor, encuentran que la mayoría de ellos no considera peligroso el uso del ciclomotor y atribuyen a los conductores de turismos la mayor responsabilidad de los accidentes de tráfico.

No obstante, en contra de los planteamientos del modelo de Weinstein (1987) la percepción de vulnerabilidad no predice el uso del casco de los adolescentes de la muestra.

Por lo que se refiere a la **percepción de vulnerabilidad propia a infectarse con el virus del sida o a tener un embarazo no deseado** y su relación con el uso autoinformado del preservativo, resultan sorprendentes las diferencias entre chicos y chicas. ¿Por qué las predicciones en función de las percepciones de vulnerabilidad se cumplen sólo en los chicos respecto al VIH y sólo en las chicas por lo que se refiere al embarazo?

Quizás estos resultados podrían relacionarse con la percepción de riesgo. Según diversos estudios (Gascón et al., 2003; Robledo et al., 2007) muchas mujeres inician sus relaciones sexuales con una pareja estable, aparentemente sana, de modo que es probable que se sientan más vulnerables a un posible embarazo que a contagiarse con el virus del sida, en cambio los varones tienden a iniciar sus relaciones con personas hasta ese momento desconocidas y de forma ocasional. En este sentido, los adolescentes varones, ante un coito con una pareja ocasional, se pueden plantear en mayor medida la posibilidad de transmisión sexual del VIH y la vinculan a un mayor riesgo de contagio (Gras et al., 2000; Lameiras et al., 2002).

Otro estudio que reforzaría esta idea sería el realizado por Blitchtein et al., (2002) con una muestra de 755 mujeres adolescentes de Perú (edad media= 16,4; dt= 0,49). Estos autores encontraron que un 88,3% de las adolescentes con vida sexual activa no percibía riesgo de contagiarse con una E.T.S en su actual vida sexual y un 26% no consideraba el condón como una forma de evitar el contagio del VIH.

Nuestros resultados estarían en consonancia con los encontrados en diferentes investigaciones con adolescentes (Espadalé, et al., 2005; Lameiras et.al., 2004) y con universitarios (Gómez, 2006). Espadalé et al., (2005) en una muestra de 108 estudiantes de edades comprendidas entre 17 y 18 (58,3% mujeres) encontraron que un 40,7 % de los ellos no pensó en el sida cuando se plantearon la posibilidad de continuar o no una relación sexual sin utilizar el preservativo. Además, de acuerdo con nuestros resultados, más chicos que chicas pensaron en el sida. La mayoría de chicos y chicas que no pensaron en el sida sí que tuvieron presentes los embarazos.

Los participantes de la muestra total que hemos examinado se sienten igual de vulnerables al contagio del VIH que a tener un embarazo no deseado, en cambio la submuestra de adolescentes sexualmente activos **se siente más vulnerable a tener un embarazo que a contagiarse con el VIH**. Esta percepción se ajusta a las probabilidades reales de que ocurra una u otra cosa, es decir es más probable que en nuestro contexto una joven sexualmente activa se quede embarazada a que se produzca un contagio del virus del sida (Departament de Salut, 2003; 2004).

Lameiras et al., (2004), al analizar los motivos de uso del preservativo a lo largo de la vida sexual activa de un grupo de adolescentes escolarizados con una media de edad de 19 años, hallaron que más de la mitad usaban esta medida con la finalidad de evitar ETS y embarazos no deseados, una quinta parte de la muestra de ambos sexos lo utilizaban exclusivamente para prevenir embarazos, y tan sólo el 6,3% de los chicos y ninguna chica lo usaban únicamente para prevenir ETS.

En la misma línea Gómez (2006) encuentra que al preguntarles a los participantes de su estudio por los argumentos para justificar el empleo del preservativo, muy pocos mencionan razones que hagan alusión a la protección exclusiva de enfermedades de transmisión sexual, mientras que son bastantes los que únicamente se refieren el control de la natalidad. En este sentido, parece que para muchos jóvenes el empleo

del preservativo está asociado a la anticoncepción, más que a la prevención de posibles infecciones de transmisión sexual.

Cuando **comparamos los diferentes tipos de percepción de vulnerabilidad propia estudiados**: vulnerabilidad a sufrir un accidente de moto, a tener un embarazo no deseado y a contagiarse con el VIH, observamos que los adolescentes de ambos sexos creen que la probabilidad de sufrir un accidente de moto es superior que la de infectarse con el VIH, o de tener un embarazo no deseado.

Si nos fijamos en la prevalencia de estas problemáticas entre la población adolescente vemos que en España, en 2005 se registraron 12.460 abortos en chicas de 15 -19 años (Instituto Nacional de la Mujer, 2006), en 2004 8.242 adolescentes de 14-17 años se vieron implicados en un accidente de tráfico, de los cuales 4.413 fueron conductores de ciclomotor (INTRAS y Línea Directa, 2005) y finalmente el número de jóvenes (15-19 años) diagnosticados de sida desde el inicio de la epidemia hasta 2004 es de 423 (Bermúdez y Teva, 2004). Conviene tener en cuenta que el periodo de incubación de la enfermedad (que puede estimarse en unos 10 años de media) hace que la tasa de incidencia de casos de sida en este intervalo de edad tenga sólo un valor relativo como indicador de la seroprevalencia (Bimbela y Maroto, 2003). Más significativo resulta el hecho de que en el global de casos registrados hasta 2005 (72.099), más de la mitad (50,5%) se diagnosticaron en personas de entre 25 y 34 años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), lo que indica que buena parte de dicha población se contagió precisamente durante la adolescencia.

Esta mayor percepción de vulnerabilidad a los accidentes de tráfico por encima de los embarazos y del sida podría explicarse también por el diferente trato que reciben estas problemáticas en los medios de comunicación. Es habitual escuchar en los informativos o ver en los diarios publicadas las elevadas tasas de siniestralidad vial y su referencia explícita a los jóvenes como colectivo de riesgo. En cambio, se escucha hablar de la problemática del sida de manera ocasional y en la población en general y muy pocas veces se hace referencia a la cantidad de embarazos no deseados y abortos que sufre la población adolescente.

Cuando pedimos a los participantes que evalúen **la probabilidad de otras personas de sus mismas características de tener un accidente de moto, de contagiarse**

con el VIH o de tener un embarazo no deseado, en todos los casos creen que ésta es mayor que la suya.

Estos resultados constatan una vez más la existencia del llamado “sesgo optimista” (Weinstein, 1982; 1987). Según este autor cuando las personas comparamos nuestro riesgo a sufrir un trastorno de salud con el riesgo de nuestros iguales tendemos a considerar que nuestras probabilidades son menores que las de los otros.

Por lo que se refiere al **sesgo optimista en el caso de sufrir un accidente de moto** nuestros resultados irían en consonancia con los hallados por Gras (1994) en una muestra de estudiantes universitarios (edad media=23,38; Dt= 4,72): la mayoría de conductores consideran que conducen mejor, y que sus posibilidades de tener un accidente de tráfico son menores que la de los otros conductores. En la misma línea Dandona, Kumar y Dandona (2006) en un estudio realizado con población general en la India con 4.183 conductores de vehículos de dos ruedas, encuentran que el 20,5% de los participantes informan que nunca utilizan el casco y dan como principal motivo el hecho de que “ellos son buenos conductores”.

Otros autores han hallado resultados similares en la conducción de vehículos. Alsinet, Pérez y Agulló (2003) encuentran que en el caso de los accidentes de tráfico los chicos perciben a los otros como los causantes de estas situaciones problemáticas.

Aunque muchos conductores consideran como arriesgadas determinadas situaciones, se comportan frente a ellas como si no existiera riesgo alguno. Rumar (1988) trata de explicar este fenómeno al distinguir entre dos tipos de riesgo percibido: el riesgo colectivo y el riesgo individual. A nivel colectivo conducir se considera una actividad arriesgada, pero individualmente cada sujeto no percibe este riesgo cuando circula con su propio vehículo. Según este autor, al evaluar el riesgo colectivo cada conductor tiene en cuenta la magnitud de la pérdida (número de muertos al año) mientras que al evaluar el riesgo personal tiene en cuenta su historia particular, en otras palabras como indican Summala y Näätämen (1988), los comportamientos que practicamos de forma habitual y siempre o casi siempre con éxito no suelen parecernos arriesgados: nos hemos adaptado subjetivamente al riesgo.

En relación al **sesgo optimista a contagiarse con el VIH** también se han realizado estudios donde se constata un sesgo de infravaloración del propio riesgo en comparación con el de los otros. Por ejemplo, Font-Mayolas, Oliveras, Gras y Planes

(1998) observaron que un 35,2% de estudiantes universitarios informaban que sus posibilidades de infectarse con el VIH eran nulas aunque no hicieran ningún tipo de prevención. En otras investigaciones (Bayés, Pastells y Tuldrà, 1995;1996; Espadalé, et al., 2004; Gras et al., 2000; Lameiras, 1997, Lameiras y Failde, 1998; Planes et al., 1999; 2000, Planes et al., 2006) se ha comprobado que muchos jóvenes se sienten muy poco vulnerables respecto al contagio con el VIH, aún en aquellos casos en los que realizan prácticas de riesgo como la monogamia serial.

Por lo que se refiere a la **percepción de vulnerabilidad vicaria**, es decir, la creencia sobre las probabilidades de otras personas de sus mismas características de sufrir un accidente de tráfico, contagiarse con el VIH o tener un embarazo no deseado no hemos encontrado relación con el uso autoinformado de las medidas preventivas estudiadas excepto en el caso de la **percepción de vulnerabilidad vicaria al embarazo**: los participantes que utilizaron el preservativo en la última relación sexual creen que las personas de sus mismas características tienen mayores probabilidades que ellos de tener un embarazo no deseado.

Suponiendo que el uso del preservativo en la última relación sexual represente la conducta habitual, los participantes que usaron esta medida preventiva presentarían un nivel de riesgo personal muy bajo ya que al realizar la conducta preventiva la probabilidad de sufrir el problema es reducida, por tanto creer que las probabilidades de los demás son superiores a las propias sería un sesgo optimista realista. Aún así, este resultado nos podría indicar que están pensando en las acciones preventivas que realizan ellos mismos y no tienen en cuenta las que hacen los otros. Parecen olvidar que en igualdad de circunstancias (uso/no uso de medidas preventivas), su riesgo personal es similar al de los otros adolescentes de sus mismas características (Weinstein, 1987)

En general, cuando se decide conducir un ciclomotor o mantener una relación sexual sin protección, de entrada no se piensa en que se puede tener un accidente y morir, o que puedes contagiarte con el VIH o que vas a tener un embarazo no deseado, en caso contrario es probable que ya no se practicara la conducta en cuestión, por el hecho de que ese pensamiento generaría un elevado nivel de ansiedad y preocupación. Este fenómeno es lo que Weinstein llama negación defensiva. En cambio, la evaluación del riesgo de "los otros" no genera ansiedad y se tiende a ser más objetivo en relación al riesgo real de accidente, contagio de VIH o embarazo no deseado.

No hemos encontrado **diferencias inter-género**, respecto a la percepción de vulnerabilidad (propia y vicaria) de tener un accidente de moto, pero si en el caso del VIH y del embarazo. En la muestra total los chicos se sienten más vulnerables al sida y al embarazo que las chicas, en cambio entre los participantes sexualmente activos, ellos se sienten más vulnerables al sida y ellas al embarazo no deseado. Por lo que se refiere al sesgo optimista, las chicas presentan mayor sesgo optimista que los chicos en relación al posible contagio del VIH, y al embarazo (este último sólo en la muestra total).

8.8. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LA PREOCUPACIÓN

Los resultados referentes a la **preocupación** indican que los participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor están más preocupados por sufrir un accidente de moto que los que no lo utilizaron. También encontramos relación entre el uso del preservativo autoinformado y la preocupación por contagiarse con el VIH o por tener un embarazo no deseado. Entre los adolescentes sexualmente activos la preocupación por el embarazo predice el uso del preservativo: están más preocupados los adolescentes que lo usaron que los que no lo usaron. En el caso de la preocupación por el sida, esta relación está mediatizada por el género: las chicas que utilizaron el preservativo y los chicos que no lo utilizaron son los que están más preocupados.

Los resultados relativos a la **preocupación por un accidente** de moto coinciden con los hallados por Fuentes (2005; 2007) en una muestra de adolescentes gerundenses, donde los participantes que informan utilizar siempre el casco están más preocupados por tener un accidente de moto que aquellos que no lo utilizan siempre.

En relación a la **preocupación por el embarazo** y el uso del preservativo, diferentes investigaciones (Espadalé et al., 2005; Melgar, Julián, Gómez, Martín, Bermejo y Bosch, 2006; Vera, Sánchez y Góngora, 2006) señalan que un elevado porcentaje de jóvenes, ante la práctica de relaciones coitales, se sienten preocupados por el embarazo no deseado. En este sentido, para muchos adolescentes el empleo del preservativo está asociado prioritariamente a la anticoncepción (Gómez, 2006; Planes, Gras y Soto, 2002).

La **preocupación por el posible contagio del virus del sida** sólo se relaciona con el uso del preservativo que hacen las chicas y coincide con lo expuesto por Melgar et al. (2006) quienes señalan que las mujeres se preocupan más que los hombres por las enfermedades de transmisión sexual.

Se observan **diferencias inter-género** en la preocupación por tener un accidente de moto: las chicas se sienten más preocupadas que los chicos. En relación a la preocupación por el contagio del VIH y por tener un embarazo no deseado, si se analiza la muestra global no se observan diferencias entre chicos y chicas. En cambio, en la muestra de participantes sexualmente activos, ellas están más preocupadas que ellos por tener un embarazo no deseado y ambos géneros se sienten igual de preocupados por el sida.

La mayor preocupación de las chicas en comparación con los chicos por tener un accidente de tráfico coincide con los resultados de los estudios de Fuentes (2005; 2007).

Melgar et al. (2006) apuntan que el sexo femenino siempre ha estado mucho más preocupado por la salud que el masculino y lo atribuyen a la influencia de la cultura. En nuestro estudio se observa esa tendencia en el caso de los accidentes de tráfico y del embarazo no deseado.

Por lo que se refiere a la mayor preocupación por un posible embarazo por parte de las chicas puede explicarse por el hecho de que las repercusiones de un embarazo no deseado siempre afectan en mayor medida a ellas que a ellos, en el sentido, de que para ellos es un problema de “responsabilidad” pero a ellas les afecta mucho más directamente (si deciden abortar son ellas las que deben pasar por quirófano, si deciden continuar el embarazo son ellas las que experimentarán los cambios en el cuerpo y tendrán que vivir el parto, etc).

Cuando **comparamos los tres tipos de preocupaciones** encontramos que los participantes se sienten menos preocupados por sufrir un accidente de moto que por contagiarse con el VIH o por tener un embarazo no deseado. Sorprende constatar que los adolescentes están menos preocupados por un problema ante el que se sienten más vulnerables (sufrir un accidente de moto) que ante los otros ante los que se perciben menos vulnerables.

Planes y Moix (1993) en una muestra de 100 estudiantes universitarios (71,1% mujeres) encontraron que cuanto más elevada era la gravedad percibida mayor era la preocupación y el interés por la prevención. En este sentido, quizás los adolescentes de la muestra no han contemplado la posibilidad de muerte o de lesiones graves en el caso de accidente de moto ya que en la pregunta del cuestionario se hacía referencia a éste de manera inespecífica, es decir, sin indicar la gravedad.

En cualquier caso estos resultados indicarían que la vulnerabilidad y la preocupación no necesariamente se relacionan entre sí, de modo que podemos sentirnos muy vulnerables a sufrir un determinado problema de salud y en cambio estar más preocupados por otro ante el que no nos percibimos tan vulnerables pero que consideramos de mayor gravedad.

8.9. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LAS ACTITUDES HACIA EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

En el presente estudio, los resultados respecto a las variables consideradas como **actitudinales** (cómodo, práctico, agradable, sensato) en relación al uso del casco cuando se circula en ciclomotor, indican que la creencia de que el uso del casco será **práctico** se relaciona con el uso autoinformado de esta medida : los que lo utilizaron la última vez creen que será práctico. La creencia en la comodidad sólo predice el uso del casco en las chicas. Por lo que se refiere a la utilización del preservativo encontramos relación con la creencia de que su uso será **sensato**, que sólo resulta predictiva en las adolescentes.

Otros estudios han hallado relación entre variables actitudinales y el comportamiento preventivo al circular con un vehículo. Por ejemplo Lajunen y Räsänen, (2004) con una muestra de 965 adolescentes (edad comprendida entre los 12 y los 19 años; 49% chicos) encuentran que las actitudes instrumentales (considerar el uso del casco como inteligente, beneficioso, bueno, etc.) predicen la intención de utilizar el casco cuando se circula en bicicleta.

Cassamo (2004) en su estudio sobre el uso del preservativo con jóvenes mozambiqueños utiliza estas mismas variables y únicamente encuentra relación entre

considerar agradable el uso del preservativo y su uso autoinformado en la última relación sexual: lo consideran más agradable aquellos que lo usaron.

Aunque como ya se ha indicado estas variables han sido utilizadas en estudios previos (Cassamo, 2004) nos cuestionamos hasta qué punto algunos de los calificativos utilizados tienen el mismo significado para todos los adolescentes lo cual iría en detrimento de la validez de las medidas.

Observamos **diferencias inter-género** respecto a la comodidad del casco: ellos creen en mayor medida que ellas que usar el casco será cómodo. Por lo que se refiere al preservativo: en la muestra total, las chicas creen en mayor medida que los chicos que utilizar el preservativo será práctico y sensato. Si se consideran únicamente los participantes sexualmente activos no se observan diferencias inter-género.

Nuestros resultados difieren con los encontrados por Fuentes (2007) ya que en su estudio más hombres que mujeres informaban como motivo de no uso del casco el considerarlo molesto.

Los datos aportados por el INE (2004) sobre el uso del preservativo irían en la misma línea ya que indican que el 36,7% de los varones piensan que su empleo "*impide sentir verdaderamente el cuerpo del otro*", creencia que sólo es compartida por el 23,4% de las mujeres. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Cassamo (2004), que encontró que usar el preservativo se percibe como poco agradable principalmente en el caso de los hombres.

Cuando hacemos la **comparación entre las dos medidas preventivas** encontramos que los adolescentes creen que utilizar el casco será más cómodo que usar el preservativo, aunque ambas creencias no están relacionadas. En cambio consideran que usar el preservativo será más agradable que usar el casco, observándose sólo una relación positiva en el caso de los chicos. Por otra parte consideran igual de práctico y de sensato el uso del casco y del preservativo, y en ambos casos existe una relación positiva entre las creencias referentes a ambas medidas de seguridad.

8.10 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LA ACCESIBILIDAD DEL PRESERVATIVO

Los resultados en relación a la accesibilidad del preservativo, muestran que no existe relación entre esta variable y el uso autoinformado de esta medida preventiva en la última relación sexual.

Cabe destacar que el acceso del preservativo cada vez está más extendido, y no se vende en exclusiva en farmacias, sino que se puede encontrar en supermercados, perfumerías y en máquinas expendedoras en discotecas, servicios o en plena calle (De la Cruz, 2006).

Aún así en los datos de la Encuesta de Salud y Hábitos sexuales (INE, 2004) se pone de manifiesto que el 32,4% de los hombres y el 25,5% de las mujeres dan como motivo para no utilizar el preservativo en la primera relación con una pareja nueva el no disponer de él en ese momento.

Por lo que se refiere a **las diferencias inter-géneros**, tanto en la muestra total como entre los participantes sexualmente activos, encontramos que los chicos informan en mayor medida que las chicas que cuando han necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos.

Esto concuerda con diferentes estudios que ponen de manifiesto que las chicas se sienten menos capaces que los chicos de comprar o llevar encima preservativos (MSC, 2006; Seoane, 2002). Según cifras del INE (2004) tanto hombres como mujeres declaran que generalmente la mujer no asume la iniciativa respecto a asegurarse de que el preservativo esté disponible: casi en tres de cada cuatro ocasiones el preservativo lo proporciona el hombre.

Así pues, a pesar de que en la sociedad actual se observa un proceso de cambio de los estereotipos sexuales asignados a los diferentes géneros sigue existiendo una importante tipificación sexual (García-Vega, Fernández y Rico, 2005), vemos como sobretodo entre las chicas, ante la situación de obtener un preservativo, aún pueden aparecer miedos tales como: “que te pillen en casa” “que te pongas colorada al pedirlos” “los de las máquinas no son de fiar”, entre otros.(De la Cruz, 2006)

Será necesario, promover la asertividad sexual entre las adolescentes (Navarro-Pertusa et al., 2003), no sólo para que digan “no” cuando no hay preservativo, sino para que asuman un papel más activo en lo que se refiere a asegurarse de la disponibilidad de los preservativos (Seoane, 2002).

8.11. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LAS CONSECUENCIAS INMEDIATAS DEL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

Nuestros resultados apuntan hacia la importancia del papel de las **consecuencias inmediatas** de la conducta en la realización de comportamientos preventivos. Encontramos relación entre el uso del casco, y la incomodidad y la posibilidad de ser sancionado. También el uso del preservativo se relaciona con la molestia, con la creencia de que “corta el rollo” y que disminuye la sensibilidad.

Tal y como han constatado otros investigadores, la percepción de inconvenientes es un factor que dificulta la puesta en práctica de comportamientos preventivos (Von, Elbert, Ngamvitroj, Park y Kang, 2004).

Estos resultados corroboran lo expuesto en el Modelo de autocontrol de Rachlin (1989) y en el Modelo de Prevención de la Enfermedad de Bayés (1995) que remarcan el papel de las consecuencias inmediatas de la conducta cuando se comparan con las demoradas. De acuerdo con estos modelos las personas tienden a realizar comportamientos que van seguidos de consecuencias positivas inmediatas- aunque sean de pequeña magnitud- en lugar de elegir conductas que conllevan consecuencias positivas de gran magnitud que aparecen de forma demorada. También prefieren comportamientos que evitan una consecuencia negativa inmediata de pequeña magnitud (como puede ser la molestia de usar el casco o el preservativo), aunque esa misma conducta pueda producir en el futuro graves efectos.

Los resultados de estudios sobre el **uso del casco** cuando se circula en ciclomotor con adolescentes españoles (Fuentes, 2005; 2007), con universitarios estadounidenses que circulan en bicicleta (Everett, et al 1996) y con población general de la India (Dandona et al., 2006) sugieren que una de las variables que diferencia a

los usuarios del casco de los que no lo usan es la **incomodidad**: los que consideran que este dispositivo es incómodo lo utilizan menos que aquellos que no experimentan molestias. Similares resultados se han hallado en estudios sobre el uso del cinturón de seguridad realizados con jóvenes españoles (Cunill, et al., 2004; 2005), griegos (Chliaoutakis, et al. 2000) y norteamericanos (Letho y James, 1997). Se pone de manifiesto una vez más que prevalece una consecuencia inmediata negativa de relativamente poca importancia, por encima de una consecuencia negativa realmente grave como pueden ser las posibles lesiones sufridas si se tiene un accidente y no se lleva puesto el casco o el cinturón.

Por lo que se refiere a la relación entre **uso del casco y la creencia en la evitación de la sanción**, nuestros resultados concuerdan con los encontrados por Fuentes (2005; 2007). En la misma línea, un estudio de la D.G.T (2003) pone de manifiesto que a partir de la implementación de la ley de obligatoriedad del uso del casco se observa un incremento en el uso de esta medida. Estudios realizados en diferentes estados norteamericanos (NHTSA, 2003; Insurance Institute, 2006) muestran que el uso del casco disminuye cuando la ley de obligatoriedad pasa de ser universal (todos los usuarios de ciclomotor deben usar casco) a ser parcial (sólo deben usar casco los menores de 21 o 18 años) o a no existir. Asimismo, otros estudios indican que, en aquellos estados donde la ley de obligatoriedad de uso del casco es universal, existen menos muertes asociadas a la conducción de motocicletas (Houston y Richardson, 2008; Morris, 2006) y las lesiones producidas son de menor gravedad (Coben, Steiner y Miller, 2007).

Un efecto similar se detecta en el caso del cinturón de seguridad: diversos autores encuentran relación entre la utilización de esta medida preventiva y la percepción de riesgo de ser sancionados (Chaudhary et al, 2004; Jorge, Martínez y Hernández, 1996).

Nuestros resultados referentes al papel de las consecuencias inmediatas del **uso del preservativo** en la puesta en práctica de esta conducta coinciden con lo encontrado por otros autores. Planes et al., (2006) ponen de manifiesto que las personas que perciben más agradable el uso del preservativo son las que con mayor probabilidad lo han empleado en la última relación sexual.

Creemos que la percepción de molestia en ambas conductas podría modificarse sensiblemente si su uso se convirtiera en un hábito. A medida que se incrementa el

uso en sucesivos viajes en ciclomotor o en sucesivas relaciones sexuales y se convierta en un hábito de conducta, posiblemente acaben desapareciendo las percepciones de desagrado y molestia, siendo incluso posible que, si se da el caso de realizar las conductas sin emplearlos, el usuario se sienta incómodo o como “que le falta algo”, lo que ya les ocurre a muchas personas, con el cinturón de seguridad.

En relación a la comparación de ambas conductas, los participantes creen que el uso del casco es más molesto que el uso del preservativo. Quizás esto estaría relacionado más que con la medida preventiva con la conducta en cuestión, circular en ciclomotor con casco no te aporta ninguna sensación de placer en cambio el mantener una relación sexual con preservativo generalmente acaba produciendo un orgasmo.

8.12. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A LOS MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INTENCIÓN DE USO Y EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

8.12.1. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS REFERENTES A LOS MODELOS PREDICTIVOS SOBRE LA INTENCIÓN DE USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

Once de las variables estudiadas predicen la **intención de uso del casco entre los conductores** de ciclomotor: el género, la percepción de riesgo vicaria, la creencia en la efectividad del casco para evitar lesiones graves en caso de accidente, la creencia sobre la efectividad del casco desatado para evitar la sanción, la expectativa de autoeficacia, la creencia de que es una medida práctica y sensata, la molestia, el hecho de que estropea el peinado, la sanción por no usarlo y la creencia sobre la aceptación del casco por parte de la mejor amiga (ver figura 8.12.1).

Así pues, tienen más intención de usar el casco aquellos conductores que son chicas, que creen que las personas de sus mismas características tienen una elevada probabilidad de tener un accidente de moto, que consideran que el casco es una medida efectiva para evitar lesiones en caso de accidente y que si se usa desatado no es efectivo para evitar la sanción, que se sienten capaces de utilizarlo siempre, que consideran que su uso es práctico y sensato, que piensan que no es un dispositivo

molesto, aunque creen que su uso estropea el peinado y que si no lo utilizan serán sancionados, y además creen que es un método preventivo aceptado por su mejor amiga.

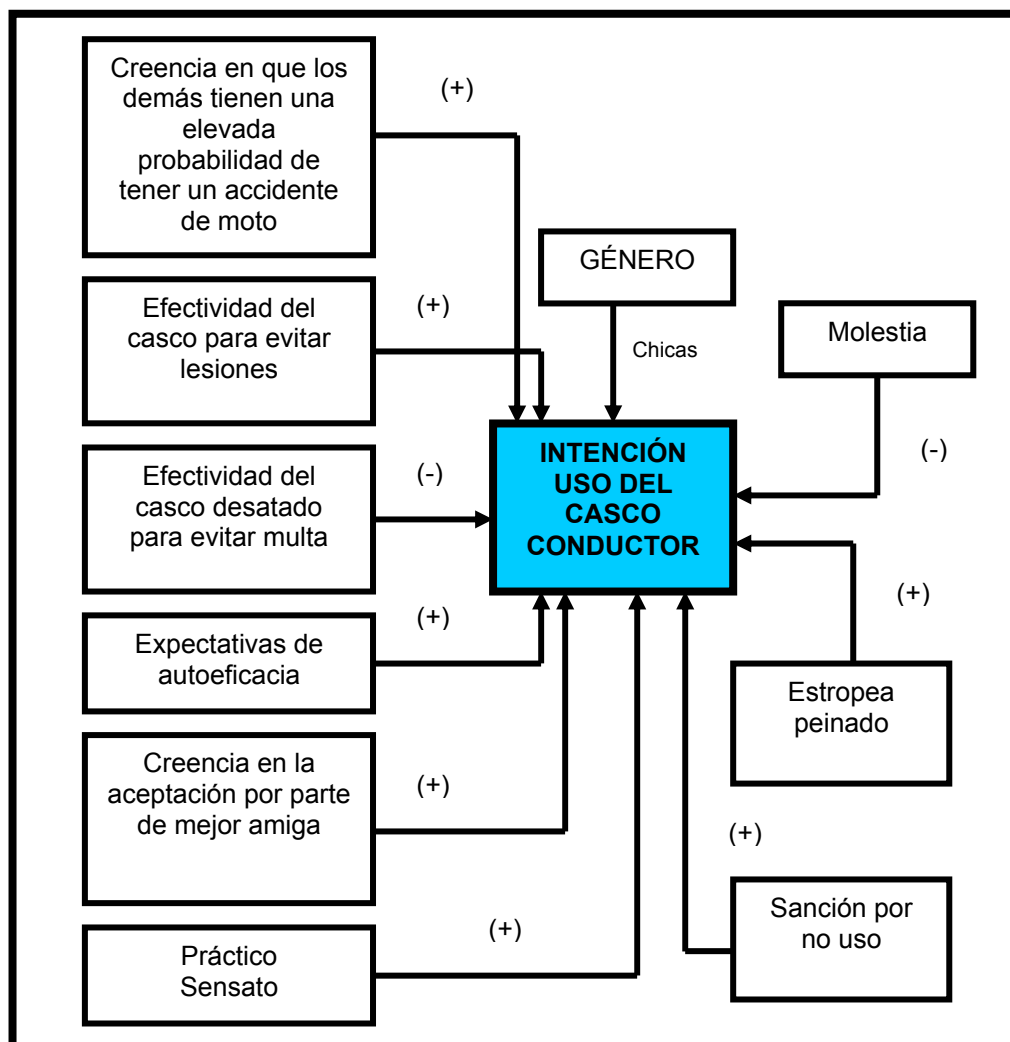


Figura 8.12.1. Variables que mejor predicen la intención de uso del casco como conductor.

En el caso de la **intención de uso del casco cuando se circula como acompañante** son el género del conductor, la creencia en la efectividad de la medida para evitar lesiones graves, la creencia sobre la efectividad del uso del casco desatado para evitar lesiones y las expectativas de autoeficacia, las variables con mayor poder predictivo (ver figura 8.12.2.)

En este sentido aquellos adolescentes que tienen mayor intención de utilizar el casco cuando circulan en ciclomotor como acompañantes son chicas, creen que el uso

correcto de casco evita lesiones graves en caso de accidente pero no es efectivo si se usa desatado y se sienten capaces de utilizarlo siempre.

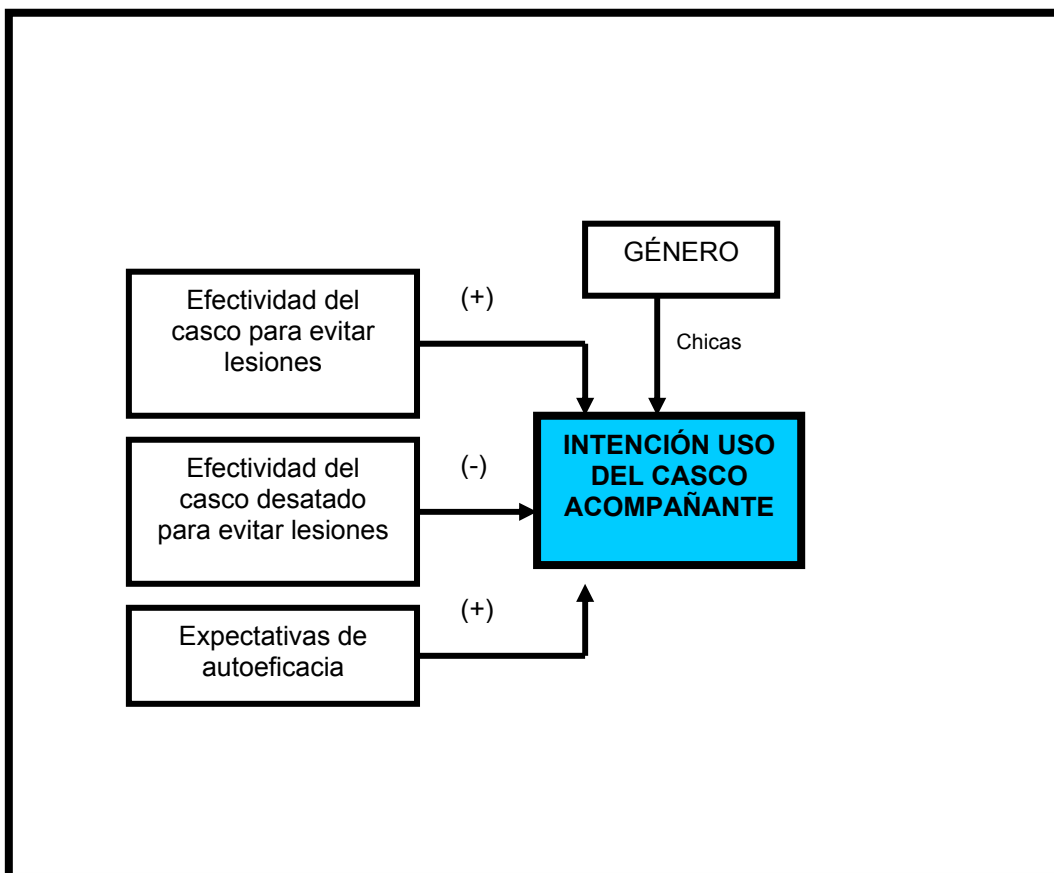


Figura 8.12.2. Variables que mejor predicen la intención de uso del casco como acompañante.

Las variables estudiadas que mejor predicen la **intención de utilizar el preservativo cuando se mantienen relaciones sexuales con una pareja estable** son, la vulnerabilidad propia y vicaria a tener un embarazo no deseado, la creencia de que el preservativo es efectivo para prevenir el contagio del VIH, la expectativa de autoeficacia en relación al uso de esta medida preventiva, la preocupación por contagiarse con el VIH, la creencia sobre si el preservativo es práctico y sensato, las consecuencias inmediatas en relación a que el preservativo “*corta el rollo*” y que pedir su uso puede ser interpretado como una falta de confianza y finalmente la creencia sobre el uso del preservativo que hacen sus amigos/as (ver figura 8.12.3).

Así pues, los participantes que presentan mayor intención de usar el preservativo con una pareja estable creen que sus probabilidades de embarazo son bajas pero que la de sus iguales son elevadas, consideran que el preservativo es efectivo para evitar el

contagio del VIH y se sienten capaces de utilizarlo siempre, se sienten preocupados por el sida y consideran que el uso del preservativo es práctico y sensato, piensan que su uso no corta el rollo pero que pedirlo se puede interpretar como una falta de confianza, además creen que la mayoría de sus amigos/as lo utilizan.

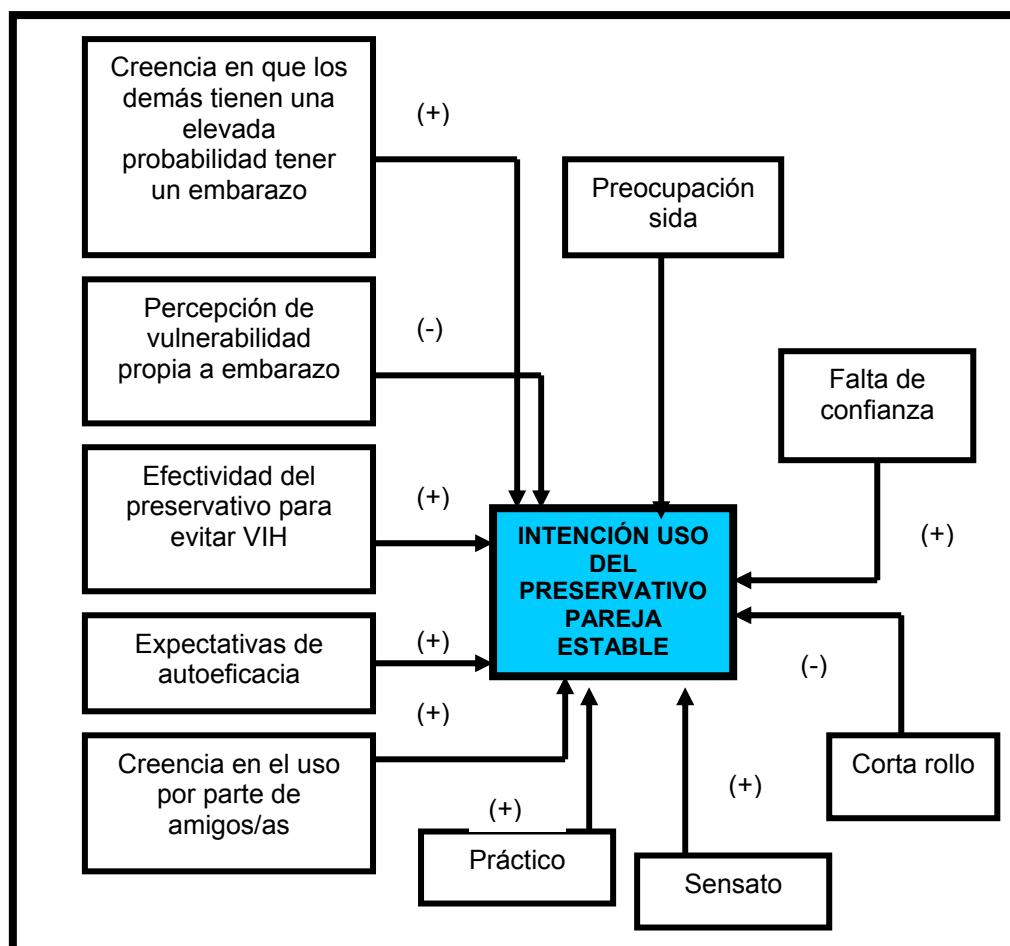


Figura 8.12.3. Variables que mejor predicen la intención de uso del preservativo con una pareja estable.

Ocho de las variables estudiadas predicen la **intención de usar preservativo con una pareja ocasional**, la creencia en la efectividad de la “*marcha atrás*”, la expectativa de autoeficacia respecto a utilizar siempre el preservativo y a negarse a tener relaciones sexuales sin él, la preocupación por el contagio del VIH, la creencia de que es un método preventivo práctico, las consecuencias inmediatas referentes a la molestia y a que “corta el rollo” y la creencia de que también utilizan el preservativo sus amigos/as (ver figura 8.12.4)

Así pues tienen una mayor intención de usar el preservativo con una pareja ocasional aquellos adolescentes que consideran que la “*marcha atrás*” no es efectiva para evitar

los embarazos no deseados, se sienten seguros de que utilizarán siempre el preservativo con una pareja ocasional y de que se negarían a tener relaciones sexuales desprotegidas, les preocupa el posible contagio del VIH, consideran que el preservativo es práctico, creen que el uso del preservativo no es molesto ni “corta el rollo” y creen que la mayoría de sus amigos/as lo utilizan.

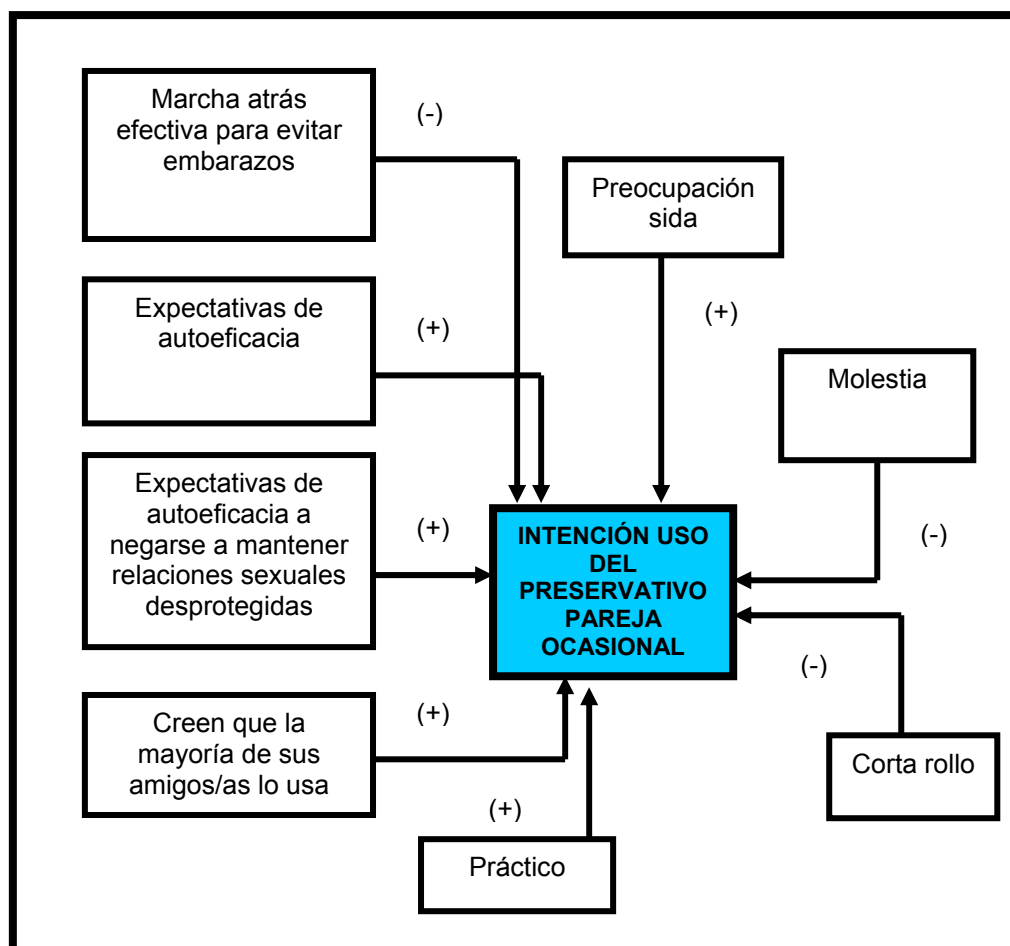


Figura 8.12.4. Variables que mejor predicen la intención de uso del preservativo con una pareja ocasional.

Si observamos las variables que predicen la intención de uso del casco y la intención de uso del preservativo observamos cierto paralelismo, en ambos casos encontramos: la creencia en la efectividad de la medida para evitar consecuencias graves, las expectativas de autoeficacia para usarlo, la influencia social de los pares, las consecuencias inmediatas y el considerar el uso del dispositivo como práctico y sensato. Las diferencias las vemos en la variable género que tiene peso para predecir la intención de uso del casco pero no el uso del preservativo, y la preocupación y la vulnerabilidad percibida que son relevantes en el caso del preservativo pero no en el casco.

Tabla 8.12.1. Paralelismos de las variables predictoras de la intención de uso del casco y del preservativo.

INTENCIÓN DE USO DEL CASCO		INTENCIÓN DE USO DEL PRESERVATIVO	
Conductor	Acompañante	Pareja estable	Pareja ocasional
Género	Género		
Creencia en la aceptación por parte de la mejor amiga		Creencia uso amigos/as	Creencia uso amigos/as
Percepción vulnerabilidad vicaria accidente moto		Percepción vulnerabilidad propia embarazo Percepción vulnerabilidad vicaria embarazo	
		Preocupación VIH	Preocupación VIH
Creencia en la efectividad para evitar lesiones	Creencia en la efectividad para evitar lesiones	Creencia en la efectividad evitar sida	Creencia en la ineffectividad de la “marcha atrás” para evitar embarazo”
Creencia en la ineffectividad para evitar sanción desatado	Creencia en la ineffectividad para evitar lesión desatado		
Expectativas de autoeficacia para usarlo	Expectativas de autoeficacia para usarlo	Expectativas de autoeficacia para usarlo	Expectativas de autoeficacia para usarlo y para negarse a una relación sin preservativo
Práctico Sensato		Práctico Sensato	Práctico
Molestia Estropea peinado Sanción		Corta rollo Falta confianza	Molestia Corta rollo

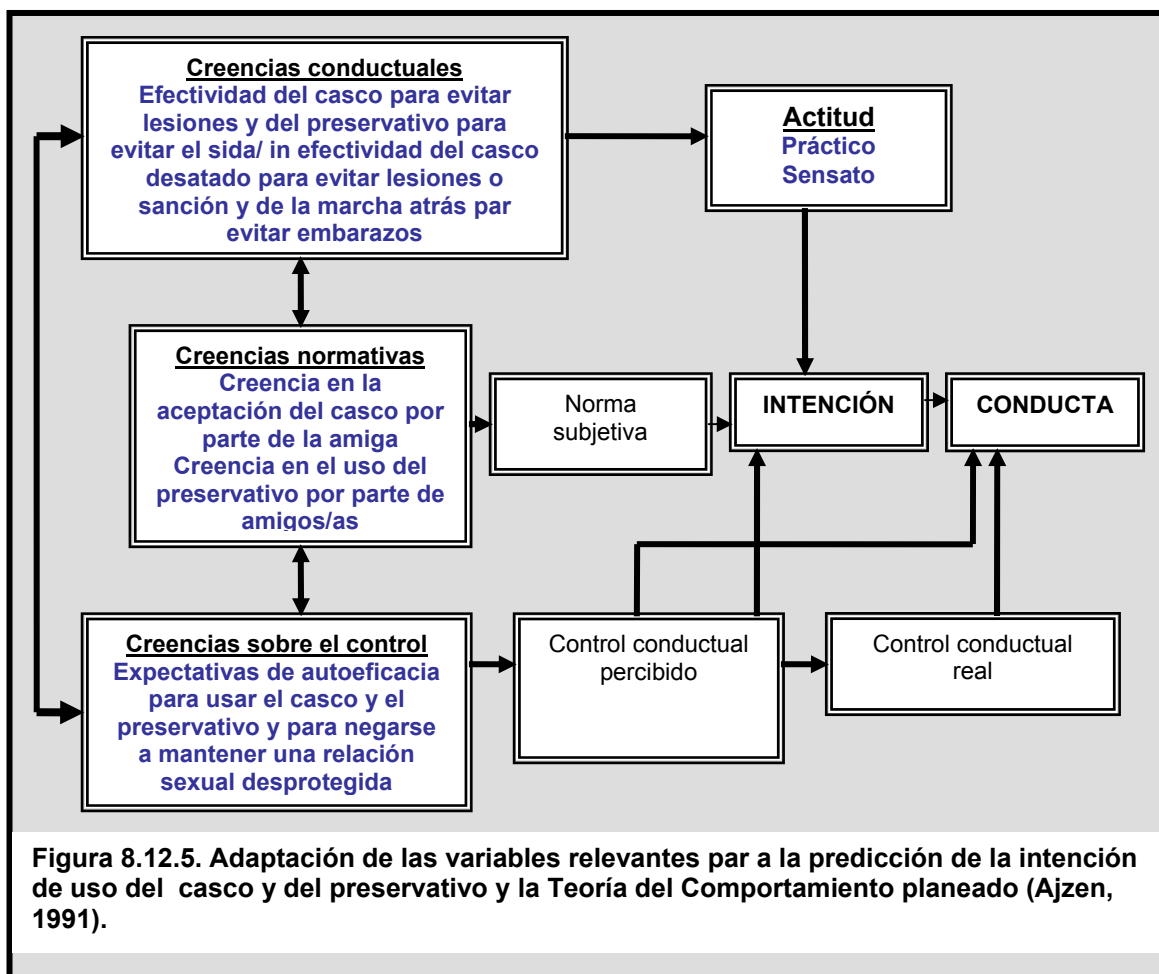
Las variables que resultan relevantes en los presentes modelos apoyan, en gran medida, lo propuesto por los diferentes modelos predictivos, siendo el que más se

aproxima la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1991) (ver figura 8.12.5.). Así pues, se corrobora la creencia en los resultados de la conducta, la norma subjetiva y el control conductual percibido predicen la intención de uso del casco y del preservativo.

A diferencia de lo expuesto en este modelo hemos encontrado que las expectativas de autoeficacia predicen no sólo la conducta sino también la intención de llevarla a cabo.

A diferencia de lo expuesto en la Teoría del Comportamiento Planeado en los modelos que predicen la intención de usar el casco si circulas como conductor y la intención de utilizar el preservativo con una pareja estable u ocasional encontramos relación entre la intención de conducta y las consecuencias que de su práctica se derivan (molestia, estropea peinado, sanción, corta el rollo, falta de confianza). Aún así, consideramos que estas variables se pueden convertir en precursores de tipo cognitivo y podríamos clasificarlas dentro de lo que Ajzen llama "Actitud hacia la conducta".

Otra variable que se incluye en los presentes modelos de predicción del uso del preservativo y no se contempla en la Teoría del Comportamiento Planeado es la preocupación por el posible contagio del VIH. Además cuando se trata de una pareja estable encontramos relación con la percepción de vulnerabilidad a sufrir un embarazo y el sesgo optimista, variables que se exponen como relevantes en el Modelo de Vulnerabilidad Percibida de Weinstein (1982).



8.12.2. DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS REFERENTES A LOS MODELOS PREDICTIVOS SOBRE EL USO DEL CASCO Y DEL PRESERVATIVO

Cuando se analizan conjuntamente las variables estudiadas encontramos que las que mejor predicen el **uso del casco entre los adolescentes** de nuestra muestra son, la creencia en la efectividad, la expectativa de autoeficacia, el considerar el casco como una medida práctica, el hecho de estropear el peinado, y la creencia sobre el uso que hacen los amigos varones de este dispositivo (ver figura 8.12.6).

De acuerdo con lo anteriormente expuesto los participantes que utilizaron el casco la última vez que circularon en ciclomotor creen que es una medida efectiva para evitar lesiones graves en caso de accidente, se sienten capaces de utilizarlo siempre, creen que es práctico, aunque apuntan que estropea el peinado y creen que la mayoría de sus amigos lo utilizan.

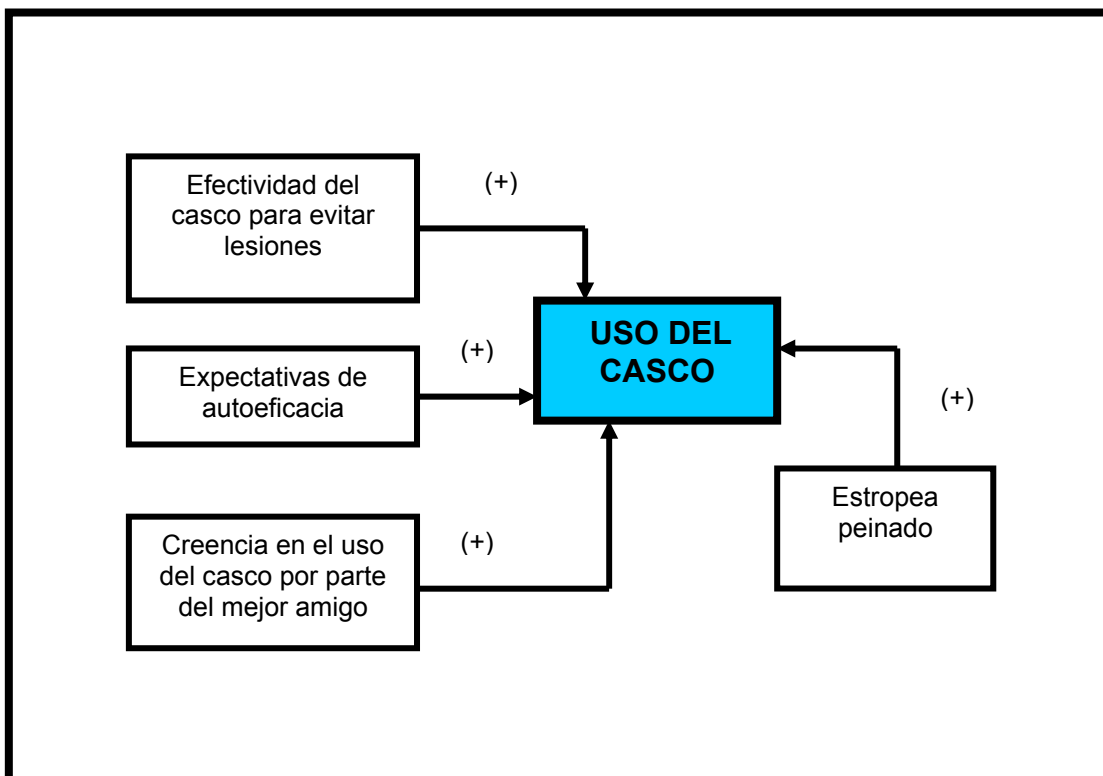


Figura 8.12.6. Variables que mejor predicen el uso del casco.

Las variables relacionadas con el VIH que mejor predicen el **uso del preservativo** en la última relación sexual son dos: la creencia sobre si el preservativo es práctico y la intención de uso con una pareja estable (ver figura 8.12.7).

Así los adolescentes que utilizaron el preservativo en la última relación sexual creen que es práctico y tienen mayor intención de uso con una pareja estable.

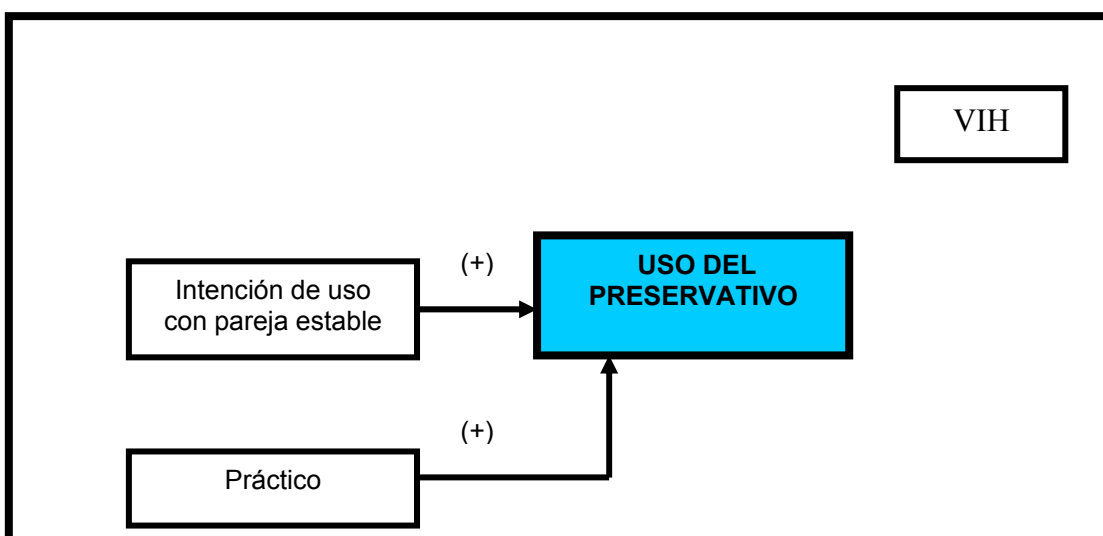


Figura 8.12.7. Variables relativas a la prevención del VIH que mejor predicen el uso del preservativo.

La única variable relacionada con el embarazo no deseado que predice el **uso del preservativo** en la última relación sexual es la percepción de vulnerabilidad al embarazo. En el sentido, de que aquellos adolescentes que lo utilizaron en su última relación sexual creen que es poco probable que ellos tengan un embarazo no deseado (ver figura 8.12.8).

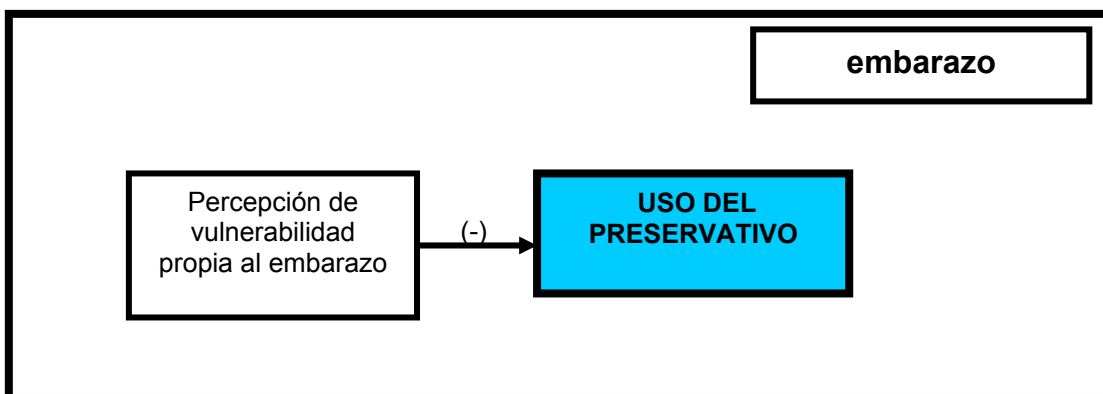


Figura 8.12.8. Variables relativas a la prevención del embarazo que mejor predicen el uso del preservativo.

Entre las variables que predicen el uso del casco y el uso del preservativo no encontramos paralelismo. Hay que comentar que nuestra muestra de participantes sexualmente activos es muy reducida y este hecho puede afectar a los resultados.

Los resultados encontrados en otras investigaciones en relación a las variables que predicen el uso del casco y del preservativo se describen a continuación.

Fuentes (2005; 2007) constató también la influencia por parte de los amigos como una de las variables predictoras del uso del casco en su estudio con adolescentes.

Cunill (2001) en su modelo predictivo sobre el uso del cinturón en vías urbanas por parte de los conductores de automóviles (media de edad= 22,45; dt= 5,28; 47% hombres) expone que las variables que mejor predicen el uso o no uso de este dispositivo de seguridad son la influencia social de los amigos y la molestia.

Von, Ebert, Ngamvitroj, Park y Hee (2004) en un estudio con 116 estudiantes (73,29% mujeres) sobre predictores de diferentes conductas preventivas entre las que estaban el uso del casco y del preservativo encuentran que la expectativa de autoeficacia y las percepción de consecuencias negativas predecían la realización de estas conductas.

Otros estudios también ponen de manifiesto el papel predictor de la autoeficacia percibida por parte de adolescentes y jóvenes universitarios en relación con su intención de uso del preservativo (Baele, Dusseldorf y Maes, 2001) y con el empleo reciente de esta medida preventiva (Heather, 1998; Parsons, Halkitis, Bimbi y Borkowski, 2000)

Díaz-Loving y Aragón (1995), en su estudio aplicando la Teoría de la Acción Razonada para conocer la influencia de las normas subjetivas sobre la intención de usar condones, hallaron que en el caso de las relaciones con parejas regulares tiene un papel central la norma subjetiva.

Cassamo (2004) constata que entre los jóvenes de su muestra el uso del preservativo en la última relación sexual, está relacionado con: las expectativas de autoeficacia para usar el preservativo y para rechazar el sexo sin protección, la intención de pedir su uso con la pareja ocasional y la creencia en que es una medida eficaz para evitar la transmisión del VIH.

8.13. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio tiene una serie de limitaciones metodológicas a destacar.

En primer lugar el hecho de ser un estudio transversal y descriptivo no nos permite definir la direccionalidad de las relaciones halladas.

Otra limitación hace referencia al posible sesgo muestral al tratarse de una muestra incidental que puede diferir de la población general de adolescentes. Los participantes son estudiantes de ESO de centros públicos de dos poblaciones de costa, y no contempla a los adolescentes de centros concertados, o privados, ni a los no escolarizados.

Otra limitación se refiere a la posible falta de sinceridad en las respuestas, principalmente en lo que se refiere al cuestionario sobre sexualidad (Robledo, et al., 2007). Aún así, distintos autores consideran que los cuestionarios autocumplimentados sobre sexualidad en estudiantes adolescentes son fiables y válidos (Gascón et al., 2003; Mesa, Barell y Cobeña, 2004) aún cuando la proporción de adolescentes que no dicen la verdad sobre su actividad sexual en las encuestas se ha estimado en un 7% (Brener et al., 1995; Newcomer, 1988).

9

CONCLUSIONES

9.1. VARIABLES CONDUCTUALES

- **El uso del ciclomotor es una conducta más frecuente entre los adolescentes que mantener relaciones sexuales.** Parece que en estas edades la mayoría de adolescentes o bien no han iniciado la práctica sexual o bien las relaciones que mantienen no son muy frecuentes.
- **Si bien circular en ciclomotor es una conducta que a estas edades practican más los chicos, en las relaciones sexuales no se observan diferencias según el género.** Parece que en la práctica del coito en la adolescencia, a diferencia de lo que ocurría años atrás, hay una equiparación entre géneros, en cambio, la “cultura del motor” sigue imperando entre los chicos. Este hecho podría explicar la mayor accidentalidad de los varones que reflejan las estadísticas de seguridad vial.
- **El uso del ciclomotor es una práctica generalizada a partir de los 14 años, en cambio antes de los 15 años son pocos los adolescentes que informan haber tenido relaciones sexuales en los últimos treinta días.**
- **El uso del casco al circular en ciclomotor y del preservativo en las relaciones sexuales no son conductas realizadas por todos los adolescentes.** Estos resultados indican que muchos adolescentes están en riesgo de sufrir importantes lesiones si tienen un accidente de tráfico o de contagiarse con una enfermedad de transmisión sexual que puede llegar a ser muy grave o de tener un embarazo no deseado si no han utilizado otros métodos anticonceptivos.
- **El casco es una medida preventiva más utilizada entre los adolescentes usuarios del ciclomotor, que el preservativo entre los que tienen relaciones, sin diferencias por género.** Si bien la realización de una conducta de riesgo responde a una realidad multicausal, el mayor uso del casco que del preservativo podría relacionarse con el hecho de que en el primer caso se trata de una conducta que está

regulada legalmente, y su uso no responde exclusivamente a la decisión del adolescente de utilizarlo o no, si no que existe un control externo encargado de supervisar y sancionar a los que no lo utilizan.

- **Haber usado el preservativo en la última relación sexual no predice el uso del casco la última vez que se circuló en ciclomotor.** Ambas conductas son independientes. De acuerdo con estos resultados no se corrobora la existencia de adolescentes preventivos o no preventivos.

9.2. INTENCIÓN CONDUCTUAL

- **La intención de uso del casco predice su uso tanto si se ha de circular como conductor o como acompañante. La intención de uso del preservativo predice su uso tanto con una pareja estable como con una pareja ocasional, en los participantes sexualmente activos.** Este resultado es de especial interés sobre todo cuando se pretende evaluar la conducta en personas que todavía no la practican. La intención de llevarla a cabo o no, se presenta como un preanuncio de la conducta futura. Aún así, no podemos olvidar que nuestros resultados no nos permiten clarificar el sentido de la relación. Es decir, no sabemos si la intención de conducta predice la conducta, como postulan muchos de los modelos predictivos de los comportamientos de riesgo o de prevención, o si es la conducta previa quien predice la intención de una conducta futura, especialmente si ya es un hábito.

- **En general la intención de usar el casco es mayor si se va a circular como conductor que si se va de acompañante.** Es posible que la mayor intención de uso del casco si se circula como conductor esté relacionada con ser el dueño del vehículo y disponer de esta medida de seguridad con más facilidad.

- **La intención de usar el preservativo es mayor cuando se trata de una pareja ocasional, respecto a una pareja estable.** Parece ser que con una pareja estable se tiende a percibir menor riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual al haber una mayor implicación afectiva y cabe la posibilidad de que no contemplen el riesgo de embarazo si han optado por utilizar otros métodos anticonceptivos.

- **Las chicas tienen más intención de usar el casco y el preservativo que los chicos en todas las situaciones.** Resulta sorprendente constatar que este resultado no se traduce en un mayor uso de estas medidas preventivas por parte de ellas. En estudios posteriores se debería estudiar el motivo de esta incongruencia. Se apunta como hipótesis, la posibilidad de que la intención de conducta no sea una buena predictora del comportamiento ante otras variables más influyentes, o bien que al tratarse de un estudio transversal, y evaluarse las variables en el mismo momento temporal, no se respeta la lógica longitudinal de los modelos preventivos utilizados. Otra posible explicación tendría que ver con el hecho de que el sesgo de deseabilidad social afectaría más a las chicas que a los chicos cuando se trata de evaluar la intención de ser preventivos, pero no cuando han de informar de conductas realizadas en el pasado.

- **Existe una relación positiva moderada entre la intención de uso de ambas medidas preventivas, el casco y el preservativo,** en cualquier situación (conductor-acompañante / pareja estable-ocasional): la intención de realizar una conducta se asocia a la intención de realizar la otra.

9.3. CREENCIAS SOBRE LA ACEPTACIÓN DEL USO DE LAS MEDIDAS PREVENTIVAS POR PARTE DE LOS PRINCIPALES REFERENTES

- **En general los adolescentes creen que usar el casco al circular en moto y el preservativo en las relaciones sexuales son conductas bien aceptadas por sus principales referentes.**

- **La creencia en la aceptación del uso casco por parte de padres y amigos predice su uso. En cambio, únicamente predice el uso del preservativo la aceptación por parte de la pareja, estable u ocasional.** Parece ser, que la decisión de utilizar una medida preventiva se relaciona con la norma que impera en los referentes. Las diferencias entre ambos comportamientos pueden atribuirse al hecho de que el uso del casco es una conducta pública y el adolescente se ajusta a lo que pauta el grupo y la familia. En cambio, el uso del preservativo es una conducta privada, que parece estar sujeta, principalmente, a la presión o norma de la posible pareja, ya sea impuesta o acordada entre ambos.

- **Los adolescentes creen que sus padres (padre y madre) aceptan en mayor medida el uso del casco que el uso del preservativo, esta tendencia se invierte en el caso del mejor amigo y la mejor amiga.** En estudios posteriores se debería analizar si esta creencia guarda relación con la frecuencia con la que se habla de estas conductas con padres y amigos respectivamente, y con las opiniones “reales” de los progenitores.

9.4. CREENCIAS SOBRE EL USO DE LAS MEDIDAS POR PARTE DE LOS REFERENTES

- **La creencia sobre el propio uso del casco por parte de los referentes también predice su uso en los adolescentes, excepto el uso de la mejor amiga en el caso de los chicos.** Para los chicos las amigas no parecen ser modelos de conducta vial, no olvidemos que el uso del ciclomotor es más habitual en ellos que en ellas, y que lleva asociado en gran medida un estereotipo de género. Estos resultados ponen de manifiesto la necesidad de utilizar modelos de características similares en las intervenciones preventivas. **La creencia sobre el uso del preservativo por parte de los amigos/as sólo predice el uso en el caso de las chicas.**

- **La creencia en el uso de una de las medidas preventivas estudiadas (casco/preservativo) por parte de los/las amigos/as no predice el uso de la otra medida.** En cambio se observa que muchos más adolescentes creen que la mayoría de sus amigos/as usan el preservativo respecto a los que creen que éstos usan el casco. Aspecto que podría relacionarse con el hecho de que una conducta es pública y la otra es privada.

9.5. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA

- **La percepción de autoeficacia para usar el casco predice su uso tanto en el caso del conductor como del acompañante. En cambio, la percepción de autoeficacia para usar el preservativo o para negarse a tener relaciones sexuales no protegidas con la pareja estable o con una pareja ocasional no predice su uso.** Convendría investigar a qué se deben estas diferencias. Una hipótesis posible sería que el uso del casco en mayor medida responde a una decisión individual y el uso del preservativo a una decisión compartida. Por lo tanto, el adolescente puede saber con bastante seguridad si se siente capaz de utilizar siempre el casco o no. En

cambio, en el momento de decidir sobre el uso del preservativo influyen muchas más variables relativas al contexto: dónde se encuentra, con quién y de qué manera (si estaba prevista la relación o no). Por otro lado, el uso del ciclomotor entre los adolescentes es una conducta que se practica con una elevada frecuencia lo que facilita adquirir el hábito de utilizar el casco, en este sentido, aquellos que lo utilizan están seguros de que siempre lo harán. En cambio, la práctica de relaciones sexuales, a estas edades, suele ser esporádica y con distintas parejas, cosa que dificulta el acuerdo respecto a su empleo y establecimiento del preservativo como hábito.

- **Las chicas se perciben más autoeficaces que los chicos para usar el casco y para usar el preservativo en el caso de una pareja ocasional. Pero la autoeficacia percibida de los chicos es mayor si la pareja es estable. Así mismo, las chicas se perciben más capaces que los chicos de negarse a tener una relación sexual no protegida.**

9.6. EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

- **Las expectativas de resultados positivos cuando se usa el casco y de resultados negativos cuando no se usa, predicen su uso. Entre los participantes sexualmente activos, la relación entre las expectativas de resultados y uso del preservativo está mediada por el tipo de problemática (sida o embarazo) y por el género:** las expectativas de resultados positivos del preservativo para evitar el sida predice el uso de esta medida preventiva sólo en los chicos. Por lo que se refiere a la prevención de embarazo, las expectativas de resultados sólo predicen su uso en el caso de las chicas.

- **Las chicas creen en mayor medida que los chicos en las ventajas del uso del casco** (es efectivo para evitar lesiones) y en las desventajas de usarlo desatado para evitar lesiones. También son ellas las que están menos de acuerdo en que el uso del casco no es necesario por la ciudad.

- **Cuando se analiza la creencia en la eficacia de preservativo en la muestra total de participantes los resultados difieren de los encontrados en la submuestra de participantes sexualmente activos, en el sentido de que no se encuentran diferencias inter-género.** Sería necesario realizar estudios posteriores a fin de clarificar estas diferencias. Habría que estudiar la submuestra de los que no están

activos sexualmente, ya que si bien ahora están protegidos por la abstinencia conviene saber qué piensan hacer y por qué cuando tengan la primera relación sexual.

- **En general chicos y chicas consideran que el uso de píldoras anticonceptivas es una medida preventiva para evitar embarazos no deseados pero no para evitar el SIDA. También La “marcha atrás” es considerada en general poco preventiva sobre todo si se quiere evitar la transmisión del VIH.**

- **Los chicos creen que usar el preservativo para la prevención del sida o del embarazo es más efectivo que usar el casco para evitar lesiones en caso de accidente. Las chicas en cambio creen que es más efectivo el casco para evitar lesiones si se produce un accidente que el preservativo para evitar un embarazo, pero que es igual de efectivo para evitar el contagio con el VIH. Se observa una relación positiva entre las expectativas de resultados del casco y del preservativo.**

9.7. PERCEPCIÓN DE VULNERABILIDAD

- **Se confirma la existencia de sesgo optimista en los comportamientos estudiados:** Los adolescentes se sienten menos vulnerables que sus iguales a sufrir un accidente de tráfico, infectarse con el virus del sida y a tener un embarazo no deseado.

- **La vulnerabilidad propia o vicaria a los accidentes no predice el uso del casco entre los adolescentes. La relación entre la vulnerabilidad percibida y el uso del preservativo, depende del tipo de problema a prevenir (sida o embarazo) y del género:** En el caso del sida, la vulnerabilidad percibida es más elevada entre las chicas que no usaron el preservativo y entre los chicos que sí lo usaron, invirtiéndose la tendencia en el caso del embarazo. Cabe destacar, que al ser un estudio transversal puede tener sentido el plantearse que los que no usaron el preservativo se sientan después más en riesgo.

- **Los adolescentes se sienten más vulnerables a sufrir un accidente de moto que a infectarse con el VIH o tener un embarazo no deseado** aunque existe una relación positiva entre la vulnerabilidad percibida a verse afectado por alguno de estos problemas.

9.8. PREOCUPACIÓN

- **La preocupación por sufrir un accidente de moto predice el uso del casco.** Son nuevamente las adolescentes las que se muestran más preocupadas. **La relación entre preocupación y uso del preservativo entre los adolescentes sexualmente activos depende del tipo de problema (sida o embarazo) y del género.** Están más preocupados por el embarazo los adolescentes que usaron el preservativo que aquellos que no lo usaron. En el caso de la preocupación por el sida se observa un patrón asimétrico en chicos y chicas: si bien son las chicas que usaron el preservativo las más preocupadas, entre los chicos la mayor preocupación se produce entre aquellos que no lo usaron. Aunque esta diferencia entre chicos y chicas podría estar relacionada con el tipo de pareja con la que han mantenido la relación sexual (ocasional vs estable), son necesarios estudios posteriores para clarificar mejor la relación entre la preocupación por sufrir una consecuencia negativa de la práctica del coito desprotegida y el uso del preservativo.

- **Los adolescentes están menos preocupados por sufrir un accidente de moto que por contagiarse con el VIH o tener un embarazo no deseado,** en cambio, se sienten más vulnerables a sufrir un accidente de tráfico que a contagiarse con el VIH o a tener un embarazo no deseado. Parece constatarse que sentirse vulnerable ante un problema de salud y estar preocupado por él son constructos diferentes y su papel en la predicción de las conductas de riesgo posiblemente depende de la gravedad del problema y puede estar mediatizado por el género.

9.9. VARIABLES ACTITUDINALES

- **La creencia respecto a que el casco es práctico, predice el uso del casco de los motoristas:** aquellos que lo utilizan tienden a creen que usarlo es más práctico. **La creencia en la comodidad de este dispositivo de seguridad sólo predice el uso del casco en las chicas:** las que lo emplean lo consideran más cómodo que las que no lo utilizan.

- **En el caso del uso del preservativo sólo la creencia de que usarlo es sensato predice su uso entre los adolescentes sexualmente activos.** En la muestra global

se observa que las chicas consideran más práctico y más sensato usar el preservativo si las comparamos con los chicos.

● **Los adolescentes creen que utilizar el casco es más cómodo que usar el preservativo, aunque ambas creencias no están relacionadas. En cambio consideran que usar el preservativo es más agradable que usar el casco, observándose sólo una relación positiva entre ambas variables en el caso de los chicos. Por otra parte consideran igual de práctico y de sensato el uso del casco y del preservativo, y en ambos casos existe una relación positiva entre las creencias referentes a ambas medidas de seguridad.** Es posible que en las respuestas de los adolescentes respecto a la comodidad y agradabilidad del uso del casco y del preservativo se hayan tenido en cuenta características de las situaciones en las que se utilizan (circular en un ciclomotor/tener una relación sexual). El casco se percibe como más cómodo que el preservativo por ser más probables que estén establecido el hábito y no interfiere en la conducción del vehículo, en cambio el preservativo se considera más agradable por el hecho de que el mantener una relación sexual, en la mayoría de casos, se acompaña de placer.

9.10. ACCESIBILIDAD DEL PRESERVATIVO

● **En general los adolescentes creen que es fácil conseguir un preservativo, más los chicos que las chicas, y su accesibilidad no predice su uso en la última relación sexual.**

9.11. CONSECUENCIAS INMEDIATAS

● **La molestia que supone el uso del casco y la posibilidad de ser sancionado por no utilizarlo predicen el uso del casco entre los adolescentes:** aquéllos que lo usaron la última vez que circularon en moto consideran que es menos molesto y que es más probable que los sancionen si no lo usan que aquéllos que no lo usaron.

● **La creencia de que el preservativo “corta el rollo” y de que disminuye la sensibilidad también se relacionan con el menor uso autoinformado de esta medida preventiva en la última relación sexual.**

- En general, **los chicos, más que las chicas, consideran que el preservativo es molesto, que “corta el rollo”, que disminuye la sensibilidad y que pedir el uso a la pareja puede interpretarse como falta de confianza.** Entre los adolescentes que tuvieron una relación sexual en los últimos 30 días, sólo respecto a la molestia y a la falta de confianza se mantienen las diferencias por género.

- Las chicas consideran que **usar el casco es mucho más molesto que usar el preservativo**, mientras que para los chicos supone una molestia similar. Si se analizan únicamente los adolescentes con experiencia sexual y vial en los últimos 30 días, tanto chicos como chicas consideran más molesto usar el casco que el preservativo.

9.12. PREDICCIÓN DE LA INTENCIÓN DE CONDUCTA

- Los **conductores** que tienen **más intención de usar el casco** son chicas, creen que las personas de sus mismas características tienen una elevada probabilidad de tener un accidente de moto, consideran que el casco es una medida efectiva para evitar lesiones en caso de accidente y que si se usa desatado no es efectivo para evitar la sanción, se sienten capaces de utilizarlo siempre, consideran que su uso es práctico y sensato, piensan que no es un dispositivo molesto, aunque creen que su uso estropea el peinado y que si no lo utilizan serán sancionados, además creen que es un método preventivo aceptado por su mejor amiga.

- Los adolescentes que tienen mayor intención **de utilizar el casco cuando circulan en ciclomotor como acompañantes** son chicas, creen que el uso correcto del casco evita lesiones graves en caso de accidente pero que no es efectivo si se usa desatado y se sienten capaces de utilizarlo siempre.

- Los participantes que presentan **mayor intención de usar el preservativo con una pareja estable** creen que sus probabilidades de embarazo son bajas porque probablemente utilizan condón pero que la de sus iguales son elevadas, consideran que el preservativo es efectivo para evitar el contagio del VIH y se sienten capaces de utilizarlo siempre, se sienten preocupados por el sida y consideran que el uso del preservativo es práctico y sensato, piensan que su uso no corta el rollo pero que pedirlo se puede interpretar como una falta de confianza, además creen que la mayoría de sus amigos/as lo utilizan.

- Tienen una mayor **intención de usar el preservativo con una pareja ocasional** aquellos adolescentes que consideran que la “*marcha atrás*” no es efectiva para evitar los embarazos no deseados, se sienten seguros de que utilizarán siempre el preservativo con una pareja ocasional y que se negarían a tener relaciones sexuales desprotegidas, les preocupa el posible contagio del VIH, consideran que el preservativo es práctico, creen que el uso del preservativo no es molesto ni “corta el rollo” y creen que la mayoría de sus amigos/as lo utilizan.

Estos resultados apoyan, en gran medida, lo propuesto en la Teoría del Comportamiento Planeado (Ajzen, 1991).

9.13. VARIABLES RELACIONADAS Y PREDICCIÓN DE LA CONDUCTA

- Las variables que se relacionan con el uso del casco son la intención de usarlo, la creencia de que los padres y amigos lo aceptan y lo utilizan, la percepción de autoeficacia para utilizarlo, la creencia en su efectividad, la preocupación por sufrir un accidente, la creencia de que es práctico y la menor valoración de algunas consecuencias inmediatas negativas (la molestia y ser sancionado).

- Las variables que se relacionan con el uso del preservativo son la intención de usarlo, la creencia de que la pareja lo acepta, la creencia en su efectividad para prevenir el sida sólo en los chicos, la creencia en su efectividad para prevenir un embarazo no deseado sólo en chicas, la percepción de vulnerabilidad mediada por el tipo de problema (sida o embarazo) y el género, la preocupación por tener un embarazo no deseado, la preocupación por contagiarse con el VIH igualmente mediada por el género, la creencia de que es sensato y la valoración de algunas consecuencias inmediatas como menos negativas (la molestia, la creencia de que corta el rollo y disminuye la sensibilidad).

- Cuando se **analizan conjuntamente estas variables** encontramos que las que mejor predicen el **uso del casco entre los adolescentes** de la muestra son, la creencia en la efectividad, las expectativas de autoeficacia, considerar el casco como

una medida práctica, creer que estropea el peinado y pensar que sus amigos varones utilizan este dispositivo.

- **Las variables relacionadas con el VIH que mejor predicen el uso del preservativo** en la última relación sexual son dos: la creencia de que el preservativo es práctico y la intención de uso con una pareja estable. **La única variable relacionada con el embarazo no deseado que predice el uso del preservativo** en la última relación sexual es la percepción de vulnerabilidad al embarazo, en el sentido, de que aquellos adolescentes que lo utilizaron en su última relación sexual creen que es poco probable tener un embarazo no deseado.

- El uso del casco y del preservativo presentan algunas **similitudes entre las variables predictoras**: la intención de uso predice ambas conductas, existe una buena aceptación de estas medidas por parte de los referentes, aparece sesgo optimista tanto en la probabilidad de tener un accidente como en la de contagiarse con el VIH o tener un embarazo no deseado y para la puesta en práctica de ambos comportamientos las consecuencias negativas inmediatas tienen un peso relevante. Por lo que se refiere a las **diferencias** entre ambas conductas nuestros resultados ponen de manifiesto que se trata de conductas en gran medida independientes, en las que influyen variables diferentes: la creencia en la aceptación de los padres y amigos predicen el uso del casco, en cambio es la creencia en la aceptación del preservativo por parte de la pareja la que predice el uso del preservativo (aunque ambas son referentes o contexto social) y los adolescentes se sienten más vulnerables a sufrir un accidente de tráfico, pero les preocupa más el sida.

10

REFERENCIAS

Ajuntament de l'Hospitalet. (2004). *Guía joven. Anticoncepción y sexualidad* [tríptico].

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational behaviour and human decision processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I., Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, Nueva Jersey, Prentice Hall.

Alcaide, S. (25 de noviembre 2001). Alerta sobre el mal uso de la píldora poscoital. *El País*. pp. 28-29.

Alsinet, C., Pérez, R.M., Agulló, M.J. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de estudios sobre juventud*, 7 (18), 90-101.

American Foundation for AIDS Research (AMFAR). (2005). *Informe: Efectividad de los preservativos en la prevención del VIH*. Recuperado el 5 de mayo de 2006 desde http://www.amfar.org/binary-data/AMFAR_PDF/pdf/141.pdf

António, P., Matos, M. y Horta, M. (2006). *Assesment of moped rider training among adolescents in Portugal*. Recuperado el 7 de febrero de 2007 desde <http://www.psychology.nottingham.ac.uk/IAAPdiv13/ICTTP2004papers2/Children%20%20Adolescents/Antonio.pdf>

Ardouin, J., Bastos, C., Gayó, R. y Jarpa, M. (2001). Locus de control, control conductual percibido y su relación con la intención de petición de uso de condón en mujeres universitarias de la ciudad de Concepción. Recuperado el 20 de abril de 2003 desde www.apsique.virtualbyte.cl.

Arnett, J.J., Offer, D. y Fine, M.A. (1997). Reckless driving in adolescence: State and trait factors. *Accident Analysis & Prevention*, 29, 57-63.

- Ary, D., Duncan, T., Duncan, S., Hops, H. (1999). Adolescents problem behaviour: the influence of parents and peers. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 217-230.
- Aspy, C., Vesely, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L., McLeroy, K. (2007). Parental communication and youth sexual behaviour. *Journal of adolescence*, 30 (3), 449-466.
- Astrom, A.N., Moshiro, C., Hemed, Y., Heuch, I. y Kvale, G. (2006). Perceived susceptibility to and perceived causes of road traffic injuries in an urban and rural area of Tanzania. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 54-62.
- Austin, J., Alvero, A., Olson, R. (1998). Prompting Patron safety belt use at a restaurant. *Journal of Applied Behavior Analysis* 4, (31), 655-657.
- Ávila, S. (1995, noviembre-diciembre). *INJUVE*, 9.
- Baele, j., Dusseldorf, E. y Maes, S. (2001). Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 28, 421-431.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona. Martínez –Roca.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Medienpsychologie*, 1, 23-43.
- Bandura, A. y Walters, R.H. (1979). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Barnett, T. y Parkhurst, J. (2005). HIV / AIDS: sex, abstinence, and behaviour change. *The Lancet Infectious Diseases*, 5, 590 – 593.
- Barreiro, P., Soriano, V. y González – Lahoz, J. (2003). Mecanismos de transmisión y estrategias de prevención de la infección por el VIH. En: V.Soriano, y J. González – Lahoz. *Manual del sida. 5a edición* (pág.105-121). Barcelona: Publicacions Permanyer.

Basen-Enquist, K., Mâsse, L.C., Coyle, K., Kirby, D., Parcel, G.S., Banspach, S. y Nodora, J. (1999). Validity of scales measuring the psychosocial determinants of HIV/STD- related risk behavior en adolescents. *Health Education Research*, 14 (1), 25-38.

Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación en el caso del sida. *Acta Comportamental*, 0, 35-55.

Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.

Bayés, R; Pastells, S. y Tudrà, A. (1995). Percepción del riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, (33), 22-27.

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

Becker, M.H. y Maiman, L.A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.

Becker, M.H. y Rosenstock, I.M. (1984). Compliance with medical advice. In A. Steptoe and A. Mathews (eds). *Health Care and Human Behaviour*. London: Academic Press.

Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2004). Situación actual del sida en España: Análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4 (3), 553-570

Bianchi, A. y Summala, H. (2004). The genetics of driving behavior: parent's driving style predicts their children's driving style. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 655-659.

Bimbela, J.L. y Cruz, M. (1997). SIDA y jóvenes. La prevención por vía sexual. En M. Lameiras y A. López (Eds), *Sexualidad y Salud* (pp.115-146). Orense:Tórculo.

Bimbela, J.L. (2002). *Sociología del sida. Jóvenes y sexualidad en Andalucía*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CSI) y Siglo XXI de España Editores.

Bimbela, J.L. y Maroto, G.(2003). *Mi chico no quiere usar condón: estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/sida*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Bina, M., Graciano, F. y Bonino, S. (2006). Risky driving and lifestyles in adolescence. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 472-481.

Blaeij, A. y Vuuren,D.J. (2003). Risk perception of traffic participants. *Accident Analysis and Prevention*, 35, 167-175.

Blitchtein, D., Paredes, L., Calero, J., Magallanes, M., Núñez, E., Pessah, S., Escurra, M., Alva, K., Sweing, E. y Gonzáles, M. (2002). Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. *Anales de la Facultad de medicina*, 63, 4, 257-268.

Block, A.W. (2001). *1998 Motor vehicle occupant, safety survey. Volum 2. Seat belt Report*. National Highway traffic Administration, U.S.Deapartment of Transportation.

Boletín Oficial del Estado (BOE) (2006, 21 de junio), núm.147, 2387.

Brener, N., Collin, J., Kann, L., Warsen, CW. y Williams, B.L. (1995). Reliability of the youth risk behavior survey questionnaire. *AM Journal Epidemiological*, 141, 575-580.

Bretón, J. y Buela, G. (2005). Evaluación del efecto de las campañas publicitarias de prevención de VIH / SIDA en adolescentes. *Psicothema*, 17, 004, 590-596.

Brien, T., Thombs, D., Mahoney, C. y Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *Journal of American College Health*, 42 (4), 167-174.

Calisir, F., Letho, M. (2002). Young drivers' decison making and safety belt use. *Accident Analysis and Prevention*, 34, 793-805.

Callejas. S., Fernández, B., Méndez, P., León, M.T., Fàbrega, C., Villarín, A., Rodríguez, O., Bernaldo, R., Fortuny, A., López de Castro, F., Fernández, O. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades

de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Espanyola de Salud Pública*, 79, 581-589.

Carbonell, E.J., González, M.J. y Montoro, L. (1990). Factores psicológicos de riesgo en la conducción de ciclomotores y motocicletas. *Psicología y Seguridad vial*. Barcelona. C.O.P.C.

Carbonell, E.J., Tejero, P. y González, M.J. (1995). La intervención social en la seguridad vial. Cap.21. En Montoso, L; Carbonell, E; Sanmartín, J y Tortosa (ed). *Seguridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías*. Madrid. Síntesis Ed.

Carpintero, E. (1995). El problema del embarazo no deseado en la adolescencia. En López, F. *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI de España Editores, S.A.

Casabona, J. (2000). Necesidades y nuevas estrategias de vigilancia epidemiológica del VIH en la era de la "TAAE". Experiencia en Cataluña. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA*, 11 (4), 203-206.

Cassamo, H. (2004). *Factores psicosociales relacionados con la prevención de la transmisión heterosexual del VIH en jóvenes de Mozambique*. Tesis doctoral. Universidad de Girona.

Cassamo, H., Gras, M.E. y Planes, M. (2005). Expectativas, actitudes y normas percibidas respecto al uso del preservativo por los jóvenes en Mozambique. *Revista de Sexología Integral*, 2 (4), 173-179.

Castilla, J., Barrio, G., de la Fuente, L. y Belza, M.G. (1998). Sexual behaviour and condom use in the general population in Spain 1996. *Aids Care*, 110, 667-676.

Castillo, G. (2000). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid. Ediciones Pirámide.

CEA (Comisariado Europeo de Automóvil). (2005). Elementos de seguridad en los coches. Recuperado el 3 de septiembre de 2005 desde <http://www.seguridadvial.net/seguridadactiva.html>.

Centre jove d'anticoncepció i sexualitat. (2001). *Creixement i sexualitat*. Consultado el 5 de octubre de 2005 desde: <http://centrejove.org/ampliar/sexualitat.htm>.

Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (2004). *Métodos anticonceptivos*. Disponible en <http://centrojoven.org>.

Chaudhary, N.K., Solomon, M. y Cosgrove, L. (2004). The relationship between perceived risk of being ticketed and self-reported seat belt use. *Journal of Safety Research*, 35, 383-390.

Chiliaoutakis, J.E., Gnardellis, C., Drakou, I., Darviri, C. y Sboukis, V. (2000). Modelling the factors related to the seatbelt use by the young drivers of Athens. *Accident Analysis and Prevention*, 32, 815- 825.

Chliaoutakis, J.E., Darviri, C. y Dermakakos, P.T. (1999). The impact of young driver lifestyle on their road traffic accidents risk in greater Athenes area. *Accident Analysis and Prevention*, 31, 771-780.

CIMOP (Comunicación, Imagen, Opinión Pública) (2005). *Estudio sobre las IVE en jóvenes en España*. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Clínica Dator (2006). *Estudio Preliminar de Interrupciones Voluntarias de Embarazo en el período 2.000-2005 en la Clínica Dator*. Madrid.

Coben, J., Steiner, C. y Miller,T. (2007). Characteristics of motorcycle-related hospitalizations: comparing states with different helmet laws. *Accident Analysis and Prevention*, 39, 190-196.

Cochran, S.D. y Mays, V.M. (1989). Woman and AIDS-related concerns. *American Psychologist*, 44 (3), 529-535.

Cochran, S.D. y Mays, V.M (1990). Sex, lies and VIH. *The New England Journal of Medicine*, 322 (11), 774-775.

Comas, D. (2004). *Las experiencias de la vida: aprendizajes y riesgos*. Informe Juventud en España (INJUVE).

Comas, D., Aguinaga, J., Orizo, F.A., Espinosa, A. y Ochaita, E. (2003). *Jóvenes y estilos de vida*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) e Instituto de la Juventud (INJUVE).

Conde, F. (2004). *La concepción de la salud de los jóvenes. Informe 2004*. Documentos Técnicos de Salud Pública. Dirección general de Salud Pública, Consejería de Sanidad y Consumo. Madrid.

Consejo de la juventud de España (2002). *Guía de prevención de la transmisión del VIH per a mediadors i mediadores*. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.

Corbella, J. (2002, 18 de enero). Los embarazos adolescents se disparan. *La Vanguardia*, 23.

Coron, J., MacLaughlin, G. y Dorman, S.M. (1996). Factors influencing use of bicycle helmets among ungraduate students. *Journal of American College Health*, 44 (6), 294 – 297.

Cox-Brian, S., Cox-Amanda, B. y Cox- Daniel, J. (2000). Motivating signage prompts safety belt use among drivers exiting senior communities. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 33 (4), 635-638.

Cunill, M.(2001). *Factores influyentes en el uso del cinturón de seguridad. Un estudio observacional*. Trabajo de Investigación de doctorado. Universidad de Girona..

Cunill, M., Gras, M.E., Planes, M. y Oliveras,C. (2000). Quality of life and driving: Predictors of safety seat belt use. Third conference of the international society for quality of life studies.Girona. Universidad de Girona ed. (pp.163-168).

Cunill, M., Gras, M.E., Planes. M. y Oliveras, C. (2001). Calidad de vida y conducción de vehículos: factores influyentes en el uso del cinturón de seguridad. En F. Casas y C. Saurina (Eds.) *Actas del Tercer Congreso de la Sociedad Internacional para los Estudios sobre Calidad de Vida*. Universidad de Girona.

Cunill, M., Gras, M.E, Planes. M., Oliveras, C. y Sullman, M.J.M. (2004). An investigation of factors reducing seat belt use amongst Spanish drivers and passengers on urban roads. *Accident Analysis and Prevention*, 36, 439-445.

Cunill, M., Gras, M.E., Sullman, M.J.M y Planes, M. (2005). Seat belt use by Spanish adolescents. En L. Dorn (ed.) *Driver behaviour and training. Vol. II*. Cornwall: Ashgate.

Cunill, M.; Gras, M.E. ;Sullman,M; Vidó, G and Planes.(2004) Helmet usage in Spanish adolescent motorcycle riders and passengers. 3rd International conference on traffic and transport psychology. Nottingham (UK).

Cunill, M., Vieta, J., Gras, M.E., Planes, M. y Oliveras, C. (2001). Evaluation of cognitive, behavioral and emotional effects in road safety campaigns developed in Spain Between 1989-1999. *VIIth European Congress of psychology*. Celebrado en Londres del 1 al 7 de julio de 2001.

Daly, M. y Wilson, M. (2005). Carpe Diem: adaptation and devaluing the future. *The Quarterly Review of Biology*, 80, (1), 55-60.

Dandona, R., Kumar, A .y Dandona, L. (2006). Risky behavior of drivers of motorized two wheeled vehicles in India. *Journal of Safety Research*, 37, 149-158.

Dandona, R y Mishra, A. (2004). Deaths due to road traffic crashes in Hyderabad city in India: Need for strengthening surveillance. *National Medical Journal of India*, 17 (2), 74-79.

Dannenberg, A; Coté,R; Kresnow, M; Sacks, J; Lipsitz, C; Schmidt, E (1993) Bicycle helmet use by adults: the impact of companionship. *Public health Reports*, 108 (2), 212-217.

De la Cruz, C. (2006). *Situaciones embarazosas. Claves para situarse y prevenir embarazos no deseados*. Consejo de la juventud de Espanya. Recuperado el 2 de octubre de 2007 desde www.cje.org

Departament de Salut. (2003). L'anticoncepció d'emergència amb Levonorgestrel a la xarxa de salut de Catalunya. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 12 de noviembre de 2006 desde <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/anticoncep.pdf>

Departament de Salut .(2005). *Registre d'interrupció voluntària d'embaràs*. Servei d'informació i d'estudis. Generalitat de Catalunya.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. (1999) *Guia per a la prevenció de malalties de transmissió sexual. Zona.ed (quaderns de salut pública-1)*. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 7 de noviembre de 2006 desde <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/mts.pdf>.

Departament de Sanitat i Seguretat Social. (2004). *Notificados 14.767 casos de sida, en Catalunya, hasta junio de 2004*. Oficina de premsa y Comunicación. Generalitat de Catalunya. Recuperado el 7 de noviembre de 2006 desde <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/asida2004.pdf>

Desiderato, L.L. y Crawford, H.J. (1995). Risky sexual behavior in college students: relationships number of sexual partners, disclosure of previous risk behavior, and alcohol use. *Journal of Youth Adolescence*, 24 (1), 55-68.

Díaz-Looving, R. y Aragón, S.R. (1995). Prevención de contagio de VIH: Aplicación de la teoría de la Acción Razonada a la predicción del uso del condón. *Avances en Psicología clínica latinoamericana*, 13, 71-87.

Diputació de Barcelona (1995). *Manual de Sexologia per a professionals de la salut*. Barcelona: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona.

Dirección General de Tráfico (septiembre, 1997). Casco protector. *Tráfico*, año XIII. Dossier.

Dirección General de Tráfico (septiembre - octubre ,1999). Abrocharse a la vida. *Tráfico*, 138, año XV.

Dirección General de Tráfico.(2002). ¿Qué es la educación vial?. Recuperado el 20 de enero de 2007 desde

[http://www.dgt.es/educacionvial/ Que es Educacion Vial_ Qu es educacion vial u_.html](http://www.dgt.es/educacionvial/Que_es_Educacion_Vial_Qu_es_educacion_vial_u_.html)

Dirección General de Tráfico (enero, 2003). *Uso del casco en motocicletas y ciclomotores: Resultado de una campaña especial*. S.G. de Investigación y Formación Vial.

Dirección General de Tráfico (2003b) *Utilización de casco en ciclomotores: una novedad digna de evaluación*. Investigaciones para la seguridad Vial. Recuperado el 24 de agosto de 2006 desde <http://www.dgt.es/educacionvial/recursos/dgt/EduVil/30/22/cabecera.htm>

Dirección General de Tráfico.(2004). Los nuevos retos de la seguridad vial. *Tráfico*, 167, año XX.

Dirección General de Tráfico (2004b). *Las principales cifras de la Siniestralidad Vial. España 2004*. D.G.T.Observatorio Nacional de Seguridad Vial.

Dirección General de Tráfico (2005) *Asistencia técnica para el estudio del uso del casco en conductores y acompañantes de vehículos a motor de dos ruedas*.IMI investigación, Marketing e Informática, S.L.

Dirección General de Tráfico.(mayo-junio, 2005b). *La educación vial saca matrícula*. *Tráfico*, 172, año XXI.Pág.4

Dirección General de Tráfico (2006). *Series estadísticas sobre accidentes y víctimas año 2005*. Recuperado el 20 de enero de 2008 desde <http://www.dgt.es/estadisticas/documentos/anuarioaccidente2005.pdf>

Dirección General de Tráfico (4 septiembre de 2006b). *El número de víctimas mortales se reduce en un 20% desde la entrada en vigor del sistema por puntos*. Recuperado el 21 de enero de 2008 desde http://www.dgt.es/indices/dgtHtm_NotasPrensa_es.html

Dirección General de Tráfico (21 septiembre de 2006c). *Al menos 265 conductores perderán el permiso al acumular denuncias por más de 12 puntos*. Recuperado el 21 de enero de 2008 desde http://www.dgt.es/indices/dgtHtm_NotasPrensa_es.html

Dirección General de Tráfico (2 de octubre de 2006d). *“No perder puntos es cuestión de vida o muerte” con este mensaje Tráfico inicia una nueva campaña de concienciación*. Recuperado el 21 de enero de 2008 desde http://www.dgt.es/indices/dgtHtm_NotasPrensa_es.html

Dirección General de Tráfico (noviembre-diciembre, 2007). *Freno a los accidentes de moto. Revista Tráfico, 1, 21-22*

Dirección General de Tráfico (2007b). *Censo de conductores. Autorizaciones para conducir expedidas distribuidas por provincias y clases año 2005*. Recuperado el 4 de junio de 2007 desde <http://www.dgt.es/estadisticas/estadisticas03.html>

Dirección General de Tráfico (2008). *Número anual de accidentes mortales*. Recuperado el 14 de julio de 2008 desde http://www.dgt.es/portal/es/seguridad_vial/estadistica/accidentes_24horas/evolucion_n_accidentes/

Dirección General de Tráfico (2008b). *Se eleva de 16 a 18 la edad para transportar pasajeros en ciclomotor*. Recuperado el 14 de julio de 2008 desde http://www.dgt.es/portal/prensa_campanas/notas_prensa.do

Dirección General de Tráfico (2008c). *Ponle freno*. Recuperado el 16 de julio de 2008 desde http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/prensa_campanas/notas_prensa/notaprensa051.pdf

Doherty, S.T., Andrey, J.C. y MacGregor, C., The situational risks of young drivers: the influence of passengers, time of day and day of week on accident rates. *Accident Analysis and Prevention*, 30, 45-52.

Domingo, O. (21 de marzo, 2003). *Carles afirma que se engaña a los jóvenes diciéndoles que el preservativo es seguro. La Vanguardia*, 39.

ECMT (Conferencia Europea de Ministros de Transporte). (2006). *Young drivers risks and effective countermeasures*. Recuperado el 25 de mayo de 2007 desde <http://www.cemt.org/>.

Editorial.(2002). *The Lancet*, 360, 97.

El País (12 de junio de 2007) *La DGT avala el carné por puntos porque reduce significativamente la mortalidad*. Recuperado el 12 de junio de 2007 desde <http://www.lavanguardia.es/lv24h/20070612/51360663882.html>.

El País (11 de febrero de 2008). *La edad mínima para conducir ciclomotores aumenta a 15 años*. Recuperado el 11 de febrero de 2008 desde http://www.elpais.com/articulo/espana/edad/minima/conducir/ciclomotores/aumenta/a15_años.html

El Punt (30 de agosto, 2008). *Dilluns serà obligatori passar un examen pràctic en circulació real per conduir motocicletes*. Punt Divers, 23.

Engerman, J., Austin, J. y Bailey, J. (1997). Prompting patron safety belt use at a supermarket. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 30 (3), 577-579.

Espadalé, E., Planes, M. y Gras, M.E. (2005). Percepción del riesgo de transmisión sexual del VIH en estudiantes de bachillerato. *Psiquis*, 26 (1), 28-32

Everett, S., Prides, J., Bergin, D. y Groves, B. (1996). Personal goals as motivators: predicting bicycle helmet use in university students. *Journal of Safety Research*, 27 (1), 43-53.

Faberi, M., Martuzzi, M. y Pirrani, F. (2004). *Assessing the health impact and social cost of mopeds: feasibility study in Rome*. Recuperado el 14 de mayo de 2006 desde http://www.euro.who.int/Document/E83257_1.pdf

Family Health International .(2006). *Esterilización masculina*. Recuperado el 12 de febrero de 2007 desde <http://www.fhi.org/sp/Topics/malesteril.htm>

Fauburg,J.T., Kaplan, D.W. y Naylor,K.E. (1995). Student opinions of condom distribution at a Denver, Colorado, high school. *Journal School Health*, 65 (5), 181-185.

Ferguson, S., Williams, A., Chapline,J., Reinfurt, D., De Leonardis, D. (2001). Relationship of parent driving records to driving records of their children. *Accident Analysis and Prevention*, 33, 229-234.

Fernández, C., Molina, R., Ramírez, C. y Pérez, E. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar Aula Sida. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 163-176.

Fisher, J.D. (1990). Understanding and preventing adolescent pregnancy and sexually transmissible disease. En: J. Edwards; R.S. Tindale; L. Heath y E.J. Posavac (Eds). *Social Influence process and prevention* (71-101). Nueva york: Plenum Publishing Corporation.

Font, P. (1990). *Pedagogia de la sexualitat*. Barcelona. Ed. Graó.

Font, P. (1994). *Les relacions sexuals*. Barcelona. Ed. La Magrana.

Font, P. (2001). Educación para la salud en sexualidad. En Sáez, S; Font, P, Pérez, R y Marqués, F (editores). *Promoción y educación para la salud*. cap.13.

Font- Mayolas, S., Oliveras, C., Gras, M.E. y Planes, M.(1998). Factores influyentes en los comportamientos de riesgo y protección de la salud en estudiantes universitarios. *Psicologemas*, 11 (22), 245-259.

Fuentes, C. (2005). *Els adolescents gironins i l'ús del casc*. Trabajo de investigación de doctorado. Universidad de Girona.

Fuentes, C. (2007). *Factors relacionats amb l'ús del casc en adolescents i aspectes canviants després d'un accident amb ciclomotor*. Tesis doctoral. Universidad de Girona.

Fuertes, A. , Soriano, S. y Martínez, J.L. (1995). La sexualidad en la adolescencia. En López, F. *Educación sexual de adolescentes y jóvenes*. Madrid. Siglo XXI de España Editores, S.A.

Fundación RACC (2007). *Educación y Formación*. Recuperado el 23 de marzo de 2008 desde <http://www.racc.es/index.racc/mod.fundacionHome/mem.estdhome/tmp.fundacionFormacionEducacion/menuA.94/chk.7677a79c5f39f20659539eccf1241e4b.html>

Flood, M. (2003). Lust, trust and latex: why young heterosexual men do not use condoms. *Culture, Health and Sexuality*, 5 (4), 353-369.

García-Vega, E., Fernández, P. y Rico, R. (2005). Género y sexo como variables moduladoras del comportamiento sexual en jóvenes universitarios. *Psicothema*, 17 (1), 49-56.

García, J. (septiembre-octubre,2004). Seducidos por internet. *Tráfico*, 168, año XX, 33-35.

Gascón, J.A., Navarro, B., Gascón, F.J., Pérula de Torres, L.A., Jurado, A. y Montes,G. (2003). Comportamiento sexual de los escolares adolescentes en la ciudad de Córdoba. *Atención Primaria*, 32 (6), 355-360.

Gasull, J. y Cabrera, G. (1996). *Ciclomotor o què?* New human press, SL.

Generalitat de Catalunya (2003). *Anuari Estadístic d'accidents a Catalunya 2002*. Barcelona: gencat.

Generalitat de Catalunya (2003b). *Mira-t'ho bé!*. Departament de la Presidencia. Pla Governamental CAT21.

Generalitat de Catalunya (2004). *Actuacions preventives a l'adolescència. Guia per l'atenció primària de salut*. Direcció General de Salut Pública.

Generalitat de Catalunya (2007). *Conduir amb els cins sentits*.*Info Catalunya*, 11, 14.

Gimeno, A. (22 junio 2002). Olvido mortal del cinturón. *La Vanguardia*, 29.

Goldenbeld, C., Twisk, D. y Craen, S. (2004). Short and long term effects of moped rider training: a field experiment. *Transportation Research Part F7*, 1-16.

Gómez, A.B. (2006). *Negociación del uso del preservativo con una pareja reciente: expectativas de autoeficacia y habilidades de comunicación*. Trabajo de Investigación de doctorado. Universidad de Girona.

Gómez, A.B., Planes, M. Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2006). Expectativas de autoeficacia en la negociación del uso del preservativo para prevenir la transmisión heterosexual del VIH en una muestra de estudiantes universitarios: diferencias en razón del género y del grado de resistencia de la pareja. Comunicación presentada en el *IX Congreso Español de Sexología y III Encuentro Iberoamericano de Profesionales de Sexología*, celebrado en Madrid, del 1 al 4 de junio.

Gómez, A.B., Planes, M. Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Cunill, M. y Aymerich, M. (2006). Habilidades en la negociación del uso del preservativo en una muestra de estudiantes universitarias. Póster presentado en el *IX Congreso Nacional sobre el SIDA* celebrado en Barcelona del 29 al 31 de marzo.

Graham, C.A., Crosby, R., Sanders, S.A. y Yaber, W.L. (2005). Assesment of condom use in men and women. *Annual Review of Sex Research*, 16, 20-52.

Gras, M.E. (1994). *La magnitud y la probabilidad de la pérdida como condicionantes del riesgo asumido por los automovilistas*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.

Gras, M.E; Planes, M; Soto, J; Font-Mayolas, 2000. Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con el sida: estudio comparativo con cinco muestras de universitarios. *Medicina psicosomática y psiquiatria de enlace*, 54, 39-45.

Gras, M.E., Cunill, M., Planes, M., Sullman, M.J.M. and Oliveras, C. (2003). Increasing safety-belt use in spanish drivers: a field test of personal prompts. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 249-251.

Gras, M.E., Cunill, M., Planes, M., Sullman, M. i Font-Mayolas, S. (2007). Predictors of seat-belt use amongst Spanish drivers. *Transportation Research. Part F*, 10, 263-269.

Hamers, F. y Downs, A. (2004). The changing face of the HIV epidemic in westerns Europe: what are the implications for public health policies?. *The Lancet*, 364, 83-94.

Harré, N., Brandt, T. y Dawe, M. (2000). The development of risky driving in adolescence. *Journal of Safety Research*, 31, (4), 185-194.

Heather, C. (1998). Reliability and validity of a self-efficacy instrument for protective sexual behaviors. *Journal of American College Health*, 47 (3), 113-121.

Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2001). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 75 (6), 491 -504.

Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2002). *Salud y juventud*. Centro de Juventud de España. EASP.

Hernández, J.L. (2005). *Guía de trámites*. Ministerio de Interior. Secretaría General Técnica.

Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA; constantes y cambios en el tema. *Salud pública de México*, 44, 554-564.

Hirsch, P. (2003). Adolescent driver risk taking and driver education: Evidence of a mobility bias in public policymaking. *Journal of safety research*, 34, 289-298.

Houston, D. y Richardson, L. (2008). Motorcyclist fatality rates and mandatory helmet-use laws. *Accident Analysis and Prevention*, 40, 200-108.

Hundley, j., Kilgo, P.P., Millar, P.R., Chang, M.C., Hensberry,R.A., Meredith, J.W. y Hoth, J.J. (2004). Non helmetedmotorcyclists: a burden to society? A study using the National Trauma Data Bank. *Journal Trauma*, 57 (5), 944-9.

Ichikawa, M., Chadbunchachai, W. y Marui, M. (2003). Effect of the helmet act for motorcyclist in Thailand. *Accident Analysis and Prevention*, 35, 183-189.

INTRAS y Linea Directa (2005). *La edad factor clave en los accidentes de tráfico (2000-2004)* Recuperado el 6 de junio de 2007 desde www.dgt.es/dgt_informa/investigaciones/documentos/informe_linea_directa.pdf

Instituto de la juventud (2004). Informe de la Juventud en Espanya. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales.

Instituto Libertad y Desarrollo (2005). *Embarazo adolescente: una causa más de pobreza*, 743.

Instituto Nacional de Estadística (2004). *Salud y hábitos sexuales*. MSC.

Instituto Nacional de Estadística (2004b). *Anuario de estadísticas vitales*. MSC.

Instituto Nacional de la Mujer (2006). *Interrupción voluntaria el embarazo en adolescentes 15-19 años*. Recuperado el 20 de enero de 2007 desde <http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W83-84.XLS>

Insurance Institute for Highway Safety (2006). Q&A: *Motorcycle helmet use laws*. Recuperado el 23 de enero de 2007 desde http://www.iihs.org/research/qanda/helmet_use.html

Isis internacional (2001). *Adolescentes y la salud sexual*. Agenda salud.

Jacques, L.B. (1994). Rates of bicycle helmet use in an affluent Michigan County. *Public Health reports*, 109 (2), 296- 302.

Jané, J. (2007). El reto de la seguridad vial ante los jóvenes: El necesario papel del parlamento y el impulso de un pacto de estado. *Comisión de expertos para el estudio de la problemática de los jóvenes y la seguridad vial*. Fundación RACC.

Johnston, J., Hendricks, S.A. y Fike, M. (1994). Effectiveness of behavioural safety belt interventions. *Accidents Analysis and Prevention*, 26 (3), 315-323.

Jorge, M., Martínez, J., Hernández, B. (1996). Influencia de la ley de obligatoriedad de uso del cinturón de seguridad en ciudades. Efecto normativo y psicosocial en una muestra española. En *Cuartas jornadas de intervención psicosocial del colegio oficial de psicólogos de Madrid: Transformación social y compromiso de los profesionales*. Tomo I. Madrid: Instituto nacional de Servicios Sociales.

J.M.M. (noviembre-diciembre, 2004). Infractores hereditarios. *Tráfico*, 169. Pág.40-41. Dirección General de Tráfico.

J.M.M. (marzo-abril, 2005). La prevención con otro acento. *Tráfico*, 171. Pág.19-21. Dirección General de Tráfico.

J.S.H. (marzo-abril, 2005.). No podemos conducir por ti. *Tráfico*, 171. Pág.22-23. Dirección General de Tráfico.

Juárez, O. y Díez, E. (1999). Prevención del Sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gaceta Sanitaria*, 133, 150-162.

Keng, S.H. (2005). Helmet use and motorcycle fatalities in Taiwán. *Accident Analysis and Prevention*, 37, (2), 344-355.

Khambalia, A., MacArthur, C. y Parkin, P. (2005). Peer and adult companion helmet use is associated with bicycle helmet use by children. *Pediatrics*, 116, 939-942.

Kimmel, D y Weiner, I. (1998). *La adolescencia: una transición del desarrollo*. Barcelona: ed. Ariel, S.A.

Kirtsch, J.P. (1983). Preventive health behavior: A review of research and issues. *Health psychology*, 2, (3), 277-301.

Klein, J; Allan, M ; Elster, A; Stevens, D; Cox, C; Hedberg, V y Goodman, R (2001). Improving adolescent preventive care in community health centers. *Pediatrics*, 107, 2, pp.318-327.

Knerr, W. (2006). *Sexuality Education in Europe*. IPPF European Network.

Lajunen, T. y Räsänen, M. (2001). Why teenagers owning a bicycle helmet do not use their helmets. *Journal of Safety Research*, 32, 323-332.

Lajunen, T y Räsänen, M. (2004). Can social psicológica models be used to promote bicycle helmet use among teenagers? A comparison of the Health Belief Model, Theory of Planned Behavior and the Locus of Control. *Journal of Safety Research*, 35, 115-123.

Lameiras, M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión del VIH. Un estudio piloto. *Cuadernos de medicina psicosomática*, (42-43), 46-61.

Lameiras, M y Failde, J.M (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Análisis y modificación de conducta*, 23 (93), 28-63.

Lameiras, M., Nuñez, A.M., Rodríguez, Y., Bretón, J. y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud*, 16 (3), 253-267.

Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002) Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, (2), 255-261.

Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica*, 3 (1), 27-34.

León, M.E y Hernández, J.A. (2004). Uso de un casco adecuado y su relación con fracturas craneofaciales en motociclistas de Cali. *Colombia Médica*, 35 (3,1), 10- 15.

Letho, M. and James, D. (1997). Safety knowledge of users and non-users of the lap belt on two-point motorized belt systems. *Accident Analysis and Prevention*, 29, (6), 739-744.

Lin, M., Chang, S., Pai, L., Keyl, P. (2003). A longitudinal study of risk factors for motorcycle crashes among junior college students in Taiwan. *Accidents Analysis and Prevention*, 35, 243-252.

Liu, B., Ivers, R., Norton, R., Blows, S. y Lo, S.K. (2004). Helmets for preventing injury in motorcyclers. *Cochrane Database, Syst.Rev.*,2, cd004333.

López, M. (septiembre y octubre, 1999). Familias Rotas. *Tráfico*, 138: Dirección General de Tráfico.

López, M. (noviembre-diciembre, 2002). Siniestros: Muchos y caros. *Tráfico*, 157, año XVIII, 36-37. Dirección General de Tráfico.

López, M. (noviembre-diciembre, 2002b). Jóvenes: Espejo de la Sociedad. *Tráfico*, 157, año XVIII, 32-33. Dirección General de Tráfico.

López, M. (mayo-junio, 2003). Sin casco: más muertos. *Tráfico*, 160, año XIX, Pág.30-31. Dirección General de Tráfico.

López, M. (noviembre-diciembre, 2003b). Las multas ¿Salvan vidas?. *Tráfico*, 163, año XIX, Pág.12-17. Dirección General de Tráfico.

López, M. (marzo-abril, 2003c). Abróchate el cinturón, abróchate a la vida. *Tráfico*, 159, año XIX, Pág.24-25. Dirección General de Tráfico.

López, M. (marzo-abril, 2004). Únete a nosotros, únete a la vida. *Tráfico*, 165, año XX, Pág.23. Dirección General de Tráfico.

López, M. (julio-agosto, 2004b). Ellas, mejores. *Tráfico*, 167, año XX, Pág.22-23. Dirección General de Tráfico.

López, M (septiembre-octubre, 2004c). Cascos a examen. *Tráfico*, 168, año XX, Pág.10. Dirección General de Tráfico.

López, A., Cochón, L., Comas, D., Andreu, J., Aguinaga, J. y Navarrete, L. (2005). *Informe juventud en Espanya 2004*. Madrid: Instituto de la Juventud.

Losa, D. (2005, enero-febrero). Ciclomotores sólo a partir de 16 años. *Tráfico*, Dirección General de Tráfico.

Madueño, A (2002, 24 de septiembre). A quien Educar. *La Vanguardia*, 28.

Mc Kusick, J. W and Coates, T. (1985) Reported changes in sexual behaviour of men at risk for AIDS, San Francisco, 1982-84: The AIDS Behavioral Research Project. *Public Health Rep.* 100 (6), 662-629.

McKenna, F.P. (1993). It won't happen to me: Unrealistic optimism or illusion of control?. *British Journal of Psychology*, 84, 39-50.

Malefant, L., Wells, J.K., Houten, R.V., Williams, A.F. (1996). The use of feedback signs to increase observed daytime seat belt use in two cities in north Carolina. *Accident Analysis and Prevention*, 28 (6) 771-777.

Mangrulkar, L., Whitman, C., Posner, M. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI).

Manso, V. (1993). *La educación vial en España: aspectos históricos-comparados y proyección social*. Tesis doctoral. Salamanca.

Martínez, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH / SIDA. *Publicación oficial de SEISIDA*, 11, 604-606

Maticka-Tyndale, E. (1991). Sexual scripts and AIDS prevention: variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research*, 28 (1), 45-66.

Mayhew, D.R. y Simpson, H.M. (1990). *New to the road. Young drivers and novice drivers: similar problems and solutions?* Ottawa, Canada: Traffic Injury Research Foundation of Canada.

Megía, M., Gallud, J. y Pérez, A.F. (1990). Evolución de la morbilidad y mortalidad por accidentes de tráfico en la comunidad valenciana y España durante el periodo 1950-1986. *Area 8: Psicología y seguridad vial*, 32-37.

Megías, I., Rodríguez, E., Méndez, S y Pallarés, J. (2005). *Jóvenes y sexo. El estereotipo que obliga y el rito que identifica*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) y Instituto de la Juventud (INJUVE).

Melgar, A.B., Julián, R., Gómez, A., Martín, L., Bermejo, O. y Bosch, I. (2006). Preocupación por la salud sexual en adolescentes de nuestro entorno. *Sexología integral*, 4 (3), 122-126.

Merson, M.H. (2006). The HIV-AIDS pandemic at 25. The Global Response. *The New England Journal of Medicine*, 354 (23), 2414-2417.

Mesa, M.I., Barella, J.L. y Cobeña, M. (2004) Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención primaria*, 33 (7), 374-380.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1990).) *Los adolescentes españoles y su salud*. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-1990). Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2002). *Ganar Salud con la juventud. Recomendaciones sobre salud sexual y reproductiva, consumo de alcohol y salud mental*. Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). Vigilancia epidemiológica del SIDA en España. Registro nacional de casos de Sida. Recuperado el 25 de marzo de 2006 desde www.msc.es

Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Los adolescentes españoles y su salud*. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro nacional de casos de Sida*. Recuperado el 25 de marzo de 2006 desde www.msc.es.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes*. Madrid.

Ministerio del Interior y Dirección General de Tráfico (2005). *Plan estratégico de seguridad vial 2005-2008*. Madrid. D.G.T.

Ministerio del interior (2005b). Secretaría General Técnica. subdirección general de Atención al ciudadano y de asistencia a las víctimas del terrorismo. Reglamento General de Vehículos. Recuperado en septiembre de 2005 en: <http://www.mir.es>.

- Ministerio del Interior (2006). Plan de actuaciones 2006. Subdirección General de Educación, Divulgación y Formación Vial. Madrid. D.G.T.
- Ministerio del Interior (2007). *Nota de prensa, Balance de seguridad vial: 316 fallecidos menos en 2006*. Madrid.
- Mizuno, Y., Myllyluoma, J., Kennedy, M. y Seals, B. (2000). Predictors of teens' attitudes toward condoms: gender differences in the effects of norms. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 1381-1395.
- Moatti, J.P. (1996). Investigación social sobre la infección del VIH y la conducta sexual: lecciones para la prevención. En Basabe, N et al., eds. *El desafío social del Sida*. Madrid. Fundamentos.
- Monterde, H.M (1990). *Percepción del riesgo y toma de decisiones en situaciones simuladas de conducción*. Tesis doctoral.Universidad de Valencia.
- Montoro, L. (1997). Alcohol, drogas, seguridad vial y accidentes de tráfico. *Revista Española de Drogodependencias*, 22, (3), 161-164.
- Montoro, L y Honrubia, M.L. (1995). Presentación :Psicología y seguridad vial. *Anuario de Psicología*, 2 (65), 3-5.
- Montoro L., Alonso, F., Esteban, C., Toledo F. (2000). *Manual de Seguridad vial: el factor humano*. Barcelona: Ariel.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P. y Sánchez, I. (2002). Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. *Health Behavior in Scholl aged Children*. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Morris, C.C.(2006). Generalized linear regression analysis of association of universal helmet laws with motorcyclist fatality rates. *Accident Analysis and Prevention*, 38, 142-147.

Muñoz, B., Berger, C., Alacena, M. (2001). Una perspectiva integradora del embarazo adolescente: la visita domiciliaria como estrategia de intervención. *Revista de Psicología*, Vol X, 001, 21-34.

Muñoz, M.B. (1995). Tráfico y calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 4 (11), 5-9.

Murphy, D.A., Stein, J.A., Maibach, E. y Schlenger, W. (2001). Conceptualizing the multidimensional nature of self-efficacy: Assessment of situational context and level of behavioural challenge to maintain safer sex. *Health Psychology*, 20 (4), 281-290.

National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) (2003). Data-motorcycles. U.S.Department of Transportation. Recuperado el 22 de enero de 2005 desde <http://www-NRD.NHTSA.DOT.GOV/>

Navarro- Pertusa, E., Barberà, E. y Reig, A. (2003) Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15 , 3, 395-400.

Navarro–Pertusa., Ubillos Landa, S. (2003). Diferencias de género en motivación sexual:Implicaciones para la prevención del VIH/Sida en adolescentes heterosexuales. *Publicación Oficial de SEISIDA* , vol. 14.

Newcomer, S; Urdí, J.R. Adolescent's honesty in a survey of sexual behavior. *Journal Adolescence Research*,3, 419-423.

Nicolas, C (2006). Píntalo, Póntelo. *Tráfico*,181, año XXII.

Norma, N. (marzo-abril, 2003). Los ciclomotores llegan al colegio. *Tráfico*. 160, año XIX, 30-31. Dirección General de Tráfico.

Ochaíta, E. y Espinosa, M.A. (2003). Las prácticas sexuales de los adolescentes y jóvenes españoles. En E. Azpiroz (dir.). *Revista de Estudios de Juventud*, 63: *Juventud y Sexualidad*. Madrid: Instituto de la Juventud (INJUVE).

Ogden, J (2000). *Health Psychology*. Open University Press. Buckingham.Philadelphia.

O'leary, A. (1999). Preventing HIV infection in heterosexual women: What do we Know? What must we learn? *Applied and Preventive Psychology*, 8, 257-263.

Oliveras, C; Font-Mayolas, S., Gras, M.E. y Planes, M. (1998). La experiencia previa como variable predictora de vulnerabilidad: estrategias de evaluación. *Clínica y Salud*, 9, (2), 417-429.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1983). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Serie de informes Técnicos, 572. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *Briefing note 3 on adolescent health-Provision of health services. Briefing Notes on Selected Adolescent Health Issues*. Geneva, World Health Organization, Department of child and Adolescent Health and Development.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002). La definición de salud sexual. Recuperado el 30 de abril de 2005 desde http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECS5/definicion_4.html

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003). *Informe sobre la salud en el mundo. Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes*. Recuperado el 6 de abril 2004 desde <http://www.who.int/whr/2003/chapter.6/es/print.html>.

Organización Mundial de la Salud (2003b). *Informe sobre la salud en el mundo. VIH/SIDA: resistir a un agente mortífero*. Recuperado el 2 de mayo de 2004 desde <http://www.who.int/whr/2003/chapter3/es/print.html>.

Organización Mundial de la Salud (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva*.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006b) Preventing HIV/AIDS in young people. Recuperado el 23 de marzo de 2005 desde http://www.who.int/chiladolescenthealth/New_Publications/ADH/TRS/92_4_120938_0_sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006c). *Helmets: a road safety manual for decisions makers and practitioners*. Ginebra. WHO.

ONUSIDA (2004). *Situación actual de la epidemia del sida*. Recuperado el 11 de agosto de 2005 desde www.onusida.org

ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*. Edición especial con motivo de 10º aniversario del ONUSIDA. Ginebra: ONUSIDA/OMS. Recuperado el 22 de noviembre de 2006 desde http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp

Organon (2005). *Guía. Métodos Anticonceptivos*. Organon Española, S.A.

Ostrow, D.G. (1989). AIDS prevention through effective education. *J. Am. Ac. Arts Sciences*, 118 (3), 229-254.

Paéz, D. (1997). Evaluación de campañas preventivas del VIH/SIDA: efectos individuales y colectivos. Publicación oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA, 8 (4), 200-204.

Paéz, D; San Juan, C; Romo, I y Vergara, A (1991). *Sida: Imagen y prevención*. Madrid: Fundamentos.

Pagès, M.A. (21 enero, 2004). El RACC vaticina que 15.000 joves gironins s'accentaran a les carreteres aquest any. *El Punt*, pp.6.

Pàmies, O (13 mayo,2005). Els joves s'examinaran de teoria i pràctica per portar un ciclomotor. *Diari Avui*. Secció Societat.

Pardo, P. (2 febreo, 2005). El cerebro de los jóvenes no percibe el riesgo. *El Mundo del siglo veintiuno*. Secció motor.pp.51.

Parker, D., Manstead, A., Stradling, S., Reason, J. y Baxter, J. (1992). Intention to commit driving violations: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Applied psychology* (77), 1. 94-101.

Parras, F (2000). Tendencias en la epidemia del VIH/SIDA ante la nueva situación terapéutica y de las estrategias de prevención. Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria del SIDA ,11 (4), 201-203.

Parsons, J.T., Halkitis, N., Bimbi, D. y Borkowski, T. (2000). Perceptions of the benefits and costs associated with condom use and unprotected sex among late adolescents college students. *Journal of Adolescence*, 23, 377-391.

Pato, A. (2007). Jóvenes conductores. ¿Locos al volante?. *Comisión de expertos para el estudio de la problemática de los jóvenes y la seguridad vial*. Barcelona. Fundación Racc.

Patrick, K., Covin J., Fulop, M., Calfas, K. y Lovato, C. (1997). Health risk behaviours among California college students. *Journal of American College Health*, 45, 265-272

Peek, S., Mc Arthur, M., Graus, M. (1999). The prevalence of non-standard helmet use and head injuries among motorcycle riders. *Accident Analysis and Prevention*, 31, 229-233

Pérez- Díaz, V. y Rodríguez, J.C. (2006). Juventud y riesgos al volante. Discusión general y referencia al caso español. *Comisión de Expertos para el estudio de la problemática de los jóvenes y la seguridad vial*. Racc Fundación

Portero, P; Cirne, R y Mathieu, G (2002). La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 577 - 584

Planes, M. (1992). *La magnitud y la demora como variables críticas en el autocontrol: Aplicación al caso de comportamientos de riesgo al VIH*. Edición en microfilm. Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona

Planes, M. (1994). Prevención de los comportamientos sexuales de riesgo en los adolescentes: SIDA, otras enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados. *Infancia y Aprendizaje*, 67-68, 245-260.

Planes, M., Gras, M.E., Soto, J. y Font-Mayolas, S. (1999). Transmisión heterosexual del VIH y monogamia serial en estudiantes universitarios. *Psiquis*, 20 (6), 267-269.

Planes, M y Gras, M.E (2002). Creencias y comportamientos sexuales preventivos frente al Sida en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta* 28, (121), 695-723.

Planes, M., Gras. M. E. y Soto, P. (2002). Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Anuario de Psicología*, 33 (1), 97-110.

Planes, M., Gras. M. E., Soto, P. y Font, S. (2000). Percepción de riesgo y comportamientos heterosexuales relacionados con la prevención del sida en jóvenes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 365-389.

Planes, M., Gras,M.E., Cunill, M., Gómez,A.B., Romero,M.T., Font-mayolas,S. y Vieta, J. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Medicina psicosomàtica y psiquiatria de enlace*, 71-72, .76 – 85.

Planes,M., Gómez, A.B., Gras, M.E., Font-Mayolas,S., Cunill, M y Aymerich,M (2007) Influencia social y uso del preservativo en la prevención de la transmisión heterosexual del VIH. *Cuadernos de Psicología Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, 83, 39-47.

Planes, M. y Moix, J. (1993). Predictores del interés por la prevención de algunos trastornos de salud. *Clínica y Salud*, 4 (1), 41-51.

RACC (2005). *El RACC examina la seguridad de 28 sistemas de retención infantil disponibles en Europa*. Recuperado el 12 de junio de 2006 desde http://www.racc.es/pub/ficheros/adjuntos/adjuntos_estudi_cadiretes_es_jzq_975c217a.pdf

Racc (2006). Informe de conclusiones y recomendaciones. *Comisión de Expertos para el estudio de la problemática de los jóvenes y la seguridad vial*. Racc Fundación.

Racc Club (diciembre, 1993). *La seguretat en l'automòbil*. Època 4, 315. pp. 4-8

RACE (2003). *La seguridad del transporte en España*. Ministerio de Ciencia y Tecnología.

Rachlin, H. (1979). *Comportamiento y Aprendizaje*. Omega: Barcelona.

Rachlin, H. (1989). *Judgement, decision and choice*. New York: N.W.Freeman and Company.

Rachlin, H., Logue, A.W., Gibbson, J y Frankel, M. (1986). Cognition and behavior in studies of choice. *Psychological Review*, 93 (1), 3-45.

Real Heredia, P., Oliva A., Serrano, M. (2003). *Sexualidad y Contracepción entre las jóvenes sevillanas: Un estudio cuantitativo*. Ayuntamiento de Sevilla, Servicio de Juventud. Universidad de Sevilla.

Rebull, J., Reverté, M., Piñas, I., Ortí, A., González, L. y Contreras, E. (2003). Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 373 – 382.

Richens, J., Imrie, J. y Copas, A. (2000) .Condoms and seat belts: the parallels and the lessons. *The Lancet* (355), 400-402.

Rivas, R.M. y Fernández, P. (1996). Conocimiento y creencias sobre la salud en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 4 (1), 97-108.

Robledo, A., López, A., de Jaén, S., del Río, L. y Barrera, E. (2007). Conocimientos y comportamientos sexuales de los adolescentes escolarizados de Parla. *Sexología Integral*, 4 (2), 73-79.

Rodríguez, J.I. (septiembre-octubre, 2004). Lucha contra los accidentes. *Tráfico*, 168, año XX.pp.12-18

Rodríguez Marin, J. (1994). Evaluación en prevención y en promoción de la salud. En Fernández Ballesteros R. *Evaluación conductual hoy*. Barcelona :Pirámide.

Rodrigo, M.J., Márquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A. y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* 16, (2), 203-210.

Romero de Castilla, R.J ; Lora, M.N y Cañete, R (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención primaria*, 27 (1) Pág. 12-17.

Rodham, K., Brewer, H., Mistral, W. y Stallard, P. (2006). Adolescent's perception of risk and challenge: a qualitative study. *Journal of Adolescent*, 29, 261-272.

Ruangkanchanasetr, S., Plitponkarpim, A., Hetrakul, P. y Kongsakon, R. (2005). Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *Journal of Adolescent Health*, 36, 227-235

Ruano, A. (1995). Psicología aplicada a la rehabilitación de accidentados. En L., Montoro, E., Carbonell, J., Sanmartín y F., Tortosa (ed). *Seguridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías*. Madrid. Síntesis. pp142-143.

Rudelic- Fernández, D. (1996). L'impact de la prevention sur la precocité sexuelle. ANRS. *Le journal du Sida* (Numero spécial), Vancouver, 16-18.

Rundmo, T y Iversen, H (2004) *Risk perception and driving behaviour among adolescents in two Norwegian counties before and after a traffic safety campaign*. Recuperado el 4 de mayo de 2005 desde http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VF9-4846N6X-2&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=c35056878ec36d3c3f0fe9c4cef0fef4

Rumar, K. (1988). Collective risk but individual safety. *Ergonomics*, 31, 507-518.

Salmurri, F. (2004). *LLibertat emocional*. Barcelona. La Magrana.

Sánchez, J. (marzo- abril, 2000). *Nueva campaña de prevención de accidentes de la D.G.T. Tú sí puedes evitarlo*. Tráfico. Año XVI (141) pp.20-21.

Sánchez, J. (mayo- junio, 2001). Accidentes reales. *Tráfico*, 148, Año XVII, 20-21.

Sánchez, J. (2002, marzo-abril). Protección a toda prueba. *Tráfico*, 153, año XVIII, 17-19. Dirección General de Tráfico

Sánchez, J. (2002b, marzo-abril). La crisis de las dos ruedas. *Tráfico*, 153, año XVIII, 17-19. Dirección General de Tráfico.

Sánchez, J. (2002c, marzo-abril). Vive. Y deja vivir. *Tráfico*, 153, año XVIII, 22, Dirección General de Tráfico.

Sánchez, J (2002d, mayo-junio). El casco se pone de campaña. *Tráfico*, 154, año XVIII, 17-19. Dirección General de Tráfico.

Seoane, L. (2002). Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 509 – 516.

Servei Català de Trànsit (2003). *Homo Transitus*. Barcelona.

Servei Català de Trànsit (2005). *Pla de Seguretat Viària 2005-2007*. Generalitat de Catalunya. Departament de l'Interior.

Servei Català de Trànsit (2006). *Anuari estadístic d'accidents a Catalunya 2005*. Barcelona: Autor.

Shin, D., Hong, L. y Waldron, I. (1999). Possible causes of socioeconomic and ethnic differences in seat belt use among high school students. *Accident Analysis and Prevention*, 31, 485-496.

Simó, E. (1990). El niño y el tráfico. Prevenció d'accidents de tràfic. *Primeres jornades mediterrànnees de seguretat vial*. Generalitat de Catalunya.

Simons-Morton, B., Lerner, N. y Singer, J.(2005). The observed effects of teenage passengers on the risky behavior of teenage drivers. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 973-982.

Skinner, B. (1977). *Sobre el conductismo*. Barcelona: Fontanella.

Skinner, B. (1953/1970). *Ciencia y conducta humana*. Barcelona: Fontanella.

Smith, B. y Stasson, M. (2000). A comparison of health behavior constructs: Social psychological predictors of AIDS – preventive behavioural intentions. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 443-462.

Stephenson, J. y Obasi, A. (2004). HIV risk-reduction in adolescents. *The Lancet*, 363, 1177-1178

Stakic, S., Zielony, R., Bodiroza, A., Kimzeke, G. (2003). Peer education within a frame of theorie and models of behaviour change. *Entre nous. The european magazine for sexual and reproductive health* 56, 4-6.

Sullman, M (1998). Increasing seat belt usage in logging machinery. *International journal of industrial ergonomics*, 21, 397-405.

Sullman, M.J.M. y Baas, P., Mobile phone use amongst New Zealand drivers. *Transportation Research – Part F Traffic Psychology and Behaviour*, 7, 95-105, 2004.

- Sutton, S.R. (1982). Fear-arousing communications: A critical examination theory and research, en J.R. Eiser (ed). *Social Psychology and behaviour Medicine*. (pp.303-307).Chichester, Jonh Wiley.
- Sutton, S.R. y Hallett, R. (1989). Understanding the effects of fear- arousing communications: the role of cognitive factors and amount of fear arouse. *Journal of behavioural Medicine*,11, 353-360.
- Taberner, P (8 de marzo, 2003). Aumento de los positivos por alcoholemia entre los adolescentes. *La Vanguardia*, 5.
- Tejero, P. y Carbonell, E. (1995). Una experiencia piloto para fundamentar la prevención de accidentes de tráfico de jóvenes. *Intervención Psicosocial*, 10, IV,107-116.
- Tejero, P. y Chóliz, M. (1995). Evaluación de la reacción emocional producida por mensajes sobre consecuencias de accidentes de tráfico. *Anuario de Psicología*, 65, 83-99.
- The Heritage Foundation Executive (2003). *Increased abstinence causes a large drop in teen pregnancy*. Memorandum, 872.
- The Nacional Campaing to Prevent Teen Pregnancy (2002). *Not just Another Single Issue: Teen Pregnancy Link to other Social Issues*.
- Thorson, O. (2006) ¿Es la prevención una herramienta básica para la movilidad? VII *Jornadas estatales de educación vial*. Recuperado el 7 de junio de 2007 desde http://www.molletvalles.net/fileadmin/Image_Archive/ArxiusMollet/SegCiudadana/Jornades/08-06_Ole_Thorson.pdf
- Tortosa, F. (ed).*Seguridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías*. Madrid. Síntesis ed.

Turrissi, R., Jaccard., Kelly, S. and O'Malley, C.M .(1993). Social psychological factors involved en adolescent's efforts to prevent their friends from driving while intoxicated. *Journal of Youth Adolescence*, 22 (2), 147-169.

Twisk, D. (2007). Jóvenes conductores: el camino hacia la seguridad. *Comisión de expertos para el estudio de la problemática de los jóvenes y la seguridad vial*. Racc Automóvil Club Fundación.

UNAIDS (2007). Gender. Recuperado el 22 de octubre de 2007 desde www.unaids.org/en/Policies/Gender/default.asp

Valentín, A y García, J.D (1993). Investigación descriptiva sobre la utilización del ciclomotor. DGT. Madrid.

Valentín, A y Sellés, P (1995). Educación Vial: Estrategia preventiva ante los accidentes de circulación.cap.20. En L., Montoro, E., Carbonell, J., Sanmartín y F., Tortosa (ed). *Seridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías* Madrid.Síntesis.

Vega, J.L. (1992). *Los accidentes de tráfico en la infancia*. D.G.T. Madrid

Velasco, S. (2005). *Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención*. Instituto de la Mujer. Madrid.

Vera, L., Sánchez, F. y Góngora, R. (2006). Conocimientos y percepción del riesgo sobre el Sida em estudiantes de bachillerato de uma universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista de Biomedicina*, 17, 157-168.

Vilà, D. (7 de junio, 2003). El 18% de los motociclistas de Girona circula sin casco. *La Vanguardia*, 4.

Villamarín, F.(2003) Camps d'aplicació de la psicologia de la motivació. En: J. Limonero (Ed.). *Motivació i emoció*, Barcelona: UOC.

Villar, P; Luengo, M.A; Gómez, J.A; Romero, E (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, (15), 4, 581-588.

Von, D., Elbert, S., Ngamvitroj, A., Park, N. y Kang, D. (2004). Predictors of health behaviours in college students. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 463- 474

Weinstein, N.D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behaviour Medicine*, 5, 441-460.

Weinstein, N.D. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3 (5), 431-457.

Weinstein, N.D. (1987). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems: Conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, (5), 481-500.

Weinstein, N.D. (1989). Effects of personal experience on self-protective behavior. *Psychological bulletin*, 105 (1), 31-50.

Weinstein, J. (1992). *Riesgo psicosocial en Jóvenes*. PREALC. Santiago de Chile.

Weinstein, N.D; Grubb, P. y Vautier, J. (1986). Increasing automobile seat belt use: an intervention emphasizing risk susceptibility. *Journal of Applied Psychology*, 71 (2), 285-290.

Weinstein, N.D. y Klein, W.M. (1995). Resistance of personal risk perception to debiasing interventions. *Health Psychology*, 14 (2). 132-140.

Weisse, C.C., Nesselhof- Kendall, S.E., Fleck- Kandath, C. y Baum, A. (1990). Psychosocial aspects of AIDS prevention among heterosexuals. En J.Edwards; R.S.Tindale; L. Heath y E.J.Posavac (Eds.). *Social influence processes and prevention* (pp. 39-70). Nueva York: Plenum Publishing Corporation.

Wilde, G.J.S. (1982). The theory of risk homeostasis: implications for safety and health. *Risk analysis*, 2, 209-225.

Williams, S., Doyle, T., Pittman, L., Weiss, L., Fisher, J.D., Fisher, W. (1998). Roleplayed saber sex skills of heterosexual collage students influenced by both personal and partner factors. *AIDS and Behavior* 2, (3), 177-187.

Zotes, D (2006). El casco es seguridad. Autocity. Recuperado el 22 de marzo de 2007 desde [http://motos.autocity.com/reportajes/Casco-seguridad/09-2006/index los fabricantes de cascos.html?cod=5393](http://motos.autocity.com/reportajes/Casco-seguridad/09-2006/index%20los%20fabricantes%20de%20cascos.html?cod=5393).



ANEXOS

ANEXO 1:

Cifras de muertos, heridos graves y heridos leves que se han producido en las vías españolas interurbanas y urbanas desde 1987 hasta 2007.

Fuente: Dirección General de Tráfico

Total de víctimas de accidente de tráfico durante el periodo 1987- 2007.

(Dirección General de Tráfico, 2003; 2007).

AÑOS	MUERTOS	HERIDOS GRAVES	HERIDOS LEVES
1987	5.858	48.298	105.090
1988	6.348	51.124	113.825
1989	7.188	52.418	116.993
1990	6.948	52.385	103.091
1991	6.797	50.978	97.472
1992	6.014	42.185	87.764
1993	6.378	36.828	80.365
1994	5.615	33.991	79.725
1995	5.751	35.599	85.833
1996	5.483	33.899	90.258
1997	5.604	33.915	91.332
1998	5.957	34.664	106.713
1999	5.738	31.883	111.011
2000	5.776	27.764	122.017
2001	5.517	26.566	123.033
2002	5.347	26.156	120.761
2003	5.399	26.305	124.330
2004	4.741	21.805	116.578
2005*	4.442	21.859	89.093
2006*	3.016	-	-
2007*	2.742	-	-

*Únicamente víctimas por vía interurbana.

ANEXO 2:

**Objetivos en materia de educación vial
para los diferentes cursos.**

IDENTIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL: JUEGO Y MOVIMIENTO

Adquirir la coordinación y el control dinámico general del propio cuerpo para la ejecución de tareas de la vida cotidiana y de actividades de juego, así como para la expresión de sentimientos y emociones.

- a) Progresar en la adquisición de hábitos encaminados a la creación del sentido vial.

CONCEPTOS

Posturas del cuerpo y movimientos en el espacio y el tiempo.
Nociones básicas de orientación en el espacio y el tiempo.

PROCEDIMIENTOS

Exploración de las posibilidades y limitaciones motrices del propio cuerpo en situaciones lúdicas y de la vida cotidiana.
Control activo y adaptación del tono y la postura a las características del objeto, del otro, de la acción y de la situación.

- a) Relaciones espaciales: sentido y dirección, orientación y simetrías, nociones topológicas básicas (dentro/fuera, arriba/abajo, delante/detrás).
- b) Utilización de la acera sin salirse del bordillo y dominio del espacio para no chocarse con las personas.
- c) Uso del paso para peatones sin salirse de las bandas que lo delimitan.
- d) Interpretación de las luces del semáforo, especialmente las dirigidas al peatón.

Descubrimiento y progresivo afianzamiento de la propia lateralidad, desarrollándola libremente en situaciones de la vida cotidiana y de juegos corporales.

- a) Movimientos de orden, sentido, ritmo y marcha.

Situación y desplazamientos en el espacio real: el niño en relación con los objetos y con los demás.

ACTITUDES

Confianza en las propias posibilidades de acción.
Iniciativa para aprender habilidades nuevas.

MEDIO FÍSICO Y SOCIAL: LA VIDA EN SOCIEDAD

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p>Orientarse y actuar autónomamente en los espacios cotidianos y utilizar adecuadamente términos básicos relativos a la organización del tiempo y el espacio en relación a sus vivencias periódicas y habituales.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Tener un comportamiento adecuado como peatón acompañado en el uso de las vías públicas. b) Utilizar adecuadamente y con sentido de la responsabilidad los transportes particulares y colectivos como viajeros. <p>Observar y explorar su entorno físico-social planificando y ordenando su acción en función de la información recibida o percibida, constatando sus efectos y estableciendo relaciones entre la propia actuación y las consecuencias que de ellas se derivan.</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Fomentar en el niño actitudes de conciencia ciudadana en relación al uso de las vías públicas y el tráfico. b) Crear actitudes de respeto a las normas y hacia los agentes de circulación como servidores en la vigilancia y ordenación del tráfico. 	<p>CONCEPTOS</p> <p>La comunidad y su entorno.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El propio entorno. Caracterización y elementos que lo integran. Funciones de algunos de ellos. - Paisaje rural y paisaje urbano. Distintos tipos de paisaje. - La intervención del ser humano en el paisaje (cultivos, urbanización, deterioro,...). <ul style="list-style-type: none"> a) La calle: edificios, la calzada, la acera, el semáforo, coches, peatones, etc. b) Identificación y diferenciación de los conceptos: acera, bordillo, calzada, paso para peatones y semáforos. c) Parte de una vía: calzada , acera y bordillo. <p>Necesidades, ocupaciones y servicios de la vida en común. Los servicios como bienes de todos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los servicios relacionados con el transporte. <ul style="list-style-type: none"> a) Identificación de diferentes medios de transporte habituales en el entorno del escolar. b) Normas de comportamiento como viajero en distintos medios de transporte: colectivo, particular, escolar (espera, bajada, subida, uso de cinturones de seguridad, etc). - Los servicios relacionados con la seguridad y la sanidad: algunas personas e instituciones implicadas. <ul style="list-style-type: none"> a) El agente de tráfico: sus funciones. b) Señales y órdenes de los agentes de circulación. - Normas elementales de Seguridad Vial. <ul style="list-style-type: none"> a) El niño como peatón acompañado. Adecuada utilización de la acera y cruce de calles con semáforos y por el paso para peatones. b) Los peligros de jugar en la calzada.

	<p>c) El cruce de la calzada: cruce de calles sin semáforo ni agente de la circulación, cruce de calles con semáforo, cruce de calles reguladas por agente, utilización de trayectos seguros y de pasos para peatones.</p> <p>d) Comportamiento peatonal en carretera: circular por el arcén, por la izquierda, uno detrás de otro, cruzar por lugares con visibilidad (nunca en las proximidades de curvas y cambios de rasante).</p> <p>- Espacios para el ocio y la cultura: posibilidades que ofrecen.</p> <p>a) Identificación de zonas de juego y de zonas de paseo o de desplazamiento: el parque, el patio del colegio, la calle,...</p> <p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>Observación y atención a manifestaciones, sucesos y acontecimientos del entorno del que el niño forma parte o de aquellos que relatan a través de los medios de comunicación.</p> <p>Observación guiada de diversos elementos del entorno para establecer relaciones de diverso tipo.</p> <p>Observación de las modificaciones que se producen en los elementos del paisaje y en la vida de las personas por el paso del tiempo, el clima y la intervención humana.</p> <p>ACTITUDES</p> <p>Respeto y cuidado por los elementos del entorno y valoración de su importancia para la vida misma.</p> <p>Interés por conocer las características del propio entorno.</p> <p>Valoración ajustada de los factores de riesgo de accidentes existentes en su entorno.</p>
--	--

COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN: LENGUAJE ORAL

Expresar sentimientos, deseos e ideas mediante el lenguaje oral, ajustándose progresivamente a los diferentes contextos y situaciones de comunicación habituales y cotidianas y a los diferentes interlocutores.

- a) Interpretar situaciones y adquirir hábitos de prudencia en relación al tráfico.

CONCEPTOS

Textos orales de tradición cultural (canciones, romanzas, cuentos, coplas, poesías, dichos populares, refranes, etc.).

PROCEDIMIENTOS

Producción de mensajes referidos a informaciones, necesidades, emociones y deseos mediante la expresión corporal, la realización de pinturas y dibujos, el lenguaje oral o cualquier otro medio de expresión.

Evocación y relato de hechos, cuentos, incidentes y acontecimientos de la vida cotidiana debidamente ordenados en el tiempo.

Producción de textos orales sencillos según la estructura formal de rimas, canciones, pareados, adivinanzas.

- a) Describir y analizar conductas en el cruce de calles con pasos para peatones, semáforos o agentes.
- b) Analizar distintos comportamientos como peatón en el uso de la acera.
- c) Dar ejemplo sobre los efectos que en otros peatones y en uno mismo tiene una conducta peatonal inadecuada.

ACTITUDES

Interés por las explicaciones de los otros (adultos, niños) y actitud de curiosidad en relación con las informaciones que recibe.

COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN: APROXIMACIÓN AL LENGUAJE ESCRITO

OBJETIVOS	CONTENIDOS
<p>Interesarse y apreciar las producciones propias y de sus compañeros y algunas de las diversas obras artísticas e icónicas que se le presentan, atribuyéndoles progresivamente significado y aproximándose así a la comprensión del mundo cultural al que pertenece.</p> <p>a) Descubrir la función de diferentes formas de expresión gráfica tales como dibujos o señales convencionales.</p> <p>Utilizar las normas que rigen los intercambios lingüísticos y las señales extralingüísticas en diferentes situaciones de comunicación para reforzar el significado de sus mensajes y atribuir sentido a los que recibe.</p> <p>a) Conocer la importancia que tienen las señales de tráfico y las señales y órdenes de los agentes de circulación.</p>	<p>CONCEPTOS</p> <p>Los instrumentos de la lengua escrita: libro, revista, periódico, cuento, cartel, etiquetas, anuncios y otros.</p> <p>PROCEDIMIENTOS</p> <p>Interpretación de imágenes, carteles, grabados, fotografías, etc., que acompañan a textos escritos, estableciendo relaciones entre ambos.</p> <p>Comprensión y producción de imágenes debidamente secuenciadas (ordenación cronológica de fotografías, historietas gráficas, en soporte magnético, etc).</p> <p>a) Describir y analizar conductas en el cruce de calles con pasos para peatones, semáforos o agentes.</p> <p>b) Analizar distintos comportamientos como peatón en el uso de la acera.</p> <p>c) Dar ejemplo sobre los efectos que en otros peatones y en uno mismo tiene una conducta peatonal inadecuada.</p> <p>Producción y utilización de sistemas de símbolos sencillos (cenefa, signos icónicos, diversos garabatos) para transmitir mensajes simples.</p> <p>a) Interpretar el significado general de las formas y colores de las señales.</p> <p>b) Identificar la señalización habitual en el entorno del escolar.</p> <p>ACTITUDES</p> <p>Valoración de la utilidad del lenguaje escrito como medio de comunicación, información y disfrute.</p>

COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN: EXPRESIÓN CORPORAL

Descubrir y utilizar las propias posibilidades motrices sensitivas y expresivas, adecuadas a las diversas actividades que emprende en su vida cotidiana.

- a) Progresar en la adquisición de hábitos encaminados a la creación del sentido vial tales como hábitos de observación visual, auditiva, psicomotóricos relacionados con la noción espacial, de prudencia y pronta decisión.

CONCEPTOS

Control del cuerpo: actividad, movimiento, respiración, reposo, relajación.

PROCEDIMIENTOS

Ajuste del propio movimiento al espacio y al movimiento de los otros.

- a) Analizar distintos comportamientos como peatón en el uso de la acera.
- b) Identificar comportamientos inadecuados en el uso de la acera.
- c) Dar ejemplos sobre los efectos que en otros peatones y en uno mismo tiene una conducta peatonal inadecuada en el uso de la acera.

Descubrimiento y experimentación de los recursos básicos de expresión del propio cuerpo (movimiento, sonidos, ruidos), individualmente y en grupo, para expresar sentimientos y emociones propias y de los demás.

- a) Conocer y responder prontamente a las señales acústicas y luminosas.
- b) Crear actitudes de prevención, y conocer y emplear técnicas defensivas en relación al tráfico.

Imitación y representación de situaciones, personajes e historias sencillas, reales y evocados, individualmente y en pequeños grupos.

- a) Interpretar circunstancias en que el peatón vea comprometida su seguridad por un comportamiento indebido.
- b) Analizar distintos comportamientos como viajero en vehículos particulares.

ACTITUDES

Confianza en las propias posibilidades de acción.

Interés e iniciativa para participar en representaciones.

COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN: RELACIONES, MEDIDA Y REPRESENTACIÓN EN EL ESPACIO

OBJETIVOS

Utilizar a un nivel ajustado las posibilidades de la forma de representación matemática para describir algunos objetos y situaciones del entorno, sus características y propiedades, y algunas acciones que pueden realizarse sobre ellos, prestando atención al proceso y los resultados obtenidos.

CONTENIDOS

CONCEPTOS

Formas, orientación y representación en el espacio.

- Formas planas: círculo, cuadrado, rectángulo, triángulo.
- Las formas y cuerpos en el espacio: arriba, abajo; sobre, bajo; dentro, fuera; delante, detrás; lejos, cerca; derecha, izquierda; cerrado, abierto,...

PROCEDIMIENTOS

La medida

Comparaciones (más largo que, más corto que, más grande que, más pequeño que...).

- a) Reconocer en una ilustración diferentes tipos de vías públicas.
- b) Diferenciar diferentes vías públicas según su trazado, (anchura, longitud, etc.) en situaciones reales, ilustraciones, videos, diapositivas, etc. según la zona en que se encuentren.

Formas, orientaciones y representación en el espacio.
Situación y desplazamiento de objetos en relación de uno con otro, de uno mismo en relación con los objetos.

Utilización de las nociones espaciales básicas para explicar la ubicación propia, de algún objeto, de alguna persona.

- a) Analizar distintos comportamientos como peatón en el uso de la acera.
- b) Identificar un adecuado comportamiento peatonal en el uso de la acera.

Exploración sistemática de algunas figuras y cuerpos geométricos para descubrir sus propiedades y establecer relaciones.

- a) Conocer el significado general de las formas y colores de las señales.
- b) Identificar la señalización habitual en el entorno próximo al escolar.

ACTITUDES

Interés por mejorar y precisar la descripción de situaciones, orientaciones y relaciones.

IDENTIDAD Y AUTONOMÍA PERSONAL: EL CUERPO HUMANO Y LA PROPIA IMAGEN

Descubrir y utilizar las propias posibilidades motrices sensitivas y expresivas, adecuadas a las diversas actividades que emprende en su vida cotidiana.

- a) Progresar en la adquisición de hábitos encaminados a la creación del sentido vial tales como hábitos de observación visual, auditiva, psicomotóricos relacionados con la noción espacial, de prudencia y pronta decisión.
- b) Conocer y responder prontamente a las señales acústicas y luminosas.
- c) Crear actitudes de prevención, y conocer y emplear técnicas defensivas en relación al tráfico.

CONCEPTOS

Sensaciones y percepciones del propio cuerpo.

- Los sentidos y sus funciones.

PROCEDIMIENTOS

Utilización de los sentidos en la explotación del cuerpo y de la realidad exterior e identificación de las sensaciones y percepciones que se obtienen.

- a) Desarrollo de la observación y hábitos de la misma para la adquisición del sentido vial.
- b) Ejercicios de observación visual: observación directa o indirecta del propio colegio y calles próximas observando edificios, vehículos, calles, señales de tráfico, etc.
- c) Ejercicios de observación auditiva: localizar la procedencia de los sonidos y distinguir sonidos de coches, motos, autobuses, trenes, etc.
- d) Distinción de los sonidos y colores.
- e) Conocimiento de señales acústicas y luminosas: hábitos de responder prontamente a señales visuales y sonoras.
- f) Ejercicios de prudencia y pronta decisión: simulación de situaciones de tráfico y ejercicios de fomento de reflejos en situaciones imprevistas.

ACTITUDES

Confianza en las posibilidades propias y en la propia capacidad para realizar aquellas tareas y conductas que estén al alcance del niño.

CONOCIMIENTO DEL MEDIO: EL PAISAJE		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Reconocer en los elementos del medio social los cambios y transformaciones relacionados con el paso del tiempo, indagar algunas relaciones de simultaneidad y sucesión de dichos cambios y aplicar estos conceptos al conocimiento de otros momentos históricos.</p> <p>(a) Conocer el entorno físico próximo al alumno en relación con el tráfico.</p> <p>(b) Identificar los elementos principales de su entorno físico (accidentes geográficos, tiempo atmosférico, etc.) y estimar su influencia en el trazado de las vías de comunicación terrestre.</p> <p>(c) Conocer las normas de circulación peatonal en carretera y adquirir hábitos de comportamiento y prudencia en el uso de las vías como peatón.</p>	<p>CONCEPTOS. Elementos que configuran el paisaje natural: relieve, clima, agua, vegetación. Vías de comunicación y poblaciones.</p> <p>(a) Adaptación al medio y modificación del mismo por las personas.</p> <p>(b) Principales tipos y vías de comunicación de la localidad, la comarca, de la Comunidad Autónoma y de España.</p> <p>(c) Antecedentes históricos de las vías públicas.</p> <p>(d) Clases de vías públicas: vías urbanas, vías interurbanas, travesías.</p> <p>(e) Partes de una vía: calzada, acera, bordillo, arcén y carril.</p> <p>(f) Comportamiento peatonal en zona urbana: adecuada utilización de la acera.</p> <p>El cruce de la calzada: cruce de calles sin semáforo ni agente de la circulación, cruce de calles con semáforo, cruce de calles reguladas por agente, utilización de trayectos seguros y de pasos para peatones.</p> <p>(g) Comportamiento peatonal en carretera: circular por el arcén, por la izquierda, en fila india, cruzar por lugares con visibilidad (nunca en las proximidades de curvas y cambios de rasante).</p> <p>PROCEDIMIENTOS. Elaboración de planos e interpretación de planos y mapas sencillos, utilizando signos convencionales y aplicando nociones básicas de escala.</p> <p>(a) Utilización de planos para orientarse y desplazarse en el espacio.</p> <p>ACTITUDES. Interés y curiosidad por identificar y conocer los elementos más característicos del paisaje.</p>	<p>Utilizar el conocimiento de los elementos característicos (paisaje, actividades humanas, población) de las distintas regiones españolas para establecer semejanzas y diferencias entre ellas y valorar la diversidad y riqueza del conjunto del país.</p> <p>Obtener información concreta y relevante sobre hechos o fenómenos previamente delimitados a partir de la consulta de documentos diversos (imágenes, planos, mapas, textos descriptivos y tablas estadísticas sencillas) seleccionados por el profesor.</p>

CONOCIMIENTO DEL MEDIO: MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRANSPORTE		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Identificar algunos objetos y recursos tecnológicos en el medio y valorar su contribución a satisfacer determinadas necesidades humanas, adoptando posiciones favorables a que el desarrollo tecnológico se oriente hacia usos pacíficos y hacia una mayor calidad de vida.</p> <p>(a) Analizar críticamente los mensajes de la propaganda y publicidad, estableciendo las diferencias entre hechos y opiniones.</p> <p>(b) Utilizar adecuadamente y con sentido de la responsabilidad los transportes particulares y colectivos como viajero.</p> <p>Reconocer y apreciar su pertenencia a unos grupos sociales con características y rasgos propios (pautas de comportamiento, relaciones entre miembros, costumbres y valores compartidos, etc.)</p> <p>(a) Descubrir la importancia que tienen las señales de tráfico, y adquirir el conocimiento de su significado.</p>	<p>CONCEPTOS. Los medios de comunicación interpersonal y de masas.</p> <p>(a) <i>Los medios de comunicación de masas: prensa, radio, televisión, cine, video. Información: noticias, publicidad y consumo.</i></p> <p>Redes y Medios de Transporte.</p> <p>(a) <i>Redes e infraestructura de transportes: carreteras, ferrocarriles, puertos, aeropuertos, etc.</i></p> <p>(b) <i>Medios de transporte.</i></p> <p>(c) <i>Medios de transporte y actividad económica.</i></p> <p>(d) <i>Medios de transporte y turismo.</i></p> <p>(e) <i>Normas de comportamiento como viajero en distintos medios de transporte: colectivo, particular, escolar (espera, bajada, subida, uso de cinturones de seguridad, etc.)</i></p> <p>Normas y Señales de Tráfico. Normas de circulación en la ciudad y en la carretera dirigidas al peatón y al conductor.</p> <p>(a) <i>Señalización vertical: de peligro, prohibición, obligación e indicación.</i></p> <p>(b) <i>Señalización luminosa: los semáforos.</i></p> <p>(c) <i>Marcas viales: pasos para peatones, líneas continuas y discontinuas, etc.</i></p> <p>(d) <i>Señales y órdenes de los agentes de la circulación.</i></p> <p>PROCEDIMIENTOS. Iniciación en el análisis crítico de la información y de los mensajes publicitarios recibidos a través de los medios.</p> <p>Planificación de itinerarios de viajes simulados y reales utilizando diversos medios de transporte y situándolos en el mapa.</p> <p>(a) <i>Uso y consulta de libros de viaje, folletos turísticos, mapas de carreteras y ferrocarriles, etc. en la planificación de viajes simulados o reales.</i></p> <p>(b) <i>Previsión de los requisitos y necesidades que se plantean en la realización de un viaje (consulta de mapas, presupuesto, combinación de transportes, ropa necesaria, información sobre el lugar de destino, etc.).</i></p>	<p>Identificar y clasificar las principales actividades económicas del entorno asociándolas a los sectores de producción y a algunas características del medio natural.</p> <p>Ordenar temporalmente algunos hechos históricos relevantes, y otros hechos referidos a la evolución de la vivienda, el trabajo, el transporte y los medios de comunicación, a lo largo de la historia de la humanidad...</p> <p>Abordar problemas sencillos del entorno inmediato recogiendo información de diversas fuentes (encuestas, cuestionarios, imágenes y documentos escritos) elaborando la información recogida (tablas, gráficos y resúmenes), sacando conclusiones y formulando posibles soluciones.</p> <p>Representar espacios mediante planos y mapas con escala gráfica y desplazarse en lugares desconocidos.</p>

OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	<p><i>(c) Utilización autónoma de los medios de transporte habituales de la localidad.</i></p> <p>Análisis y clasificación de los distintos tipos de señalización vial: marcas viales, señales verticales y luminosas.</p> <p>ACTITUDES. Sensibilidad ante la influencia que ejercen los medios de comunicación en la formación de opiniones con especial atención a la publicidad y al consumo.</p> <p>Valoración de los medios de transporte colectivos respetando las normas establecidas para su uso.</p> <p>Valoración del impacto del desarrollo tecnológico sobre la evolución de los medios de comunicación y transporte. <i>(a) Valoración de la importancia de la infraestructura en el transporte y comercialización del producto.</i></p> <p>Respeto a las normas y señales de tráfico como reguladoras de los desplazamientos de las personas en las vías públicas.</p>	

CONOCIMIENTO DEL MEDIO: MÁQUINAS Y APARATOS		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Diseñar y construir dispositivos y aparatos con una finalidad previamente establecida, utilizando su conocimiento de las propiedades elementales de algunos materiales, substancias y objetos.</p> <p>(a) Conocer los principios físicos y mecánicos de la bicicleta.</p> <p>Identificar algunos objetos y recursos tecnológicos que inciden en los medios de transporte, desarrollando al mismo tiempo una actitud crítica ante las posibles consecuencias negativas derivadas de un uso incorrecto e indiscriminado de los mismos.</p> <p>(a) Desarrollar el sentido de la responsabilidad referido a la conducción de la bicicleta y tener conciencia de los peligros que puede suponer.</p> <p>(b) Conocer las normas y señales relativas a la circulación de las bicicletas.</p> <p>(c) Elegir los lugares adecuados para la conducción y uso de la bicicleta.</p>	<p>CONCEPTOS.</p> <p>Máquinas y aparatos de uso más frecuente en la vida cotidiana.</p> <p>(a) Máquinas simples y compuestas.</p> <p>(b) Elementos (operadores) comunes a distintas máquinas.</p> <p>(c) Combinación de operadores y función global de la máquina.</p> <p>Las máquinas transmisoras y transformadoras del movimiento.</p> <p>(a) Operadores que transmiten y transforman la fuerza y el movimiento (eje, rueda, cable, palanca, polea, engranajes y manivela)</p> <p>(b) La bicicleta: nociones mecánicas y motrices.</p> <p>(c) Elementos de la bicicleta: frenos, transmisión, ruedas, alumbrado, etc.</p> <p>(d) Mantenimiento de la bicicleta: Reparación de averías más frecuentes: pinchazos, cables de freno, etc.</p> <p>(e) Normas fundamentales en la conducción de bicicletas: circular lo más próximo a la derecha y por el arcén si lo hay, en fila india, mantener una velocidad adecuada, señalización de maniobras, giros, etc. Normas específicas de la circulación de bicicletas en ciudad y en carretera.</p> <p>PROCEDIMIENTOS.</p> <p>Observación, manipulación (desmontar y montar) y análisis del funcionamiento de aparatos y máquinas sencillas del entorno habitual (bicicleta, juguetes mecánicos, etc.)</p> <p>Identificación de operadores parciales (eje, rueda, cable, palanca, plano inclinado, polea, engranaje y manivela) en el entorno habitual y análisis de sus funciones.</p> <p>ACTITUDES.</p> <p>Valoración de los aparatos y máquinas del entorno habitual como construcciones humanas destinadas a satisfacer las necesidades de las personas y a mejorar su calidad de vida.</p> <p>Respeto de las normas de uso, seguridad y mantenimiento en el manejo de herramientas, aparatos y máquinas.</p>	<p>Utilizar fuentes energéticas simples, operadores que conviertan o transmitan movimientos y soportes sencillos para construir algunos aparatos con una finalidad previa.</p>

CONOCIMIENTO DEL MEDIO: EL SER HUMANO Y LA SALUD		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Comportarse de acuerdo con los hábitos de salud y cuidado corporal que se derivan del conocimiento del cuerpo humano y de sus posibilidades y limitaciones.</p> <p>(a) Conocer y practicar las primeras medidas de seguridad en caso de accidente.</p> <p>(b) Conocer y practicar las normas de socorrismo y primeros auxilios.</p> <p>Interpretar, expresar y representar hechos, conceptos y procesos del medio socio-natural mediante diferentes códigos (cartográficos, numéricos, técnicos).</p> <p>(a) Identificar los principales grupos de riesgo y analizar dónde, cómo y cuándo se producen los accidentes de tráfico.</p>	<p>CONCEPTOS.</p> <p>La Salud.</p> <p>(a) Seguridad y primeros auxilios.</p> <p>(b) Conducta a seguir ante un accidente de circulación: Hacer más seguro el lugar del accidente, avisar a los demás conductores, solicitar ayuda, etc.</p> <p>(c) Instrucciones elementales de socorrismo: No mover al herido. Normas para hacerlo en caso necesario.</p> <p>(d) Causas de accidentabilidad y grupos de riesgo.</p> <p>PROCEDIMIENTOS.</p> <p>Análisis de las repercusiones de determinadas prácticas y actividades sociales sobre el desarrollo y la salud.</p> <p>ACTITUDES.</p> <p>Valorar la aportación al propio bienestar y al de los demás a través de la ejecución, distribución y organización de tareas y actividades.</p>	<p>Abordar problemas sencillos del entorno inmediato recogiendo información de diversas fuentes (encuestas, cuestionarios, imágenes y documentos escritos), elaborando la información recogida (tablas, gráficos y resúmenes), sacando conclusiones y formulando posibles soluciones.</p> <p>Identificar las repercusiones sobre la salud individual y social de determinados hábitos de comportamiento.</p>

MATEMÁTICAS: FORMAS GEOMÉTRICAS Y SITUACIONES EN EL ESPACIO		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Elaborar y utilizar estrategias personales de estimación, cálculo mental y orientación espacial para la resolución de problemas sencillos, modificándolos si fuera necesario.</p> <p>(a) Adquirir y desarrollar hábitos encaminados a la creación del sentido vial: cálculo de distancias, tiempos, desplazamientos, etc.</p> <p>(b) Simular y buscar relaciones a diferentes situaciones problemáticas de tráfico utilizando croquis, planos y maquetas.</p>	<p>CONCEPTOS.</p> <p>La situación en el espacio (distancias, ángulos, giros y sistemas de coordenadas cartesianas).</p> <p>(a) La situación de un objeto en el espacio.</p> <p>(b) Distancias, desplazamientos, ángulos y giros como elementos de referencia.</p> <p>(c) Apreciación de distancias y cálculos de los desplazamientos de vehículos en carretera y en zona urbana.</p> <p>La representación elemental en el espacio (planos, mapas, maquetas).</p> <p>(a) Utilización y elaboración de planos, mapas, maquetas, utilizando signos convencionales y aplicando nociones básicas de escala (doble, mitad, triple, tercio, etc.).</p> <p>(b) Elaboración e interpretación de escalas básicas.</p> <p>PROCEDIMIENTOS.</p> <p>Descripción de la situación y posición de un objeto en el espacio con relación a uno mismo y/o a otros puntos de referencia apropiados.</p> <p>Interpretación y descripción verbal de croquis, planos, maquetas y mapas.</p> <p>ACTITUDES.</p> <p>Valoración de la utilidad de los sistemas de referencia y de la representación espacial en actividades cotidianas.</p> <p>Interés y perseverancia en la búsqueda de soluciones a situaciones problemáticas relacionadas con la organización y utilización del espacio.</p>	<p>Realizar e interpretar una representación espacial (croquis de un itinerario plano, maqueta), tomando como referencia elementos familiares y estableciendo relaciones entre ellos.</p>

EDUCACIÓN FÍSICA: EL CUERPO IMÁGEN Y PERCEPCIÓN		
OBJETIVOS	CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>Resolver problemas que exijan el dominio de patrones motrices básicos adecuándose a los estímulos perceptivos y seleccionando los movimientos, previa valoración de sus posibilidades.</p> <p><i>(a) Adquirir y desarrollar hábitos encaminados a la creación del sentido vial, de observación y psicomotóricos relacionados con la noción espacial y temporal.</i></p>	<p>CONCEPTOS. Las posibilidades perceptivas y motrices del cuerpo.</p> <p><i>(a) Distinción de los sonidos y colores.</i> <i>(b) Conocimiento de señales acústicas y luminosas: hábitos de responder prontamente a señales visuales y sonoras.</i></p> <p>Nociones asociadas a relaciones espaciales y temporales.</p> <p><i>(a) Relaciones espaciales: sentido y dirección, orientación y simetrías, nociones topológicas básicas (dentro/fuera, arriba/abajo, delante/detrás...)</i> <i>(b) Relaciones temporales: ritmo, duración, secuencia y velocidad.</i> <i>(c) Movimientos de orden, sentido, ritmo y marcha.</i></p> <p>PROCEDIMIENTOS. Experimentación y exploración de las capacidades perceptivo-motrices.</p> <p>Coordinación dinámica, estática y visomotora para el control dinámico general del cuerpo.</p> <p>Percepción y estructuración espacio-temporal.</p> <p>ACTITUDES. Seguridad, confianza en sí mismo y autonomía personal.</p> <p>Apreciación de distancias, magnitudes, tiempo invertido y percepción de velocidad de los vehículos ante determinados comportamientos peatonales como puede ser el cruce de calles y carreteras.</p>	<p>Ajustar los movimientos corporales a diferentes cambios de las condiciones de una actividad, tales como duración y el espacio donde se realiza.</p> <p>Utilizar en la actividad corporal la habilidad de girar sobre el eje longitudinal y transversal para aumentar la competencia motriz.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>4. Identificar y analizar, a diferentes escalas, las interacciones que las sociedades humanas establecen con sus territorios en la utilización del espacio y en el aprovechamiento de los recursos materiales, valorando las consecuencias de tipo económico, social, político y medio ambiental de las mismas.</p> <p>a) Conocer el entorno físico próximo al alumnado en relación con el tráfico.</p> <p>b) Adoptar hábitos de conciencia ciudadana referidos a la circulación.</p> <p>c) Valorar la importancia que tiene el respeto de las normas y señales de tráfico e interpretar el conocimiento de su significado.</p> <p>d) Identificar las principales causas de accidentalidad, sobre todo las referidas al grupo de riesgo 12-16 años.</p>	<p style="text-align: center;">CIENCIAS SOCIALES, GEOGRAFIA E HISTORIA</p> <p>1. SOCIEDAD Y TERRITORIO</p> <p>Conceptos</p> <p>5. El espacio urbano:</p> <p>- El hecho urbano: evolución y cambios: las funciones de la ciudad y la organización del territorio; el espacio urbano y la estructura socioeconómica; las relaciones campo ciudad.</p> <p>- Red y espacios urbanos en España.</p> <p>a) <i>El crecimiento del tráfico rodado en ciudades y carreteras. El conocimiento de las normas, reglas y señales de tráfico. La prevención de accidentes de tráfico de los alumnos y alumnas en su condición de peatones, pasajeros o conductores especialmente de bicicletas y ciclomotores.</i></p> <p>b) <i>Espacios y redes urbanas en España y en la propia CC.AA.: Redes urbanas y estructura socioeconómica.</i></p> <p>c) <i>Vestigios del pasado en nuestro medio: Antecedentes históricos de las vías públicas.</i></p> <p>d) <i>Clases de vías públicas: Vías urbanas, vías interurbanas, travesías.</i></p> <p>e) <i>Partes de una vía pública: acera, calzada, carril, arcén.</i></p> <p>f) <i>Recapitulación de las normas de circulación peatonal en zona urbana, carretera y como viajero en transportes particulares y colectivos.</i></p> <p>g) <i>La señalización: Señales y órdenes de los agentes de circulación, señalización circunstancial que modifique el régimen normal de utilización de la vía, semáforos, señales verticales de circulación, marcas viales.</i></p>	<p>6. Identificar los diferentes usos del suelo en una determinada ciudad y su área de influencia, analizándolo como manifestación de la diferencia funcional y jerarquización social del espacio.</p> <p>7. Localizar la jerarquía urbana y los grandes ejes de comunicación y transporte en España, caracterizándolos como instrumentos determinantes de la organización económica y política del espacio y como manifestación de importantes contrastes regionales en el territorio español.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	<p><i>h) Normas fundamentales en la conducción de bicicletas y ciclomotores en ciudad y en carretera: circular lo más próximo a la derecha, por el arcén si lo hay, en fila india, nunca zigzagueando entre los demás vehículos, llevar una velocidad adecuada al tráfico, condiciones de la calzada y atmosféricas; advertir las maniobras a los demás usuarios, e interpretar las señales de los demás vehículos... Requisitos para obtener la licencia de conducción.</i></p>	

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	<p>Procedimientos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Obtención, selección y registro de informaciones relevantes sirviéndose de distintos medios y fuentes de información (incluido el trabajo del campo). 2. Lectura e interpretación de fotografías aéreas, planos y mapas de distintas características y escalas: elaboración de croquis y mapas temáticos a partir de informaciones obtenidas por distintos medios (observación directa, datos estadísticos, bases de datos, etc). <ol style="list-style-type: none"> a) Interpretación de fotografías, croquis, planos y mapas. b) Lectura e interpretación de gráficos y diagramas de distinto tipo y elaboración de éstos a partir de tablas y cuadros estadísticos. 5. Análisis de las interacciones entre el medio y la acción humana que se produce en procesos y manifestaciones geográficas como la contaminación, la configuración de un paisaje determinado, o la localización y distribución de determinados hechos geográficos. <ol style="list-style-type: none"> a) Preparación y realización de debates, negociaciones simuladas, etc., en torno a problemas especiales reales o ficticios considerando las circunstancias, las posiciones y alternativas existentes y evaluando las consecuencias medioambientales, económicas, sociales, etc., que puedan derivarse, por ejemplo: la remodelación de un barrio urbano, la incidencia de las vías de comunicación y el tráfico en la calidad de vida de los ciudadanos, etc. 	<ol style="list-style-type: none"> 26. Utilizar el mapa topográfico como instrumento de información y análisis sobre el territorio e interpretar y elaborar correctamente distintos tipos de gráficos (lineales, de barras, de sectores, ...) y mapas temáticos, utilizándolos como medio para comunicar determinadas informaciones. 29. Identificar elementos de los modelos éticos de vida y comportamiento humano en diferentes tomas de posición a propósito de dilemas morales que se plantean en el mundo actual.

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>2. Identificar los procesos y mecanismos básicos que rigen el funcionamiento de los hechos sociales, utilizar este conocimiento para comprender las sociedades contemporáneas, analizar los problemas más acuciantes de las mismas y formarse un juicio personal crítico y razonado.</p>	<p>Actitudes</p> <p>1. Curiosidad por descubrir y conocer territorios y paisajes de muy distinto tipo y valoración de su diversidad natural y cultural que es necesario preservar.</p> <p>a) <i>Valorar el hecho urbano como realidad básica de nuestro mundo, en relación con el desarrollo de una perspectiva ambiental en educación y, de manera específica, con actitudes de relativismo y tolerancia.</i></p> <p>b) <i>Responsabilidad y prudencia en el uso de las vías urbanas como peatones, viajeros o conductores de bicicletas y ciclomotores.</i></p> <p>c) <i>Respeto de las normas y señales de tráfico como reguladoras de los desplazamientos de las personas en las vías públicas.</i></p>	

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>4. Identificar y analizar a diferentes escalas las interacciones que las distintas sociedades humanas establecen con sus territorios en la utilización del espacio y el aprovechamiento de los recursos materiales, valorando las consecuencias de tipo económico, social, político y medioambiental de las mismas.</p> <p>a) <i>Identificar los elementos principales de su entorno físico (accidentes geográficos, tiempo atmosférico, etc.) y estimar su influencia en el trazado de las vías de comunicación terrestre.</i></p>	<p>1. SOCIEDAD Y TERRITORIO</p> <p>Conceptos</p> <p>4. Las actividades económicas y el espacio geográfico:</p> <p><i>-Diversidad y desarrollo de las actividades terciarias en España y en el mundo.</i></p> <p>a) <i>Actividades productivas del sector terciario: comercio, transporte, comunicaciones, ocio, turismo.</i></p> <p>b) <i>El comercio en el mundo en relación con los sistemas de transporte y el desarrollo actual de las comunicaciones. El sector comercial en España: principales mercados nacionales y extranjeros:</i></p> <p><i>-Medios de transporte.</i></p> <p><i>-Medios de transporte y actividad económica.</i></p> <p><i>-Medios de transporte y turismo.</i></p> <p><i>-Recapitulación de normas relativas al correcto comportamiento como usuario de vehículos de transporte particulares y colectivos.</i></p> <p>Procedimientos.</p> <p>2. Lectura e interpretación de fotografías aéreas, planos y mapas de distintas características y escalas:</p> <p>a) <i>Planificación de itinerarios de viajes simulados y reales utilizando diversos medios de transporte y situándolos en el mapa.</i></p> <p>b) <i>Uso y consulta de guías de viajes, folletos turísticos, mapas de carreteras y ferrocarriles, etc. en la planificación de viajes simulados y reales.</i></p>	<p>5. Localizar y caracterizar los principales espacios industriales y centros de producción de materias primas y fuentes de energía en el mundo y en España, analizando las relaciones de intercambio que se establecen entre países desarrollados y subdesarrollados en el comercio de estos productos.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>b) <i>Valorar la incidencia que una buena infraestructura tiene en el desarrollo económico de un país o región.</i></p>	<p>3. Lectura e interpretación de gráficos y diagramas de distintos tipos y elaboración de éstos a partir de tablas y cuadros estadísticos.</p> <p>a) <i>Estudio de la producción, elaboración y comercialización de un producto.</i></p> <p>b) <i>Relaciones entre infraestructura y comercio interior y exterior.</i></p> <p>Actitudes</p> <p>1. Curiosidad por descubrir y conocer territorios y paisajes de muy distinto tipo y valoración de su diversidad como una riqueza a la vez natural y cultural que es necesario preservar.</p> <p>a) <i>Valorar la relación de las comunicaciones humanas con el medio en orden a la obtención de recursos para su subsistencia y desarrollo, y analizar las interacciones entre los factores que entran en juego en las actividades de producción, uso e intercambio de recursos, etc.</i></p> <p>b) <i>Valoración de la importancia de la infraestructura en el transporte y comercialización de un producto.</i></p> <p>2. Toma de conciencia de los grandes problemas y riesgos que la acción humana provoca en el medio ambiente y los recursos naturales y disposición favorable para su conservación y defensa.</p> <p>a) <i>Valoración del impacto del desarrollo tecnológico sobre la evolución de los medios de comunicación y transporte.</i></p> <p>b) <i>Valoración de los medios de transporte colectivos o particulares respetando las normas establecidas para uso.</i></p>	

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>7. Obtener y relacionar información verbal, icónica, estadística, cartografía,... a partir de distintas fuentes y en especial de los actuales medios de comunicación; tratarla de manera autónoma y crítica de acuerdo con el fin perseguido y comunicarlo a los demás de manera organizada e inteligible.</p> <p>a) <i>Analizar críticamente los medios de comunicación de la información, los mensajes de la propaganda y publicidad, sobre todo los relacionados con vehículos, estableciendo las diferencias entre hechos y opiniones.</i></p> <p>b) <i>Valorar las campañas institucionales en relación a la mejora de la seguridad del tráfico.</i></p>	<p style="text-align: center;">CIENCIAS SOCIALES, GEOGRAFIA E HISTORIA</p> <p>3. EL MUNDO ACTUAL</p> <p>Conceptos</p> <p>5. El espacio urbano:</p> <p>1. Transformaciones y desequilibrios en el mundo actual: El papel de los medios de comunicación.</p> <p>a) <i>Vehículos y publicidad. Su incidencia en el comportamiento vial.</i></p> <p>b) <i>Campañas institucionales en relación a la mejora de la seguridad en el tráfico.</i></p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Análisis y evaluación crítica de informaciones proporcionadas por distintos medios de comunicación de masas (prensa, radio y televisión) sobre un mismo hecho o cuestión de actualidad.</p> <p>Actitudes</p> <p>1. Interés por estar bien informado y actitud crítica ante la información y los mensajes procedentes de las redes y medios de comunicación.</p> <p>a) <i>Actitud de preocupación por el rigor de la objetividad en el trabajo con las diversas informaciones.</i></p>	<p>20. Identificar, analizar y valorar el impacto en nuestra sociedad del constante desarrollo científico y técnico y en particular el que está afectando al mundo de la información, analizando y valorando sus repercusiones en los ámbitos político, económico, cultural, etc.</p> <p>25. Obtener información relevante, explícita e implícita, a partir de varias fuentes de información de distinto tipo (documentos escritos, objetos materiales, imágenes, obras de arte, etc) distinguiendo en ellas los datos y opiniones que proporcionan en torno a un tema no estudiado previamente.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>5. Elaborar criterios personales y razonados sobre cuestiones científicas y tecnológicas básicas de nuestra época mediante el contraste y evolución de informaciones obtenidas en distintas fuentes.</p> <p>a) <i>Identificar objetos y recursos tecnológicos que inciden en los medios de transporte, desarrollando al mismo tiempo una actitud crítica ante las posibles consecuencias negativas derivadas de un uso incorrecto e indiscriminado de los mismos.</i></p> <p>b) <i>Analizar e identificar grupos de alto riesgo y características de los vehículos implicados.</i></p> <p>c) <i>Comportarse de acuerdo con los hábitos de comportamiento y prudencia en relación a la velocidad como conductores de bicicletas y ciclomotores.</i></p>	<p style="text-align: center;">AREA DE CIENCIAS DE LA NATURALEZA</p> <p>10. LAS FUERZAS Y LOS MOVIMIENTOS</p> <p>Conceptos</p> <p>1. Movimiento. Estudio cualitativo de cualquier movimiento. Tratamiento cualitativo del movimiento rectilíneo uniforme. Cálculo de la aceleración.</p> <p>a) <i>Adecuar la velocidad en la conducción de las bicicletas y ciclomotores ante circunstancias tales como: giros, cruces, frenados, circunstancias generales del tráfico, pasos para peatones, salidas de colegios, fábricas, etc.</i></p> <p>b) <i>Aceleración negativa. El espacio recorrido por un móvil antes de detenerse: tiempos de reacción, frenada y detención.</i></p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Diseño y realización de experiencias para el análisis de distintos movimientos donde se tomen datos, se tabulen y se obtengan conclusiones.</p> <p>2. Observación y análisis de movimientos que se producen en la vida cotidiana, emitiendo posibles explicaciones sobre la existente entre fuerzas y movimientos.</p> <p>Actitudes</p> <p>1. Disposición al planteamiento de interrogantes ante hechos y fenómenos que ocurren a nuestro alrededor.</p> <p>a) <i>Responsabilidad y prudencia en la conducción de bicicletas y ciclomotores.</i></p>	<p>21. Identificar las fuerzas que actúan sobre los objetos estáticos o en movimiento en situaciones sencillas y aplicar el conocimiento de algunas de sus leyes para interpretar aplicaciones prácticas elementales que mejoren su aprovechamiento.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>9. Valorar el conocimiento científico como un proceso de construcción ligado a las características y necesidades de la sociedad en cada momento histórico y sometido a evolución y revisión continua.</p>	<p>2. LA ENERGÍA</p> <p>Conceptos</p> <p>4. Procesos de transferencia de energía de unos sistemas a otros: trabajo y calor. Potencia y rendimiento.</p> <p>a) <i>El motor de explosión:</i> -Identificación de los elementos de motores de dos y cuatro tiempos. -Diferenciación de cada uno de los tiempos del ciclo. -Observación de las diferencias existentes entre los motores de dos y cuatro tiempos.</p> <p>b) <i>Física del ciclomotor y su mantenimiento:</i> -El ciclomotor: nociones mecánicas y motrices. -Elementos del ciclomotor: motor, carburador y embrague, variador de velocidad, frenos transmisión, etc. -Mantenimiento del ciclomotor: localización y reparación en su caso de las averías más frecuentes. -Consejos y recomendaciones prácticas en la conducción de ciclomotores: velocidad adecuada, posición del conductor, carga del vehículo, etc.</p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Análisis e interpretación de las diversas transformaciones energéticas que se producen en cualquier proceso cotidiano y concretamente en las máquinas.</p> <p>Actitudes</p> <p>1. Valoración de la importancia de la energía en las actividades cotidianas, y de su repercusión sobre la calidad de vida y el desarrollo económico.</p>	<p>4. Utilizar el conocimiento de las propiedades de la energía (posibilidad de almacenamiento, presencia en toda actividad, transformación) para explicar algunos fenómenos cotidianos y aplicar el «principio de conservación de la energía» al análisis de algunas transformaciones.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>2. Analizar objetos y sistemas técnicos para comprender su funcionamiento, la mejor forma de usarlos y controlarlos y las razones que han intervenido en las decisiones tomadas en su diseño y construcción.</p> <p>a) <i>Identificar las características, recursos tecnológicos de vehículos como la bicicleta y el ciclomotor, desarrollando al mismo tiempo una actitud crítica ante las posibles consecuencias negativas derivadas de un uso incorrecto e indiscriminado de los mismos.</i></p>	<p style="text-align: center;">AREA DE TECNOLOGÍA</p> <p>5. RECURSOS CIENTÍFICOS Y TÉCNICOS</p> <p>Conceptos</p> <p>2. Operadores elementales de unión de piezas, transmisión y transformación de esfuerzos y movimientos.</p> <p>a) <i>Estudio de los conceptos relacionados con la transmisión y transformación del movimiento, y el modo de combinarlos.</i></p> <p>b) <i>Características y funciones de operadores elementales: palanca, rueda, tornillo, eje, biela, manivela, cigüeñal, polea, engranaje, leva, etc.</i></p> <p>c) <i>La bicicleta: nociones mecánicas y motrices.</i></p> <p>d) <i>Elementos de la bicicleta: frenos, transmisión, rueda, alumbrado, etc.</i></p> <p>e) <i>Mantenimiento de la bicicleta: Localización y reparación en su caso de las averías más frecuentes.</i></p> <p>f) <i>Tipos de transmisión del movimiento circular-circular, circular-rectilíneo y rectilíneo-circular.</i></p> <p>Procedimientos</p> <p>2. Elección de materiales y operadores adecuados en el contexto del diseño y realización de proyectos técnicos atendiendo a su coste y características.</p> <p>a) <i>Lectura e interpretación de dibujos técnicos sencillos, así como la exploración gráfica de ideas y objetos mediante bocetos o croquis.</i></p> <p>b) <i>Planificación y realización de experiencias sencillas para analizar la transformación y transmisión del movimiento y de la fuerza que llevan a cabo algunas máquinas y aparatos sencillos del entorno habitual (juguetes bicicletas, etc.).</i></p>	<p>3. Analizar el proceso de resolución de un problema técnico, la constitución de un objeto sencillo y cotidiano, empleando los recursos verbales y gráficos necesarios para describir de forma clara y comprensible su forma, dimensiones, composición y el funcionamiento del conjunto y de sus partes y piezas más importantes.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	<p><i>c) Observación, manipulación (desmontar y montar) y análisis del funcionamiento de aparatos y máquinas sencillas del entorno habitual.</i></p> <p>Actitudes</p> <p>1. Interés por conocer los principios científicos que explican el funcionamiento de los objetos técnicos y las características de los materiales.</p> <p><i>a) Reconocimiento y valoración crítica de las aportaciones, riesgos y costes sociales de la innovación tecnológica en los ámbitos del bienestar, la calidad de vida y el equilibrio ecológico.</i></p> <p><i>b) Desarrollo del sentido de la responsabilidad en relación al uso y conducción de bicicletas y ciclomotores.</i></p> <p><i>c) Valoración de las normas fundamentales en la conducción de bicicletas y ciclomotores: circular lo más próximo a la derecha y por el arcén si lo hay, en fila india, mantener una velocidad adecuada, señalización de maniobras, giros, etc. Normas específicas de la circulación de bicicletas en ciudad y zona urbana.</i></p>	

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>8. Analizar y valorar críticamente el impacto del desarrollo científico y tecnológico en la evolución social y técnica del trabajo, así como en la organización del tiempo libre y en las actividades de ocio.</p>	<p>6. TECNOLOGÍA Y SOCIEDAD</p> <p>Conceptos</p> <p>1. Desarrollo tecnológico, formas y calidad de vida. Ventajas, riesgos, costes económicos, sociales y medio ambientales del desarrollo tecnológico.</p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Análisis y soluciones técnicas procedentes de sociedades y momentos históricos distintos para establecer relaciones entre los materiales empleados, las fuentes de energía y recursos técnicos disponibles y sus formas de vida.</p> <p>a) <i>Estudio de la evolución y análisis de los motores, desde la máquina de vapor a los motores de explosión.</i></p> <p>b) <i>Descripción de las innovaciones tecnológicas aplicadas en la automoción, sobre todo aquellas relativas a la seguridad activa y pasiva de los vehículos.</i></p> <p>2. Evaluación de las aportaciones, riesgos y costes sociales y medioambientales del desarrollo tecnológico a partir de la recopilación y el análisis de informaciones pertinentes.</p> <p>Actitudes</p> <p>1. Sensibilidad y respeto por las diversas formas de conocimiento y actividad manual e interés por la conservación del patrimonio cultural técnico.</p> <p>2. Reconocimiento y valoración crítica de las aportaciones, riesgos y costes sociales de la innovación tecnológica en los ámbitos del bienestar, la calidad de vida y el equilibrio ecológico.</p>	<p>2. Describir las razones que hacen necesario un objeto o servicio tecnológico cotidiano y valorar los efectos positivos y negativos de su fabricación, uso y desecho sobre el medio ambiente y el bienestar de las personas.</p>

OBJETIVOS	ÁREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>4. Utilizar recursos expresivos lingüísticos y no lingüísticos, en los intercambios comunicativos propios de la relación directa con otras personas.</p> <p>5. Reconocer y analizar los elementos y características de los medios de comunicación, con el fin de ampliar las destrezas discursivas y desarrollar actitudes críticas ante sus mensajes, valorando la importancia de sus manifestaciones en la cultura contemporánea.</p>	<p style="text-align: center;">LENGUA Y LITERATURA</p> <p>4. SISTEMAS DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL</p> <p>Conceptos</p> <p>1. La comunicación verbal y no verbal. Interacción.</p> <p><i>a) La señalización.</i></p> <p>3. Los medios de comunicación.</p> <p><i>a) La publicidad de vehículos y sus incidencias en el comportamiento vial.</i></p> <p><i>b) Campañas institucionales en relación a la mejora de seguridad en el tráfico.</i></p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Análisis de las diferencias, semejanzas y relaciones entre el lenguaje verbal y los lenguajes no verbales.</p> <p><i>a) Interpretación del significado general de las formas y colores de las señales.</i></p> <p><i>b) Identificación de los diferentes tipos de señales: verticales, marcas viales, semaforicas, de los agentes, circunstanciales o de balizamiento, etc.</i></p> <p><i>c) Reconocimiento del orden de prioridad entre los distintos tipos de señales de circulación.</i></p> <p>3. Exploración de las posibilidades comunicativas de los medios de comunicación:</p> <p><i>a) Selección y análisis de noticias y mensajes publicitarios de vehículos difundidos por prensa, radio o TV, diferenciando en ellos los hechos de las opiniones.</i></p>	<p>15. Producir mensajes en los que se integren el lenguaje verbal y los lenguajes no verbales (icónicos, gestual, etc) tendiendo a las principales características de la situación de comunicación y utilización de procedimientos expresivos de los diferentes códigos.</p> <p>3. Sintetizar el sentido global de textos orales y escritos de diferente tipo y de distinto nivel de formación identificando sus intenciones, diferenciando las ideas principales y secundarias, reconociendo posibles incoherencias o ambigüedades en el contenido y aportando una opinión personal.</p>

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
	<p>Actitudes</p> <p>1. Valoración de los lenguajes no verbales, de sus códigos respectivos y de las normas que regulan su uso.</p> <p>a) <i>Valorar la importancia que tiene el respeto a las normas y señales de tráfico, y adquirir el conocimiento de su significado.</i></p> <p>4. Actitud crítica ante la publicidad y rechazo de la utilización en ella de elementos que denoten una discriminación social, racial, sexual, etc.</p>	

OBJETIVOS	AREAS Y CONTENIDOS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
<p>5. Planificar y llevar a cabo actividades que le permitan satisfacer sus propias necesidades previa valoración del estado de sus capacidades físicas y habilidades motrices, tanto básicas como específicas.</p> <p>a) <i>Comportarse de manera responsable en la conducción de bicicletas y ciclomotores teniendo conciencia de los peligros que pueda suponer y respetando las normas y señales relativas a la circulación de tales vehículos.</i></p> <p>b) <i>Conocer y practicar las primeras medidas de seguridad que se deben tomar en caso de accidente.</i></p> <p>c) <i>Conocer y practicar las normas e instrucciones de socorrismo y primeros auxilios en caso de accidente.</i></p>	<p>AREA DE EDUCACIÓN FÍSICA</p> <p>5. ACTIVIDAD EN EL MEDIO NATURAL</p> <p>Conceptos</p> <p>2. La organización de actividades en el medio natural, normas y recursos.</p> <p>a) <i>Normas, medidas y reglamentos para la realización de actividades. Estudio y valoración de necesidades.</i></p> <p>b) <i>Normas básicas de precaución, protección y seguridad.</i></p> <p>c) <i>Recursos, lugares e instalaciones para el desarrollo de actividades.</i></p> <p>Procedimientos</p> <p>1. Experimentación de habilidades específicas relacionadas con la seguridad en las actividades en el medio natural.</p> <p>a) <i>Prácticas de normas elementales de socorrismo y primeros auxilios en caso de accidente.</i></p> <p>b) <i>Medidas de seguridad que se deben tomar en caso de accidente.</i></p> <p>2. Planificación y realización de actividades: senderismo, acampadas, cicloturismo, esquí, carreras de orientación, etc.</p> <p>Actitudes</p> <p>2. Autonomía para desenvolverse en medios que no son los habituales con confianza y adoptando las medidas de seguridad y protección necesarias.</p> <p>3. Responsabilidad en la organización y realización de actividades.</p>	<p>12. Participar de forma desinhibida y constructiva en la realización y organización de actividades físico-deportivas.</p>

ANEXO 3:

Objetivos específicos propuestos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la formación de profesorado.

IMPULSO DE LOS CONTENIDOS DE SEGURIDAD VIAL EN EL CURRÍCULO EDUCATIVO**Impulso de la potenciación progresiva de la seguridad vial en el currículo escolar:**

- Asignatura de "Educación para la ciudadanía".
- Elaboración de propuestas para el desarrollo de objetivos, contenidos, metodologías, etc.
- Estudios para el desarrollo de materiales didácticos.

Elaboración de contenidos y material ad hoc para la potenciación progresiva de la seguridad vial en el currículo escolar:

- Portal de Internet en el que se incluyen los recursos didácticos hasta ahora elaborados.
- Diseño, edición y distribución de materiales didácticos específicos:
 - Educación Infantil: Programa de educación vial familia-escuela para escuelas infantiles (3, 4 y 5 años), para alumnos y padres.
 - Educación primaria y secundaria.
 - Educación para personas adultas.
 - Inmigrantes y otros colectivos.
- Distribución del material didáctico: "Cuaderno didáctico sobre seguridad vial" y "La educación vial a través de la literatura".

Estudio de variables psicológicas asociadas frecuentemente al comportamiento de los jóvenes, como base para el diseño de nuevos contenidos y herramientas educativas de seguridad vial.

Continuar con el convenio de colaboración entre el Ministerio de Educación y Ciencia, el Instituto MAPFRE de seguridad vial y la Asociación Española de la Carretera para la realización de actividades de formación, información e investigación en materia de seguridad vial. La línea de trabajo que se desarrollará en el año 2006 se centrará en finalizar el estudio sobre la identificación de las variables psicológicas más frecuentes que se encuentran asociadas a conductas de riesgo en la conducción entre la juventud y en el diseño de los contenidos y herramientas formativas que favorezcan el cambio actitudinal necesario.

Potenciación de la formación del profesorado en materia de seguridad vial:

- Cursos para profesores de todos los niveles, desde educación infantil a personas adultas, presenciales, en centros, on-line.
- Subvención de becas para el curso de postgrado de la UNED "Educación vial para profesores."

MEJORA DE LA OFERTA DE MATERIALES Y ACTIVIDADES DE SOPORTE DE EDUCACIÓN VIAL PARA LOS DIFERENTES NIVELES EDUCATIVOS**Elaboración, actualización, edición y distribución constante de materiales didácticos para los diferentes niveles educativos.**

Diseño, edición y distribución de materiales didácticos específicos. Distribución del material didáctico: "Cuaderno didáctico sobre seguridad vial" y "La educación vial a través de la literatura".

Oferta de actividades de educación vial para diferentes colectivos sociales:

- Programa de seguridad vial en formación profesional: áreas profesionales de actividades físicas y deportivas. Servicios socioculturales y a la comunidad.
- Desarrollo de programas de educación vial para personas adultas en todos los niveles educativos y alumnos de iniciación profesional.
 - Impulsar el intercambio de experiencias entre diferentes centros.
 - Distribución de material didáctico específico.
 - Impulsar la introducción efectiva de la educación vial en los diseños curriculares de personas adultas.
 - Charlas en centros de adultos y con alumnado de garantía social.
- Realizar actividades de educación vial con personas adultas que participan en proyectos educativos en entidades de iniciativa social: asociaciones culturales, de vecinos, de consumidores, centros cívicos, etc.
- Promoción y fomento de contenidos viales en los programas de reinserción en Instituciones penitenciarias y centros de acogida y reforma.
- Continuación del programa de educación vial para el personal de las Fuerzas Armadas.
- Programa de educación vial dirigido a personas con discapacidad.
 - Impulsar la educación vial en los centros específicos, centros ocupacionales y asociaciones de discapacitados.
 - Elaboración de materiales didácticos para las necesidades educativas especiales.
 - Asesoramiento y selección con las familias evitando la sobreprotección.
 - Campaña de seguridad vial a través del concurso de teatro para personas con discapacidad.
 - Concienciación social hacia las personas con movilidad reducida.
- Programas de educación vial dirigidos a colectivos de inmigrantes.
- Programa de formación y seguridad vial para voluntarios jóvenes.
- Programa de formación para educadores y monitores de ocio y tiempo libre: ofrecimiento del manual a las distintas escuelas y participación y apoyo en cursos y actividades.
- Programa de prevención de accidentes infantiles dentro del automóvil.
- Programa de educación vial para Facultades Universitarias.
- Curso de formación para profesores de educación infantil, primaria y secundaria.

- Curso on-line para profesores y monitores de educación para personas adultas.

Oferta de actividades de educación vial para los diferentes niveles educativos:

- Programación de representaciones teatrales: campaña de educación y seguridad vial dirigida a niños (4 a 8 años) a través del teatro de títeres; campaña de divulgación para la seguridad vial a través de representaciones de teatro infantil con contenidos de educación vial para alumnos de segundo y tercer ciclo de enseñanza primaria; campaña de divulgación para la seguridad vial a través de un espectáculo teatral de educación vial para alumnos de enseñanza secundaria.
- Programa de educación vial de apoyo a escolares que requieran atención hospitalaria periódica continuada.
- Concursos para la promoción de la educación vial en los diferentes ámbitos: concurso de proyectos educativos en el ámbito escolar, concurso de guiones teatrales, dirigido a colectivos de personas con discapacidad, concurso de relatos cortos para mayores de 60 años.

Renovación del material móvil de los parques infantiles de tráfico.

Actividad educativa complementaria de los parques infantiles de tráfico (PIT) fijos y móviles a través de:

- Impulso, seguimiento y reposición de material móvil de PIT.
- Actuación directa de las Jefaturas Provinciales con PIT móviles.
- Planificación y organización del concurso nacional de PIT.
- Planificación y organización del concurso nacional de seguridad vial en ciclomotor.

Consolidación de las actividades de formación de formadores propuestas desde el Centro Superior de Educación Vial:

- Asesoramiento a los profesores, por parte de los Centros de Profesores y Recursos, sobre la manera más adecuada de llevar a cabo la incorporación de la educación vial como tema transversal en los centros educativos.
- Cursos de formación y capacitación de monitores de PIT fijos y monitores de unidades móviles.
- Cursos de formación y reciclaje para coordinadores provinciales de educación vial.
- Jornadas para responsables de educación vial en las Jefaturas Provinciales de Tráfico.
- Cursos para profesores y educadores extraescolares a través de la UNED.
- Cursos en Escuelas Universitarias del Profesorado, Facultades de Educación y Escuelas de Magisterio.
- Celebración de Jornadas de educación vial en las que se trate la efectiva implantación de la misma en los centros docentes.
- Organización de grupos de trabajo formado por profesores de los diferentes niveles para la elaboración de materiales didácticos específicos y su posterior publicación.

ANEXO 4:
Recursos didácticos

1

Guía Didáctica de la Educación Vial para la Educación Primaria

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición; 1995; Número de páginas: 443

Destinatarios principales: Profesorado y alumnado de tercer ciclo de Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

Esta publicación pretende dar satisfacción a las demandas del profesorado atendiendo a los aspectos teóricos y prácticos que conforman los programas de enseñanza-aprendizaje de la Educación Vial. La obra se estructura en dos apartados en los que se tratan los siguientes temas:

En el primero, después de analizar los antecedentes, concepto y justificación de la Educación Vial, se expone cómo han sido integrados sus objetivos y contenidos en las áreas que componen el currículum de la Educación Primaria. Posteriormente y tras analizar los comportamientos viales y el desarrollo evolutivo de los alumnos/as de esta etapa educativa, se determinan las orientaciones didácticas y metodológicas, los criterios relacionados con el desarrollo del Proyecto Educativo de Centro y del Proyecto Curricular, y la secuenciación por ciclos de objetivos, contenidos y criterios de evaluación.

En el segundo, se presentan tres unidades didácticas en las que se adaptan la anterior secuenciación a los

tres ciclos de etapa y a las características propias de determinados centros, sugiriéndose diversas actividades

que pueden ser de utilidad a los docentes en sus programaciones. Tras el desarrollo de cada unidad didáctica

se ofertan editadas en formato A-4, para ser fotocopiadas y aplicadas directamente en el aula, las correspondientes

ejemplificaciones en las que se concretan algunos de los objetivos, contenidos y actividades expuestas en la programación presentada anteriormente.

Guía Didáctica de la Educación Vial para la Educación Infantil

Tipo de material: impreso - transparencias - juegos

Año de edición; 2001; Número de páginas: 443

Destinatarios principales: profesores y alumnado de la Educación Infantil

Breve sinopsis del contenido:

La presente Guía que Dirección General de Tráfico oferta al profesorado, tiene como finalidad preparar al alumnado para la simulación de comportamientos viales en circuitos elaborados en centro escolar, o para la enseñanza de la Educación Vial en situaciones reales.

La obra se estructura en dos apartados en los que se trata los siguientes temas:

- En el primero se tratan, una vez analizados los comportamientos viales y el desarrollo evolutivo de los alumnos/

as de esta etapa educativa, diferentes cuestiones metodológicas y las orientaciones didácticas correspondientes.

- En el segundo se presenta el programa "La bicicleta Clea" que consta de 60 actividades de Educación Vial.

Estas actividades, basadas en diferentes contenidos de cada una de las áreas que forman el currículum de

esta etapa educativa pueden ser aplicadas directamente en el aula, si bien también tienen como finalidad sugerir

al profesorado otras, acordes con sus propias programaciones.

Todo lo que hay que saber sobre el ciclomotor*

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1991

N.º de páginas: 245

Destinatarios principales: alumnos de Educación Secundaria Obligatoria y de Formación Profesional. Se puede utilizar también en actividades para parques infantiles de tráfico.

Breve sinopsis del contenido:

Analiza la evolución de los vehículos de dos ruedas desde el siglo XIX, de los motores y demás elementos mecánicos del ciclomotor, al tiempo que sirve de preparación a los alumnos para la obtención de la licencia de la conducción de ciclomotores.

Se complementa con ejercicios de autoevaluación, incluyéndose una batería de tests con las preguntas oficiales

que forman parte de la prueba teórica exigida para la obtención de la licencia.

Los talleres en la Educación Vial Escolar

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1992

N.º de páginas: 144

Destinatarios principales: educadores, docentes y monitores

Breve sinopsis del contenido:

La publicación tiene como centro de interés la Educación Vial y está basada en una metodología de talleres. Se plantea como una interacción constante entre la teoría y la práctica, existiendo un feed-back continuo entre el sujeto y el medio. El alumno aprende observando, percibiendo, analizando, sacando conclusiones, contrastando, experimentando... y tratando de buscar soluciones a problemas concretos de su realidad más próxima.

Todos los aspectos desarrollados en la presente publicación se abordan desde un punto de vista didáctico pedagógico, dentro de un contexto abierto y flexible que permite dar respuesta a las demandas concretas de los docentes en el tema de la Educación Vial.

Guía didáctica de la Educación Vial para la Educación Secundaria Obligatoria*

Tipo de material: impreso - audiovisual - informático

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: profesorado y alumnado de los dos ciclos de la Educación Secundaria Obligatoria

Breve sinopsis del contenido:

La presente Guía que la Dirección General de Tráfico ofertará al profesorado de Educación Secundaria Obligatoria, atiende los aspectos teóricos y prácticos que conforman los programas de enseñanza-aprendizaje de la Educación Vial.

La obra se estructura en dos apartados en los que se tratan los siguientes temas:

- En el primero, después de analizar los antecedentes, conceptos y justificación de la Educación Vial, se expone

cómo han sido integrados sus objetivos y contenidos en las áreas que componen el currículum de la Educación Secundaria Obligatoria. Posteriormente tras analizar los comportamientos viales de los alumnos/

as de esta etapa educativa, se determinan las orientaciones didácticas y metodológicas, los criterios relacionados con el desarrollo del Proyecto Educativo del Centro y del Proyecto Curricular, y las orientaciones

correspondientes al proceso de evaluación.

- En el segundo se presentan cuatro posibles modelos o ejemplificaciones para ser aplicados en cada uno de

los ciclos que componen la etapa.

Tests de Educación Vial Escolar

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1993

Número de páginas: 40

Destinatarios principales: niños/as de 8-14 años

Breve sinopsis del contenido:

Prueba de diagnóstico del nivel de conocimientos de Educación Vial, Educación Primaria y Secundaria.

Todos los de Educación Primaria como los de Educación Secundaria, incluyen 10 modelos de cuestionarios distintos con 10 preguntas cada uno. Su contenido incluye tanto normas como señales de circulación, que se consideran deben conocer en calidad de peatones y bicicletas.

Stopy

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1989

Número de páginas: 46

Destinatarios principales: Educación Primaria y Secundaria

Breve sinopsis del contenido:

Análisis por medio del cómic, de situaciones relacionadas con los usuarios de las vías públicas en las que se dan a conocer los diferentes comportamientos y elementos que componen el mundo del tráfico desde la perspectiva del peatón, viajero y conductor de bicicletas.

Educación Vial. Temario del curso de Experto Universitario para profesores

Tipo de material: impreso. Consta de dos tomos. Universidad Nacional de Educación a Distancia y Fundación Universidad Empresa.

Destinatarios principales: Profesores en ejercicio que participen como alumnos del Curso de Educación Vial

Breve sinopsis del contenido:

Temario de Educación Vial elaborado por la Universidad Nacional de Educación a Distancia y la D.G.T. Va dirigido a los profesores de enseñanza obligatoria con el fin de que conozcan no sólo el concepto y la importancia de la Educación Vial, sino los contenidos, actividades y material didáctico existentes para el conocimiento de las normas conducta al respecto de las mismas y por ende a la reducción de accidentes mortales en nuestra sociedad. Este recurso se facilita únicamente a los alumnos matriculados en los cursos de Educación Vial de la UNED.

Láminas de Educación Vial Escolar

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1996

Destinatarios principales: escolares de Educación Infantil, Primaria y Secundaria

Breve sinopsis del contenido:

Estas láminas, 15 en total, están destinadas a introducir de forma divertida el tema de la Educación Vial a los niños, tanto en las aulas como en actividades del tiempo libre. Pueden usarse también los dibujos para ilustrar explicaciones orales.

Están concebidas para trabajar con los escolares sobre situaciones cotidianas de tráfico, conceptos y vocabulario específico, en muchas de las láminas se hacen preguntas de carácter abierto por lo que sugerimos una utilización de forma flexible y creativa. Se acompañan de 8 posters iguales a las láminas para trabajo en grupo.

La Educación Vial en los Proyectos Educativos y Curriculares

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2003

Número de páginas: 301

Destinatarios principales: docentes de E. Infantil, Primaria, Secundaria y Especial

Breve sinopsis del contenido:

El documento reproduce programaciones de Educación Vial desarrolladas en su totalidad por grupos de docentes de diferentes etapas educativas y pertenecientes a distintas Comunidades Autónomas. Todos los documentos publicados, pertenecen a los programas presentados en el iv Concurso de Proyectos Educativos y Curriculares de la D.G.T. en el curso 2002-2003.

Educación Vial. Temario de curso para educadores extraescolares

Tipo de material: libro de consulta

Año de la 1.ª edición: 1991

Número de páginas: 391

Destinatarios principales: policías locales, animadores y educadores extraescolares que participen como alumnos del Curso de Educación Vial.

Breve sinopsis del contenido:

Temario para la formación de educadores. El método "a distancia" permite a los inscritos en el curso, seguirlo desde su casa. La Educación Vial y su necesidad, experiencias: los educandos. Los agentes educadores. Principios psicopedagógicos de la Educación Vial. La planificación y la programación. Las Normas y Señales de Tráfico. Los primeros Auxilios. La Metodología y la Evaluación de la Educación Vial. Los Recursos didácticos.

Este recurso se facilita únicamente a los alumnos matriculados en los cursos de la E. Vial de la UNED.

De vacaciones ¡ Al Pueblo!

Tipo de material: impreso (cuento)

Año de la 1.ª edición: 1995

Número de páginas: 20

Destinatarios principales: Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

En esta historia se trabajan aspectos relacionados con los niños/as cuando van en coche particular, así como las dificultades que entraña el ambiente rural para la Seguridad Vial. La narración se centra, igualmente, en el comportamiento del niño como ciclista o excursionista y hace un análisis reflexivo sobre la necesidad de una adecuada señalización.

En este sentido los docentes podrán sugerir la lectura de los textos para establecer el diálogo posterior y el aprendizaje.

Pedaleando

Tipo de material: impreso - puzzle - diapositivas

Año de la 1.ª edición: 1990

Destinatarios principales: Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

Representa ocho situaciones que un grupo de niños/as protagonizan durante una excursión en bicicleta. La mecánica de ejecución de este material es de orden secuencial. A lo largo del recorrido se observan y trabajan contenidos de señalización y comportamiento a seguir por los ciclistas en la ciudad, vías interurbanas y durante la circulación nocturna.

Se acompaña de una carpeta con ocho diapositivas que reproducen el puzzle, para utilización colectiva en el aula.

La aventura de vivir en la ciudad

Tipo de material: impreso (cuento)

Año de la 1.ª edición: 1995

Número de páginas: 20

Destinatarios principales: Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

Este cuento narra la historia de un niño, una niña y un perro que se van a vivir a la ciudad por primera vez. En él se destacan las peripecias por las que tienen que pasar y cómo aprenden a caminar seguros por la ciudad. Las ilustraciones detallan adecuadamente los momentos de mayor interés que se relatan en el cuento.

¡De casa al cole!

Tipo de material: impreso - puzzle - diapositivas

Año de la 1.ª edición: 1990

Destinatarios principales: Primeros cursos de Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

¡De casa al cole! Es un material manipulativo, de ejecución secuencial, donde se trabajan contenidos básicos del escolar como peatón en recorridos cortos (aceras, pasos de peatones, semáforos y agentes).

Este puzzle se presenta también en seis diapositivas, para uso del profesorado, junto con unas orientaciones didácticas.

Se acompaña una carpeta con seis diapositivas que reproducen el puzzle para utilización colectiva en el aula.

¡Viajando!

Tipo de material: impreso - puzzle - diapositivas

Año de la 1.ª edición: 1990

Destinatarios principales: Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

Este material de carácter manipulativo-secuencial, introduce una mecánica de ejecución añadida que consiste en la superposición de las secuencias correctas sobre las incorrectas. Trabaja aspectos relativos al niño o niña como viajero, así como el uso del cinturón y contenido de salud y seguridad. Las cuatro situaciones del puzzle se presentan también en diapositivas (para uso del profesorado) junto con orientaciones didácticas.

Se acompaña de una carpeta con cuatro diapositivas que reproducen el puzzle, para utilización colectiva en el aula.

Recursos lúdicos-didácticos: Puzzles secuenciados

Tipo de material: impreso - puzzles

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: alumnos con necesidades educativas especiales

Breve sinopsis del contenido:

Se trata de un material manipulativo de secuenciación lógica de cuatro y seis elementos, con imágenes sencillas

apoyadas con un texto y cuyo contenido resaltan las conductas del niño como peatón y como usuario de transportes públicos. Es un material que se utiliza como complemento en las actividades que se proponen en la

publicación: "La Educación Vial para alumnos con necesidades educativas especiales. Documentos de apoyo".

Se ha tratado que las viñetas fueran sencillas, sin elementos superpuestos, de tamaño grande, con un texto que puede ayudar a la ubicación correcta con colores llamativos, haciendo que este material sea más adaptado a las necesidades de este colectivo.

Láminas de errores

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1999

Destinatarios principales: Escolares de E. Infantil, Primaria y Secundaria

Breve sinopsis del contenido:

A través de tres láminas se abordan contenidos educativos relativos a tráfico, donde se representan situaciones

cotidianas que se observan habitualmente en las calles de nuestra ciudad. Los niños y niñas, deben localizar

los diferentes errores de carácter normativo-actitudinal que aparecen en el contenido gráfico que se les muestra analizando el entorno a través de respuestas correctas.

Puzzle troquelado con láminas de errores

Tipo de material: impreso - puzzle - láminas de errores

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: diferentes niveles de alumnos con necesidades educativas especiales

Breve sinopsis del contenido:

Se trata de un material impreso a utilizar como complemento dentro de las actividades que se proponen en la publicación La Educación Vial para alumnos con necesidades educativas especiales. Documento de apoyo. Se trata de láminas de errores que van unidas a unos puzzles troquelados cuyos contenidos hacen referencia, dos de ellos, a un cruce de calles regulado por semáforos (índice de dificultad inferior) y en los otros aparecen escenas de tráfico donde se contemplan conductas incorrectas que deberán ser detectadas

(índice de dificultad mayor). Se trabajará el vocabulario de los elementos que en ellas se representan, como las conductas adecuadas a tener en cuenta.

La Educación Vial para alumnos con necesidades educativas especiales:

Documentos de apoyo

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: Docentes de Centros de Educación Especial, Centros Ocupacionales o Asociaciones de Discapacitados

Breve sinopsis del contenido:

Esta publicación consta de una serie de contenidos de Educación Vial, aplicables a alumnos con necesidades educativas especiales, que pretenden servir de apoyo a Docentes que quieran iniciarse en la práctica de Educación Vial. Se trata de un documento abierto y flexible del que cada profesor extraerá aquello que más pueda adaptarse a las características específicas de los alumnos dependiendo del tipo de grado de discapacidad que padecen. Presenta una serie de unidades didácticas cuyos contenidos hacen especial hincapié en la práctica de Educación Vial desde el punto de vista del peatón o usuarios de los transportes públicos y privados. A su vez, se incluyen actividades diversas especificando algunos recursos didácticos, que seleccionarán siempre teniendo en cuenta el alumno y sus características.

Carpeta de Educación Vial: Entorno rural y urbano

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1996

Destinatarios principales: profesorado de Educación Primaria

Breve sinopsis del contenido:

Este es un material de carácter manipulativo donde se trabajan aspectos del entorno rural y urbano a través de unas fichas y unas láminas de ejecución independiente. La construcción del material requiere la observación, identificación y manipulación del alumno/a que deberá sustituir los espacios y figuras en blanco por las pegatinas correspondientes. Por un lado la realización de las nuevas fichas dan lugar a un gran mural que servirá para trabajar, desde una perspectiva global del tráfico urbano, la localización de los elementos que intervienen. Por otro lado las láminas contemplan aspectos de la zona rural así como ejercicios

de conocimientos básicos, orientación espacial, lateralidad, etc.

Gazpacho y Pisto (adaptado) y Tito y Lalín (adaptado)

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002

Destinatarios principales: niños de Educación Infantil y Primaria (centros específicos o centros normalizados)

Breve sinopsis del contenido:

Se trata de dos cuentos destinados a niños con dificultades de lectura comprensiva y/o escolarizados en centros especiales o en centros normalizados con integración. Las características fundamentales de estos cuentos son la fácil comprensión de lo que en ellos aparece, a través del texto escrito con la lectura gramatical más sencilla y el refuerzo de lo más significativo a través de la exposición del concepto, teniendo ambos un colorido en sus imágenes muy llamativo. Al final de cada uno de los cuentos se adjunta cuaderno de actividades para el alumno.

Cuaderno de Actividades de Educación Vial y Cívica

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002

Destinatarios principales: profesorado de Educación Especial. Alumnos con necesidades educativas especiales

Breve sinopsis del contenido:

Documento destinado a profesores de niños con dificultades que incorpora fichas de trabajo individuales. Se pretende que los alumnos conozcan la realidad vial más próxima.

Programa Familia-Escuela para Escuelas Infantiles

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002

Destinatarios principales: profesorado de Educación Infantil (3-6 años)

Breve sinopsis del contenido:

Se trata de un Programa de Educación Vial dirigido a toda la Etapa de Educación Infantil (3-6 años), en cuyos contenidos se resalta la importancia de trabajar de forma conjunta y coordinada con los padres o adultos que usualmente acompañan a los niños en sus trayectos por las vías públicas. El material del que consta este programa, está formado por: guía de orientaciones didácticas para el profesorado, libro de contenidos, cuento y fichas de trabajo individual (3 años) y libro de contenidos, cuento y fichas de trabajo individual y portafolios (4 y 5 años). Conjuntamente se trabaja con los padres a través de reuniones, en donde se les facilita una guía con consejos puntuales que han de tener presentes para con sus hijos. Como refuerzo a estas reuniones se ha realizado un vídeo y un CD.

Sistema multimedia de Educación Vial para personas con discapacidad

Tipo de material: informático

Año de edición: 2003

Destinatarios principales: AcNEE

Breve sinopsis del contenido:

CD-ROM complementario de contenido de E. Vial a desarrollar con sujetos con necesidades educativas especiales centrado básicamente en aspectos que traten de fomentar la autonomía e independencia social de las personas afectadas de discapacidad y que mejoren su seguridad vial en el entorno más inmediato. Instalación: introduzca el CD-ROM en la unidad, el programa de instalación se instalará automáticamente. En caso de no ser así, ejecute el programa "Instalar.exe" que se encuentra en el directorio raíz del CD-ROM y siga las instrucciones que aparecen en la pantalla. El multimedia también se puede ejecutar directamente desde el CD-ROM (sin instalarlo en el disco duro), para ello ejecute el fichero "minusDGT.exe" aunque se recomienda su instalación en el disco duro del PC.

Documentos recopilatorios de "Concurso de Teatro para personas con discapacidad" 2001 a 2003

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2003

Número de páginas: 44

Destinatarios principales: público en general

Breve sinopsis del contenido:

En estos documentos se recogen los guiones presentados al concurso de Teatro sobre Educación Vial dirigido a personas con discapacidad, y que pretenden servir de base para todos aquellos colectivos que quieran iniciar la práctica de la Educación Vial a través del recurso didáctico del teatro.

Seguridad activa

Tipo de material: informático CD-ROM

Año de la 1.ª edición: 1997

Destinatarios principales: Secundaria Obligatoria, (segundo ciclo)

Breve sinopsis del contenido:

Constituye un recurso audiovisual complementario a la Guía de Educación Vial para la Educación Secundaria Obligatoria y más concretamente a una de las asignaturas optativas propuesta en ella.

Tiene como finalidad analizar los principales elementos que condicionan la SEGURIDAD ACTIVA de los vehículos

tales como: los sistemas de alumbrado, la visibilidad, la suspensión, los frenos y los neumáticos.

Mecánica del ciclomotor

Tipo de material: informático CD-ROM

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: Secundaria Obligatoria (secundaria obligatoria)

Breve sinopsis del contenido:

CD-ROM Complementario a la Guía de Educación Vial para la Educación Secundaria Obligatoria que tiene como finalidad el desarrollo de una asignatura optativa que independientemente de la preparación para la obtención de la licencia de conducción de ciclomotores, sirve de iniciación y de orientación al alumnado respecto a los contenidos de una familia profesional específica, en

este caso, la "Automoción".

Se compone de los siguientes temas: evolución de los vehículos de dos ruedas, el motor de explosión de cuatro

tiempos, el motor de explosión de dos tiempos, la carburación y el engrase, el encendido, el embrague y el

variador de velocidad y frenos.

Normativa y conducción responsable del ciclomotor

Tipo de material: informático CD-ROM

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: Secundaria Obligatoria (segundo ciclo)

Breve sinopsis del contenido:

Este CD-ROM, tiene como finalidad a través de los temas titulados, "Qué se necesita para conducir un ciclomotor", "Circulando", "Las señales I parte", "Las señales II parte" y "Cómo comportarse en caso de accidente", que el alumnado conozca las normas y recomendaciones para conducir un ciclomotor con seguridad, al tiempo que le sirva como preparación para la obtención de la licencia de conducción. Se complementa con ejercicios de autoevaluación en los que se incluye una batería de tests con las preguntas oficiales que forman parte de la prueba teórica exigida para la obtención de la misma.

Seguridad pasiva

Tipo de material: informático CD-ROM

Año de la 1.ª edición: 1998

Destinatarios principales: Secundaria Obligatoria (segundo ciclo)

Breve sinopsis del contenido:

En el CD-ROM, "Seguridad activa", se analizan las condiciones técnicas que contribuyen a evitar o minimizar los actos y comportamientos inseguros del conductor y del propio vehículo.

En éste titulado "SEGURIDAD PASIVA", enfrenta al alumnado al conocimiento de las condiciones técnicas que evitan y minimizan los daños producidos a personas o cosas transportadas en un vehículo, o con las que se pueden dañar cuando tiene lugar un accidente.

Se compone de los siguientes temas: bastidores, carrocerías, barras de protección, lunas, airbag, cinturones

de seguridad y columnas de dirección.

Las señales tus amigos. Las normas tus amigos. Las fuerzas de la naturaleza tus amigos. Los agentes tus amigos.

Tipo de material: audiovisual

Año de edición: 2003

Realizado por: CONTINENTAL PRODUCCIONES

Adaptación: BROADCAST

Breve sinopsis del contenido:

Vídeo de dibujos animados compuesto por cuatro capítulos en los que se abordan aspectos tales como la creación de actitudes respecto a las normas y señales de tráfico, las funciones de los agentes de tráfico y conocer el efecto que producen algunos fenómenos físicos en la conducción de vehículos, así como la aplicación de determinadas conductas que permiten amortiguarlos.

Presentamos asimismo, el vídeo de dibujos animados, adaptado para niños con dificultades y que consta de cuatro historietas en donde los contenidos son básicos y esenciales para trabajar en los niveles de Educación Infantil y primeros ciclos de Educación Primaria.

Respetar a tu amiga la naturaleza. Descubre a tus enemigos. Aprende a ayudar a los demás. Tu amiga prudencia.

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1993

Realizado por: CONTINENTAL PRODUCCIONES

Breve sinopsis del contenido:

Vídeo de dibujos animados compuesto por cuatro capítulos en el que se describen conductas y situaciones en relación al cuidado del medio ambiente, el consumo de alcohol, la práctica de primeros auxilios y el respeto a las normas que rigen la convivencia.

Tienen como objetivo el conocimiento de aspectos y conductas que mejoran la seguridad en diversas circunstancias y actividades.

Unidades audiovisuales de Educación Vial

Tipo de material: audiovisual e impreso

Año de la 1.ª edición: 1992

Destinatarios principales: educadores y colaboradores que desarrollen actividades de Educación Vial dirigidos a niños/as entre 7 y 12 años de edad.

Breve sinopsis del contenido:

Diseñadas a partir de algunos principios básicos de las teorías de aprendizaje, las aportaciones empíricas de diferentes estudios sobre la actividad y la accidentalidad vial infantil junto con los resultados de investigaciones sobre las características que contribuyen a aumentar la eficacia de los recursos audiovisuales en Educación Vial. Sus principios teóricos son expuestos a lo largo de cinco unidades didácticas, acompañadas de una guía didáctica para el profesor.

Manual de Educación Vial

Tipo de material: impreso

Año de la 2.ª edición: 2003

Número de páginas: 232

Destinatarios principales: Coordinadores de Educación Vial, alumnos de Facultades de Educación y estudiosos de la Educación Vial

Breve sinopsis del contenido:

Publicación teórica que se presenta con el fin de mostrar, de manera amplia, un proyecto curricular de la Educación Vial, partiendo de la realidad de la misma en los sistemas educativos europeos y español. Así mismo, se abordan contenidos que aluden a los Programas de Educación Vial implementados con personas con discapacidad, adultos, inmigrantes y en ámbitos no formales y de Intervención Social.

Esta publicación presenta también, una sinopsis de los principales programas y recursos didácticos de Educación Vial elaborados por la Dirección General de Tráfico.

Manual de apoyo a la Educación Vial

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2001

Número de páginas: 47

Destinatarios principales: docentes y monitores

Breve sinopsis del contenido:

Este documento pretende desarrollar estrategias y servir de apoyo al educador y docente que realiza su intervención en Educación Vial con el colectivo de menores infractores del tráfico y la circulación vial.

Se estructura en dos bloques de contenido:

- Aspectos sociales de la interpretación de las normas.
- Contenidos de seguridad vial: velocidad, casco, cinturón y alcohol.

Este manual se acompaña de una guía de Factores de Riesgo.

Viaja con las Mates

Tipo de material: juego didáctico

Año de la 1.ª edición: 1999

Número de páginas: 95

Destinatarios principales: profesorado y alumnado de Educación Infantil, Primaria y Educación Secundaria Obligatoria

Breve sinopsis del contenido:

Consta de dos juegos didácticos denominados “Viaja con las Mates I” y “Viaja con las Mates II”, basados en el tema transversal Educación Vial y alrededor del cual se articulan contenidos del área de matemáticas.

Tanto las actividades como las normas de juego son susceptibles de modificación renovación y adaptación en función de los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales en los que se quiere incidir y el nivel de profundización deseado.

Presentándose por bloques con sus correspondientes orientaciones metodológicas.

Permite organizar el trabajo escolar en diferentes agrupaciones ya que los talleres de juego se complementan con transparencias, posibilitando así al profesorado analizar conjuntamente con toda la clase, las diferentes estrategias empleadas en la resolución de los problemas propuestos.

2

Seguridad Vial

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1998

Realizado por: EUROR

Breve sinopsis del contenido:

Vídeo que consta de dos partes y aborda varios temas de Seguridad Vial: "Seguridad activa, Seguridad pasiva", "Cinturón de seguridad", "Velocidad", "Alcohol", "Tiempo de reacción", "Distancia de seguridad", "Prevenga y anticipese", "Neumáticos y adherencia", "Al volante", "Distracciones al volante", "Adelantando", "Autopistas y autovías", "Ver y ser visto", "Respete el medio ambiente", "En dos ruedas", "Ciclomotores", "El peatón, el más débil", "Las obligaciones del peatón", "Los Niños", "Que hacer en caso de accidente".

Programa de Técnicas Básicas de Conducción en Motocicletas*

Tipo de material: impreso

Número de páginas: 56

Destinatarios principales: jóvenes conductores

Breve sinopsis del contenido:

Este manual está dedicado a todos los conductores y aficionados que no tienen mucha experiencia en la conducción de motocicletas.

Es una guía básica que incluye consejos para una conducción más segura, así como una breve explicación de las técnicas de conducción más comunes.

La Avispa

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1992

Realizado por: Tesouro Vídeo Cine

Destinatarios principales: Adultos

Breve sinopsis del contenido:

Está integrado por un vídeo y una guía didáctica. Vídeo divulgativo como propuesta educativa destinada a concienciar fundamentalmente a los adultos, padres y profesores, de los accidentes de tráfico causados por distracciones del conductor, así como de la necesidad de evitarlos.

Tu coche y tú, en forma*

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1996

Realizado por: Origen Film Studios, S.A.

Destinatarios principales: usuarios de la vía, en general.

Breve sinopsis del contenido:

Este proyecto, está distribuido en diez capítulos: "Elementos de seguridad", "La transmisión", "Lubricación y refrigeración", "Los frenos", "La dirección", "La suspensión", "Las ruedas", "El alumbrado", "Motocicletas y ciclomotores", "Aspectos técnicos".

Educación Vial para personas adultas. Nivel alfabetización

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2004

Número de páginas: 44

Destinatarios principales: talleres de Educación Básica de personas adultas. Nivel alfabetización.

También puede ser usado para los cursos de alfabetización de inmigrantes de países de habla hispana.

Breve sinopsis del contenido:

Son unidades de Educación Vial que sirven como complemento a los métodos de alfabetización de adultos en sus diferentes niveles. El material consta de un libro del alumno y

fichas de trabajo personal.

El libro del alumno contiene ocho módulos en los que se trabajan diferentes aspectos de la Educación Vial. En los tres primeros, se emplea la letra manuscrita y sólo se usan grupos silábicos directos, inversos y mixtos. En el resto de los módulos, va aumentando la dificultad y se utilizan todos los grupos silábicos.

Cambia de marcha*

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1992

Realizado por: Teleimagen

Destinatarios principales: adultos y jóvenes

Breve sinopsis del contenido:

Se compone de vídeo y guía didáctica. Vídeo divulgativo realizado con consejos, recomendaciones y pequeños detalles para mejorar la seguridad en la conducción. Todo en un lenguaje y con una selección de imágenes muy atractivas que facilita su comprensión y sobre todo que mantiene la atención.

Talleres de Educación Vial para personas adultas

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2001

Número de páginas: 66

Destinatarios principales: alumnos de programas generales de Educación de personas adultas de enseñanza formal o formal de diferente nivel

Breve sinopsis del contenido:

Desarrollo básico de temas generales de Educación Vial. Se abordan los siguientes contenidos: los peatones, los pasajeros, el cinturón de seguridad, las drogas y los medicamentos.

Educación Vial para personas adultas. Aprendizaje del Español.

Volumen I

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2004

Número de páginas: 145

Destinatarios principales: grupos de aprendizaje del español. También puede ser usado con personas adultas de alfabetización.

Breve sinopsis del contenido:

Son seis láminas de gran tamaño en las que se reproducen cuatro entornos viales diferentes y el interior y exterior de un vehículo. En estas láminas se incluyen los elementos más habituales del tráfico. Estos elementos se reproducen uno a uno en unas fichas de tamaño din A-4 y en formato de baraja de cartas.

El material se completa con un cuaderno de actividades en el que se repiten las mismas imágenes incorporando una pauta para que los alumnos construyan frases con los elementos propuestos.

Educación Vial para personas adultas. Aprendizaje del español.

Volumen II

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002

Número de páginas: 66

Destinatarios principales: grupos de aprendizaje del español. También puede ser usado con personas adultas de alfabetización.

Breve sinopsis del contenido:

Si en el nivel 1 se trabajaban los conceptos y se iniciaba la introducción de contenidos gramaticales construyendo frases con elementos, en este se pretende que sigan profundizando en el idioma mejorando la comprensión lectora, utilizando para ello, pequeños textos de contenidos conceptuales de Educación Vial con relación al uso de la vía pública

Educación Vial para personas adultas. Nivel Neolectores. Volumen II

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002-Vol II

Número de páginas: 56

Destinatarios principales: programas de educación de personas adultas. Nivel Neolector.

También puede ser usado en cursos de inmigrantes de países de habla hispana.

Breve sinopsis del contenido:

Serie de relatos en los que se narra las vivencias de una familia de inmigrantes "Los Gómez", en relación con el tráfico y sus dificultades para adaptarse a un entorno vial diferente al que ellos conocían de su país de origen. Los temas no son tratados con profundidad, ya que, lo que fundamentalmente se pretende, es que sean un instrumento en manos de los profesores de Educación de Adultos para mejorar el nivel lector de sus alumnos y

como instrumento motivado para que, partiendo de los temas de las lecturas, profundizar en el aprendizaje de otros contenidos.

Educación Vial para personas adultas. Nivel Educación Básica. Volumen I, II y III

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2003

Número de páginas: 200

Destinatarios principales: grupos de educación de personas adultas de nivel de educación básica. Centros culturales, asociaciones de vecinos, entidades sociales que desarrollen programas de educación de personas adultas.

Breve sinopsis del contenido:

Desarrolla los contenidos de Educación Vial adaptados al nivel de educación básica. Sigue un método globalizado en el que se relacionan los contenidos de Educación Vial con los de matemáticas y lenguaje.

La publicación se compone de dos tomos.

Educación Vial para personas adultas. Nivel Neolectores. Volumen I

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2002-Vol. I

Número de páginas: 70

Destinatarios principales: talleres de Educación Básica de personas adultas. Nivel neolector.

También puede ser usado en los cursos para inmigrantes de habla hispana y como complemento a los cursos de español para extranjeros.

Breve sinopsis del contenido:

Serie de relatos en los que se narra las vivencias de una familia "Los Fernández", en relación con el tráfico. Con ellos se pretende dar un repaso general a diversos temas de Educación Vial. No son tratados en profundidad, ya que lo que fundamentalmente se pretende es que sean un instrumento en manos de los profesores de Educación de Adultos para mejorar el nivel lector de los alumnos y como instrumento motivador para que, partiendo de los temas de las lecturas, el profesor profundice con sus alumnos en cada uno de ellos.

Campañas Divulgativas de la DGT

Vídeos elaborados a partir de diferentes campañas realizadas desde la DGT con el fin de incidir en la seguridad vial ciudadana.

Educación Vial para personas adultas. Nivel mejora de la comprensión lectora

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2004

Número de páginas: 215

Destinatarios principales: programas de educación de personas adultas. Nivel neolector. Puede ser usado como material de apoyo para la mejora de la comprensión lectora de los alumnos que, en el futuro, deseen obtener el permiso de conducción en una escuela de formación de conductores.

Breve sinopsis del contenido:

El material contiene textos relacionados con todas las señales de tráfico y algunas normas básicas. Está dividido en bloques de contenido que corresponden a los diferentes tipos de señales y estos en unidades didácticas. Cada unidad contiene actividades para el alumno y cada bloque, actividades de repaso y un cuestionario de evaluación.

La solución está en tus manos*

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1997

Breve sinopsis del contenido:

Esta película contiene una recopilación de impactantes imágenes, resumen de los temas más significativos

de la campaña divulgativa anual que la Dirección General de Tráfico desarrolló durante 1996.

"Las situaciones que pueden producir un accidente" han sido el concepto-eje del desarrollo de la misma.

Estas sugerentes imágenes, son muy adecuadas para utilizarse en actividades educativas en las que se pretenda hacer reflexionar a los participantes sobre las consecuencias negativas de su comportamiento

con respecto al tráfico.

La conclusión: la solución para evitarlas está en sus manos.

Algunos de los - "Grupos Diana" - a los que puede ir dirigida son Bachillerato, Formación Profesional, Garantía Social, Educación de personas adultas, etc.

Campañas Divulgativas de la DGT

Vídeos elaborados a partir de diferentes campañas realizadas desde la DGT con el fin de incidir en la seguridad vial ciudadana.

El accidente de tráfico: hablan expertos y accidentados*

Tipo de material: audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1994

Destinatarios principales: jóvenes, fuerzas armadas y público en general

Breve sinopsis del contenido:

Este vídeo derivado de la Campaña Divulgativa de 1994 se presenta como ejemplo de la necesidad de cooperación de toda la sociedad a fin de poder conseguir en nuestro país el mayor índice de seguridad vial. En consonancia con este objetivo común se incluyen las experiencias y los testimonios de víctimas de los accidentes así como las opiniones de expertos en esta materia.

Campañas Divulgativas de la DGT

Vídeos elaborados a partir de diferentes campañas realizadas desde la DGT con el fin de incidir en la seguridad vial ciudadana.

Campañas Divulgativas de la DGT

CDs elaborados a partir de diferentes campañas realizadas desde la DGT con el fin de incidir en la seguridad vial ciudadana.

“No salgas sin él”

Tipo de material: CD rom

Año de edición: 2004

Breve sinopsis del contenido:

Campañas centradas en el uso del cinturón de seguridad y los sistemas de retención en el interior del vehículo.

Jóvenes. Alcohol. Tráfico*

Tipo de material: impreso y audiovisual

Año de la 1.ª edición: 1998

Breve sinopsis del contenido:

A través de las páginas de esta publicación se pone de relieve la importancia que en la prevención del accidente de tráfico tienen algunos factores de riesgo como es la ingesta de alcohol. A lo largo del II capítulo se efectúa un recorrido por diferentes aspectos relativos a la juventud y el alcohol, los accidentes, los efectos de la alcoholemia, los aspectos legales que pueden derivarse del dúo alcohol-conducción y se termina con unos útiles consejos para evitar riesgos innecesarios en la conducción.

Una lección de física y una lección de fisiología

Tipo de material: audiovisual (vídeos)

Año de edición: 2000 y 2001

Destinatarios principales: centros educativos destinados a la formación de formadores, alumnos de institutos de E. S. O.

Sinopsis del contenido:

Ambos vídeos se han editado con un fin divulgativo de las campañas de prevención de accidentes de la DGT en los años 2000 y 2001.

“Una lección de física” se elaboró a partir de la campaña 2000 que tenía como motivo argumental la comparación de las víctimas inevitables que producen las grandes catástrofes naturales, con las que no lo son, como son los accidentes de tráfico.

“Una lección de fisiología”, se elaboró partiendo de la campaña divulgativa de 2001. En la cinta se comparan las enfermedades incurables con la medicina actual, con los problemas y enfermedades derivados de los accidentes de tráfico. Se pretende concienciar a los usuarios de la vía de la necesidad de utilizar elementos como el casco o los cinturones de seguridad.

Educación y Seguridad Vial. Manual experimental de prevención de riesgos laborales (accidentes de trabajo-accidentes de tráfico)

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1999

Número de páginas: 148

Destinatarios principales: empresas

Breve sinopsis del contenido:

Cada vez es más frecuente la incorporación de programas de seguridad vial en los planes de prevención de accidentes de trabajo que las empresas tienen establecidos para sus empleados, como consecuencia de los resultados estadísticos de absentismo laboral, cada vez más creciente, y de los consiguientes efectos negativos que supone para los sectores más productivos de la empresa.

Investigaciones llevadas a cabo por los departamentos de recursos humanos de infinidad de colectivos, no

sólo en España sino en el resto de la UE, que emplean sus vehículos para ejercer su profesión habitual o simplemente

para acudir a sus centros de trabajo, demuestran que, al margen de las enfermedades laborales, los accidentes de circulación son el factor de absentismo más importante y a efectos productivos el elemento económico más negativo en relación con las indemnizaciones, seguros y daños de vehículos de empresa, sin desdeñar la desgracia y el dolor humano que supone para quienes lo padecen.

Manual práctico de conducción para conductores profesionales*

Tipo de material: impreso

Año de la 1.ª edición: 1999

Número de páginas: 126

Destinatarios principales: conductores profesionales y conductores que realizan total o parcialmente su trabajo conduciendo un vehículo.

Breve sinopsis del contenido:

Este manual práctico de conducción, va dirigido de manera especial a aquellas personas que profesionalmente y de forma habitual, ejercen una profesión en la que la conducción de vehículos a motor es un medio necesario para aquellas personas que, si bien no ejercen de forma directa una profesión como conductores, si utilizan el vehículo tanto para ir y venir al trabajo, como para desarrollar parte del mismo.

El manual incide no tanto en las normas y señales recogidas en el artículo de la Ley de Seguridad Vial y en los Reglamentos que la desarrollan, como en aquellas normas y principios de Seguridad Vial

que regulan la convivencia y propician la creación de hábitos seguros en la circulación vial.

Guía de Educación Vial en Internet. 2004

Tipo de material: impreso

Año de edición: 2004

Destinatarios principales: ámbito general (peatones, ciclistas, conductores y viajeros)

Breve sinopsis del contenido:

Esta guía pretende realizar una recopilación de aquellos sitios de internet relacionados con Educación Vial, lo cual constituye una herramienta facilitadora de información, que abrevia el tiempo que dedicaría una persona a buscar información sobre el tema de Educación Vial en la red.

En función de distintos criterios (utilidad, calidad educativa, interés profesional), se han clasificado los sitios virtuales seleccionados en diferentes categorías, con el fin de ofrecer al lector una idea más cercana del contenido de cada página web.

Introducción de la “La bicicleta en el marco de la Educación Física (700 juegos básicos y recreativos)”

Tipo de material: impreso

Año de edición: 1999

Destinatarios principales: profesores, educadores y monitores interesados en trabajar aspectos de educación física, utilizando la bicicleta, sobre aquellos aspectos de conocimiento y habilidad en su manejo.

Breve sinopsis del contenido:

Este libro contiene seis apartados sobre:

- Progresión para aprender a montar en bicicleta.
- Personalizando la bicicleta.
- Juegos para mejorar las cualidades físicas básicas y secundarias.
- Juegos y ejercicios con material convencional y alternativo.
- Juegos y ejercicios de mejora de los aspectos técnicos básicos.
- Juegos y ejercicios de Educación Vial.

Además de una introducción, objetivos y bibliografía que proporcionarán a las personas interesadas en la bicicleta y el desarrollo de capacidades físicas, unas propuestas interesantes.

Programa de Educación y Seguridad Vial*

Tipo de material: impreso y transparencias

Año de la 1.ª edición: 1999

Destinatarios principales: empresas

Breve sinopsis del contenido:

Cada vez es mayor la demanda de muchas empresas, públicas y privadas, relacionadas

o no con el automóvil que solicitan colaboración, cuando menos asesoramiento, de esta Dirección General de Tráfico para que se impartan cursos, conferencias, jornadas, etc., de actualización de conocimientos y reciclaje en relación con la conducción, al objeto de concienciar y, en definitiva, prevenir los accidentes de circulación entre los empleados, grupo más o menos homogéneo, que utilizan el automóvil para su actividad profesional o como acción eventual o de ocio.

Atendiendo a esta demanda y en base a la experiencia adquirida, se ha elaborado este "Programa de Educación y Seguridad Vial", complementado con transparencias y apoyo audiovisual suficiente para desarrollar en conferencias y cursos sobre prevención de accidentes.

ANEXO 5

Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 (Fuente: Ministerio de Educación y Cultura) en relación a la obtención de la licencia para conducir un ciclomotor

MODIFICACIÓN DE LA PRUEBA TEÓRICA DE CONDUCIR**Elaboración de la nueva base de preguntas incluyendo aspectos de seguridad vial:**

- Elaboración de cuestionarios (test) para evaluar los conocimientos teóricos para obtener permisos de conducción.
- Elaboración de cuestionarios (test) para su utilización en los exámenes teóricos de personas sordas.
- Realización de material audiovisual para su utilización en las pruebas de aptitud de personas con dificultad de lectura comprensiva.

Introducción de un nuevo procedimiento de evaluación con ordenador de las pruebas teóricas para la obtención de los permisos y licencias:

- Contratación de asistencia técnica para el análisis, diseño, desarrollo y puesta en marcha del sistema de información.
- Análisis, desarrollo y puesta en marcha de los módulos de integración del nuevo sistema de exámenes con el sistema de información de conductores.
- Contratación del suministro de equipamiento físico para las aulas de exámenes.
- Diseño de impresos y contratación de la edición y distribución.
- Realización de una experiencia piloto en la JPT de Barcelona.
- Formación de empleados públicos.
- Extensión progresiva del nuevo sistema.

MODIFICACIÓN DE LOS REQUISITOS Y PRUEBAS PARA LA OBTENCIÓN DE LICENCIA DE CICLOMOTOR**Elaboración de la nueva base de preguntas incluyendo aspectos de seguridad vial.**

Elaboración de cuestionarios (test) para la realización de la prueba teórica para la obtención de la licencia de ciclomotor en los que la mitad de las preguntas sean de seguridad vial.

Elaboración de una nueva prueba práctica de destreza para la obtención de la licencia de ciclomotor.

Diseño y aprobación de una prueba de destreza en circuito cerrado en la que el aspirante a obtener la licencia para conducir ciclomotores deba demostrar dominio suficiente del mismo para poder desplazarse con seguridad por las vías públicas. La puesta en marcha se realizará posteriormente a la aprobación del nuevo Reglamento General de Conductores donde se especificará en que consisten las pruebas a realizar.

DISEÑO DE UN NUEVO TRATAMIENTO PARA LOS CONDUCTORES NOVELES**Implantación del crédito de 8 puntos para conductores noveles.**

Al tratarse de uno de los colectivos con más riesgo de sufrir accidentes de tráfico, la Ley del Permiso por Puntos prevé la concesión de un menor crédito a este colectivo durante el período en el que se considera que adquirirán experiencia en la conducción.

Estudio para la posible limitación de la conducción nocturna durante el primer año de permiso.

Dada la alta siniestralidad que suponen la conducción nocturna en los fines de semana, se estudiará la posible incidencia de esta medida en el colectivo de noveles, como medida de concienciación.

MEJORA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE TRAMITACIÓN-EXPEDICIÓN PRÓRROGA DE CERTIFICADOS MÉDICOS, PERMISOS Y LICENCIAS**Implantación de un nuevo proceso telemático para el registro de resultados de revisiones, y creación del nuevo reglamento de CRC.**

Análisis, desarrollo y puesta en régimen de producción de un servicio telemático para que los directores de los CRC comuniquen el resultado de los informes de aptitud y se inicie, en su caso, la solicitud de prórroga de vigencia de los permisos de conducción. Se trataría de una modificación parcial del Reglamento de Centros de Reconocimiento para implantar la comunicación telemática entre los CRM y el registro de conductores de la Dirección General de Tráfico para que los resultados de las revisiones médicas y psicológicas queden registradas en tiempo real en el registro informático de cada conductor.

REFUERZO DE LA FORMACIÓN Y DEL CONTROL DE CALIDAD EN ESCUELAS PARTICULARES DE CONDUCTORES, CENTROS DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES (CRC) Y CENTROS QUE IMPARTEN CURSOS DE REEDUCACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE PUNTOS**Incremento de la actividad inspectora en Escuelas Particulares de Conductores y Centros de Reconocimiento de Conductores (CRC), y publicación anual del resultado de las inspecciones.**

Inspeccionar durante el año 2006 un 25% de las AAEE y CRC, y al menos un 20% de los correspondientes a cada una de las CCAA. Publicación de los resultados.

Elaboración de manuales específicos de inspección/certificación para Escuelas Particulares de Conductores, CRC y centros que imparten cursos de reeducación y sensibilización para la recuperación de puntos.

Elaboración de manuales específicos adaptados a cada uno de los centros para facilitar la labor inspectora y conseguir que se realice de forma homogénea en todo el territorio.

Formación y reciclaje de profesores y directores de Escuelas Particulares de Conductores, y de inspectores:

- Actualización de los manuales a utilizar en los cursos de formación de profesores y directores de formación vial.
 - Actuación permanente encaminada al perfeccionamiento de la enseñanza de la conducción y su evaluación en las correspondientes pruebas de aptitud.
 - Desarrollo de la fase a distancia del curso de profesores convocado en noviembre de 2005.
- Preparación del pliego del concurso para la realización de la fase de presencia a celebrar de forma descentralizada.
- Preparación de un nuevo curso de formación de profesores de formación vial para convocar en el año 2007.
 - Cursos de formación de examinadores y examinadores-coordinadores.
 - Cursos de reciclaje de examinadores y examinadores-coordinadores.

ANEXO 6

Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la concienciación en seguridad Vial (Fuente: Ministerio de Interior; Subdirección General de Educación, Divulgación y Formación Vial)

CONCIENCIACIÓN SOBRE LOS EFECTOS POSITIVOS DE LAS CONDUCTAS PREVENTIVAS DE SEGURIDAD VIAL

Elaboración de una estrategia de comunicación con campañas adaptadas a los distintos colectivos y campañas generales de concienciación social a través de TV, radio, cines, prensa e Internet:

- Campaña permanente de divulgación de seguridad vial año 2006. Plan de medios prevista:
 - Televisión: cadenas de ámbito estatal, públicas y privadas, y de ámbito autonómico.
 - Prensa: diarios nacionales y provinciales de mayor difusión. Suplementos dominicales.
 - Revistas: de información general y especializadas del motor y ciclismo, de mayor difusión.
 - Cine e Internet.
- Campañas de ámbito autonómico, provincial y local. Programadas como respuesta a necesidades específicas, cooperando con organismos y entidades a instancia de éstos o por propia iniciativa.
- Campaña informativa a los conductores extranjeros en visita turística por España (folleto: tres idiomas).
- Campaña divulgativa en líneas férreas de largo recorrido.
- Asesoramiento y colaboración con los distintos medios de comunicación, asociaciones y distintas instituciones tanto públicas como privadas.
- Campaña dirigida a conductores en Operación Tránsito por España.
- Portal de divulgación de la seguridad vial: inclusión en Internet de cuantos documentos se vayan elaborando.
- Campaña de prevención de los accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol.
- Promoción del uso de dispositivos de retención infantil con especial atención a las sillas de transporte de niños.
- Diseño, edición y distribución de reflectantes, destinados a distintos colectivos (niños, jóvenes y peatones en general).

Desarrollo de la campaña diaria de radio para información y concienciación de seguridad vial.

Cuñas diarias en la radio con mensajes de actualidad relacionados con la seguridad vial.

Mejora del seguimiento y control de la publicidad en relación con los vehículos y la conducción.

Seguimiento de la publicidad en relación con los vehículos de motor.

IMPPLICACIÓN DE LOS SECTORES SOCIALES EN EL DEBATE SOBRE SEGURIDAD VIAL Y PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES

Participación y organización de la DGT en congresos y jornadas sobre seguridad vial.

Mediante el copatrocinio de eventos, la DGT pretende el debate permanente de los diferentes aspectos de la seguridad vial y divulgar los trabajos que se realicen en dicho ámbito.

Además la DGT coorganizará los siguientes eventos:

- "Jornadas sobre el Permiso por Puntos" y sobre "Perfil y siniestralidad de los conductores demotocicletas y ciclomotores" con el RACE, RACC y MAPFRE.
- "Jornadas sobre Derecho y Tráfico".
- "II Jornadas sobre justicia y accidentes de tráfico" con el Instituto de Estudios Jurídicos.
- Jornadas sobre "Seguridad vial y salud", con el Ministerio de Sanidad y Consumo y sociedades médicas.
- Jornadas sobre las investigaciones llevadas a cabo sobre temas de seguridad vial en el 2005- 2006, con los centros e institutos de investigación.

Observatorio Nacional de Seguridad Vial (DGT)

Otras Subdirecciones Generales (DGT); organismos oficiales y entidades sociales e investigadoras

Nº de congresos/ferias organizadas/presencia de DGT

Adaptación de contenidos y cambio de denominación de la revista "Tráfico" por "Seguridad Vial y Tráfico".

Cambio de nombre de la revista para adecuarlo a una nueva etapa con más contenidos de seguridad vial y reducción de los espacios dedicados a otras materias.

Edición y distribución de la revista:

- Periodicidad: 6 números anuales.
- Tirada: 350.000 ejemplares cada número; Total 2.100.000 ejemplares.
- Distribución: gratuita y personalizada a los suscriptores.

ANEXO 7:

Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la implantación del permiso y licencia de conducción por puntos (Fuente: Ministerio de Interior; Subdirección General de Educación, Divulgación y Formación Vial) en relación a la implantación del permiso y licencia de conducción por puntos.

IMPLANTACIÓN DEL PERMISO Y LICENCIA DE CONDUCCIÓN POR PUNTOS

Desarrollo del programa informático para la aplicación del sistema de puntos.

Análisis, desarrollo y puesta en régimen de producción del sistema de información para la gestión de permisos y licencias de conducción por puntos:

- Gestión del registro central de infractores y servicios telemáticos para la incorporación de los datos de las sanciones firmes, graves y muy graves de otras autoridades (Cataluña, País Vasco y ayuntamientos).
- Tramitación de expedientes de declaración de pérdida de vigencia.
- Servicios telemáticos seguros para consulta de saldo de puntos y antecedentes infractores (Internet, Telefonía móvil SMS, etc.).

Desarrollo de una campaña informativa para la implementación del sistema por puntos.

Con la finalidad de que todos los ciudadanos tengan conocimiento suficiente del nuevo sistema del permiso por puntos y generando tranquilidad y confianza en el sistema.

- Preparación de un video divulgativo.
- Spot en televisión.
- Edición de un folleto divulgativo que se remitirá a todos los domicilios de los conductores españoles.
- Encarte de un especial en los dominicales de la prensa.
- Información específica en Internet.

Puesta en marcha y seguimiento del permiso y licencia de conducción por puntos.

Se pondrá en marcha el 1 de julio de 2006. Trimestralmente se hará público el documento de seguimiento del impacto de la puesta en marcha (pérdida de puntos, conductores que han perdido todo su crédito de puntos, cursos realizados...).

IMPLANTACIÓN DE CURSOS DE REEDUCACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN PARA LA RECUPERACIÓN DE PUNTOS

Puesta en marcha y mantenimiento de los cursos de reeducación y sensibilización para la recuperación de puntos.

Formación de los formadores y psicólogos formadores que han de impartir los cursos de sensibilización y reeducación vial; edición de los manuales del formador y del alumno para los cursos (febrero); realización de un curso piloto.

El 1 de julio entrará en vigor la Ley del Permiso por puntos. El 30% de los centros deben estar abiertos.

PROMOCIÓN DE CURSOS VOLUNTARIOS SOBRE CONDUCCIÓN SEGURA PARA CONDUCTORES EN GENERAL

Elaboración del censo de centros que imparten cursos sobre conducción segura.

Recogida de información de los centros que en la actualidad realizan este tipo de cursos ;redacción de criterios para la homologación de centros y cursos que cumplan los requisitos mínimos que la DGT considere indispensables.

ANEXO 8:

Objetivos específicos incluidos en el Plan de Actuaciones 2006, dentro del Plan Estratégico de Seguridad Vial 2005-2008 en relación a la vigilancia y control (Fuente: Ministerio de Interior; Subdirección General de Educación, Divulgación y Formación Vial) en relación a la vigilancia y control.

INCREMENTO DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL A TRAVÉS DE LA ATGC (AGRUPACIÓN DE TRÁFICO DE LA GUARDIA CIVIL)

Creación del Centro estatal de tratamiento de denuncias automáticas (CESTRADA).

Desarrollo continuo de las actuaciones de la ATGC de asistencia y auxilio al conductor.

Se continuarán potenciando las actuaciones encaminadas a la prestación de auxilio mecánico y sanitario ante incidencias o accidentes de los usuarios de las carreteras, requiriendo con la mayor celeridad la presencia de ambulancias y grúas, que permitan evacuar a los accidentados y retirar los vehículos en el más breve plazo de tiempo posible. Se mejorarán las comunicaciones para que las labores de asistencia y auxilio al conductor se lleven a cabo más rápidamente.

Desarrollo continuo de actuaciones de vigilancia y control sobre las principales temáticas de seguridad vial: velocidad, alcohol y uso de elementos de seguridad:

• La ATGC, en colaboración con las policías autonómicas y locales que deseen colaborar, durante el año 2006 la DGT realizará las siguientes campañas de seguridad vial y control:

- Sobre el uso del teléfono móvil por los conductores, velocidad, utilización del casco protector, utilización del cinturón de seguridad y otros sistemas de retención homologados, conducción con tasa de alcoholemia.
- Acciones selectivas: se realizarán en la forma acostumbrada, tanto en carretera como en vías públicas urbanas.
 - Adelantamiento y distancia de seguridad.
 - Prioridad de paso.
 - Conducción arriesgada o peligrosa.
 - Uso de la calzada y carril.
 - Sistema de alumbrado y señalización óptica de los vehículos y estado de los neumáticos a todo tipo de vehículos.
 - Control específico de la velocidad de circulación de camiones y autobuses.
 - Inspección técnica de vehículos favorable.
 - Inspección técnica de vehículos Industriales, en aplicación del R.D. 957/2002, de 13 de septiembre, por el que se transpone la Directiva 2000/30/CEE.
 - Existencia del certificado del seguro obligatorio vigente, mediante campañas en horas valle.

Atención de las llamadas de emergencia de la ciudadanía.

Mejorar las comunicaciones de los Centros Operativos de Tráfico (COTAs) y el enlace con los Centros Operativos de Servicio (COS) de las Comandancias para optimizar la atención a las llamadas de emergencia efectuadas por los ciudadanos, al objeto de resolver más rápidamente las situaciones de auxilio o asistencia que demanden. Va a contribuir a ello, la incorporación de la Agrupación de Tráfico al Sistema de Radiocomunicaciones Digitales de Emergencia del Estado (SIRDEE) iniciada en el año 2005, que se completará en el año 2006, y la integración de los COTAs en Centros Operativos Complejos (COC) de las Comandancias. También a lo largo del año 2006 se empezará a instalar en los vehículos de la Agrupación un dispositivo GPS (AVL), lo que permitirá actuar con mayor rapidez en las incidencias al identificar con facilidad el vehículo de servicio más próximo a la misma.

Donde no exista enlace telefónico directo con el Centro de emergencias 112 se tratará de gestionarlo.

Incrementar la plantilla de los COTAs y las líneas telefónicas en aquellas unidades que se estime necesario.

Especial atención a las llamadas de emergencia, reforzando los servicios en aquellas situaciones en que se prevea un incremento de los riesgos en carretera.

Aumento de la plantilla de los efectivos la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil (ATGC).

Incorporación de 750 nuevos agentes anuales en el periodo 2005 – 2008, para alcanzar una plantilla de 11.000 efectivos, que permitiría llevar a cabo una mejor vigilancia y control de la seguridad vial. Finalizar 2006 con la totalidad de la plantilla cubierta.

Aumento del número de vehículos camuflados de la ATGC, especializados en control y vigilancia de infracciones en movimiento.

Incrementar el número de vehículos de “colores comerciales” (camuflados) hasta alcanzar el módulo previsto de 230 vehículos de este tipo fijados en el Plan de vigilancia de la Agrupación de Tráfico, lo que permitiría detectar con mayor facilidad las infracciones graves relacionadas directamente con la siniestralidad vial, como es el caso del empleo irregular del teléfono móvil durante la conducción, la no utilización del cinturón de seguridad, conducción temeraria, invasión de la izquierda de la calzada, y no respetar la prioridad de paso.

Desarrollo y aplicación progresiva del proyecto PRIDE para dotar a la ATGC para la tramitación de denuncias en tiempo real.

Automatización del procedimiento sancionador con la adquisición de 3.602 terminales para la implantación paulatina del sistema, que se prevé finalizará en el año 2007, según figura en concurso no adjudicado, sería:

- 2005, entrega de 868 terminales de comunicaciones de mano (TCM) y sus componentes.
- 2006, entrega de 868 TCM y sus componentes.
- 2007, entrega de 867 TCM y sus componentes.

Mejora del protocolo de atestados y de la formación de los agentes de la ATGC.

Continuar durante el año 2006 con las jornadas de actualización de conocimientos para los especialistas de atestados de la Agrupación de Tráfico, para adquirir los conocimientos adecuados de las nuevas tecnologías aplicables a la instrucción de diligencias. Implantación de un nuevo aplicativo informativo para la confección de diligencias.

Previsiones de formación:

- Cursos de la especialidad de tráfico, modalidad Motoristas.
- Cursos de la especialidad de tráfico, modalidad Atestados.
- Curso de la especialidad de tráfico, cambio de modalidad de Atestados a Motoristas.
- Curso de la especialidad de tráfico, modalidad Dirección.
- Curso de la especialidad de tráfico, cambio de modalidad a Dirección.
- Curso de perfeccionamiento específico en la inspección del transporte por carretera.
- Dos cursos de formación para el manejo de equipos de control de velocidad y fotocontrol.
- Cinco jornadas de actualización para personal de los Centros Operativos de Tráfico (COTA).
- Tres jornadas de actualización para personal de la modalidad de Atestados destinados en la Agrupación de Tráfico.
- Dos jornadas de actualización para personal de los Grupos de Información y Apoyo de Tráfico (GIAT).
- Jornadas de actualización en la inspección de transporte por carretera para personal con dedicación preferente.
- Tres seminarios sobre técnicas y problemática en el mando de un Destacamento de Tráfico para los Suboficiales que por primera vez obtienen destino dentro de su escala en la Agrupación de Tráfico como Jefe o Segundo Jefe de Destacamento.
- Curso de reconstrucción de accidentes con programa HVE (a realizar en Estados Unidos).
- Seminario del HVE (a realizar en Estados Unidos).
- Seminario PC-Crash Workshop 2006 (a realizar en Austria).
- Curso de sistemas de seguridad pasiva MAPFRE - CESVIMAP (a realizar en Ávila).
- Curso de técnicas topográficas y de GPS (a realizar en Madrid).
- Curso de técnicas de reconstrucción de accidentes en Centro Zaragoza, nivel superior (a realizar en Zaragoza).
- Curso de experto universitario en investigación de accidentes de tráfico en Universidad de Oviedo (Gijón).
- Seminario PC-Crash reconstrucción física y virtual de accidentes de tráfico (A+ IDIADA)(Tarragona).
- Técnicas de reconstrucción de accidentes de tráfico en Instituto Catalán de Tecnología (Barcelona).
- Cursos de perfeccionamiento específico para la formación en el manejo de terminales de comunicaciones de mano y programas informáticos para la puesta en servicio del plan de automatización del procedimiento sancionador, dirigido a componentes de la Agrupación destinados en las provincias que se prevé su implantación durante el año 2006.
- Cursos de operación de cámara giro estabilizada desde helicóptero (6 por base a las que se extienda esta modalidad de servicio).

Mejora de los recursos informáticos y de telecomunicaciones de la ATGC.

Mejora de las comunicaciones vía radio mediante la incorporación paulatina de las Unidades de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil al sistema de Comunicación SIRDEE.

Continuar con la ejecución del Plan de modernización de la informática en la Agrupación de Tráfico, que se ha iniciado en el año 2005 y se prevé finalice en el año 2007, hasta situarla en un nivel de prestaciones análogo al que tenga en ese momento la Guardia Civil.

Incremento de las horas de vigilancia aérea.

Se continuará la **potenciación de la utilización de helicópteros** en la vigilancia, control y gestión de la circulación en colaboración con la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil, en vuelo y en tierra, y en coordinación con los Centros de Gestión de Tráfico a los que los helicópteros suministran información, incluyendo imágenes en tiempo presente del estado de las carreteras. Se establece el objetivo de realizar 6.000 horas de vuelo por parte de los helicópteros de la DGT en labores de vigilancia de la circulación, con un incremento del 10% en las horas de vuelo con equipos de captación de imágenes.

Asimismo se incrementará el empleo del helicóptero en labores de captación de imágenes de conductas anómalas de los conductores que sirvan para la formulación del correspondiente expediente sancionador, procediendo a la formación de nuevos agentes de la Agrupación de Tráfico para el manejo de los equipos que se utilizan. Asimismo se continuará con la dotación de cámaras giroestabilizadas para vigilancia del tráfico desde helicópteros y sistemas de transmisión de imagen en tiempo presente.

Asimismo se utilizarán helicópteros como medio de detección de velocidad inadecuada en vehículos pesados.

Extensión de la vigilancia aérea a carreteras convencionales de todas las Comunidades Autónomas donde esta labor es competencia de la DGT.

Refuerzo de las actuaciones de vigilancia con campañas de información sobre conductas de riesgo.

Las campañas de vigilancia y control de la ATGC se programaran coordinadamente con las actuaciones de las otras policías locales y autonómicas competentes y con las campañas de comunicación que se puedan realizar en los diferentes medios de comunicación e información.

INCREMENTO DE LA VIGILANCIA Y EL CONTROL A TRAVÉS DE SISTEMAS AUTOMÁTICOS DE DETECCIÓN DE INFRACCIONES**Instalación de cinemómetros fijos para el control de velocidad en las carreteras españolas.**

Se ejecutará la 2ª anualidad del Plan de instalación de cinemómetros fijos en el trienio 2005-2007.

Elaboración y diseño de la campaña de información sobre los cinemómetros fijos instalados

en carretera, y publicación periódica de resultados.

Se realizará una nueva edición del tríptico informativo sobre control de velocidad, que se distribuirá a través de las Jefaturas Provinciales de Tráfico.

Se llevará a cabo una campaña informativa mediante anuncios en prensa escrita coincidiendo con la puesta en servicio de los nuevos cinemómetros.

Se elaborará periódicamente un dossier que recopile los datos más significativos de la explotación del sistema.

Promoción de la instalación de cinemómetros de control de velocidad en las zonas urbanas.

Se promoverá la realización de convenios con ayuntamientos para la realización de controles de velocidad en zona urbana.

Desarrollo e instalación de nuevos sistemas automáticos de detección de infracciones (distintos de los cinemómetros):

- Experiencia en medios y procedimientos para el control y detección de la conducción bajo influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, por la Fuerza de vigilancia.
- Se iniciarán experiencias para la grabación de denuncias mediante el empleo de cámaras instaladas en los vehículos de la ATGC.
- Se iniciarán los trabajos experimentales, basados en visión artificial, que permitan la determinación de velocidades de recorrido.
- Se ejecutarán las primeras instalaciones para detectar y sancionar el paso de semáforos en rojo y el incumplimiento de la señal de STOP.

ANEXO 9:

Métodos preventivos eficaces para prevenir exclusivamente el embarazo. Fuente: Organon; CJAS.

Métodos hormonales

Los métodos hormonales se basan en la utilización de hormonas femeninas, estrógenos y progesterona, a veces esta última sola, en dosis suficientemente altas para lograr la inhibición de la ovulación. Las hormonas se pueden administrar de distintos modos. En pequeñas píldoras por vía oral, en forma de anillo mensual o en parche semanal. También existen métodos de mayor duración como serían los inyectables, o los implantes. La eficacia anticonceptiva de todos ellos es muy alta (De la Cruz, 2006).

Además de bloquear la producción de óvulos, la píldora anticonceptiva (ver figura 2.3.2.1) altera el moco cervical del cuello uterino, impidiendo la penetración de los espermatozoides y modifica el endometrio, dificultando una posible anidación del óvulo fecundado. Las principales ventajas de este método son: es fácil de usar; disminuye los dolores menstruales y regula el ciclo. Los principales inconvenientes: no se puede olvidar ninguna toma; para su ingesta requiere controles médicos y existe riesgos de sangrado entre reglas durante los primeros meses de su uso. Otros efectos secundarios son: dolor de cabeza, reducción del deseo sexual, aumento de peso, etc.. (Organon, 2005).

Cabría destacar el hecho de que no se le da una importancia ni de lejos parecida a la que se otorga a los efectos semejantes producidos por el condón en relación a la disminución de las sensaciones.



Figura 2.3.2.1. Imagen de dos envases con píldoras anticonceptivas (Fuente: Organon, 2005).

El anillo anticonceptivo mensual (ver figura 2.3.2.2), es un anillo de plástico flexible que la mujer coloca en la vagina como si fuera un tampón higiénico. En la vagina el anillo libera las hormonas anticonceptivas en una dosis muy baja y constante, que pasan a la sangre e impiden la ovulación. Hay que usar el anillo durante tres semanas seguidas. Retirarlo y descansar una semana en la que aparece la menstruación. Las

ventajas de este método son: eficacia igual a la de la píldora; método mensual; menor posibilidad de olvidos; fácil de usar; cómodo, no se nota, no se cae; discreto, no se ve; regula el ciclo; sin efectos sobre el peso; sin primer paso hepático. Los principales inconvenientes: al ser un avance en anticoncepción a algunas mujeres les puede costar acostumbrarse a la manipulación genital; requiere de control médico. (Organon, 2005).



Figura 2.3.2.2. Imagen de un anillo mensual (Fuente: Organon, 2005).

El parche anticonceptivo semanal (ver figura 2.3.2.3.) se aplica sobre la piel limpia y seca y sin vello. A través de la piel el parche libera las hormonas anticonceptivas que impiden la ovulación. Se utiliza durante una semana, y se repite el proceso durante 3 semanas, la cuarta se descansa y aparece la menstruación. Las ventajas aportadas por este método son: eficacia igual a la de la píldora; evita la toma diaria; menor posibilidad de olvidos; fácil de usar; sin primer paso hepático. Por lo que se refiere a los inconvenientes, los principales son: poco discreto; puede despegarse y originar problemas de manejo; tiene que vigilarse cada día que el parche esté bien pegado; requiere control médico (Organon, 2005).



Figura 2.3.2.3. Imagen de un parche anticonceptivo (Fuente: Organon, 2005).

Los implantes (ver figura 2.3.2.4) y, sobretodo, los inyectables pueden ser una alternativa para aquellas mujeres que no pueden garantizar la “toma diaria”. El

implante hormonal es un método atractivo para aquellas mujeres que buscan una anticoncepción a largo plazo (3 años). Consiste en la inserción bajo la piel de una pequeña varilla de plástico flexible, que libera una hormona (progestágeno) en dosis muy baja. Esta hormona impide la ovulación. Las principales ventajas de este método anticonceptivo son: disminuye los dolores menstruales; comodidad de uso; sin riesgo de olvido; útil para mujeres que no han tenido un embarazo. Como inconvenientes este método presenta: patrón de sangrado variable e impredecible; la inserción y extracción la debe realizar un médico entrenado (Organon, 2005).



Figura 2.3.2.4. Imagen de un implante anticonceptivo (Fuente: Organon, 2005).

Los métodos inyectables, consisten en una inyección de progestágeno que impide la ovulación durante 3 meses. Las principales ventajas de este método son: comodidad de uso; sin riesgo de olvido (salvo fecha de la nueva inyección). Como inconvenientes encontramos los siguientes: durante los primeros meses las reglas pueden ser irregulares, incluso desaparecer, y la normalidad del ciclo puede tardar en reestablecerse; existe riesgo de aumento de peso; requiere control médico (Organon, 2005).

En resumen, el uso de medidas anticonceptivas hormonales entre las más jóvenes no es una práctica muy extendida, en principio porque requieren de una planificación, de revisiones ginecológicas, es decir, de un cierto control sanitario que aleja a las actuales generaciones juveniles de su utilización. Además, según el MSC (2006), los frenos en el uso de los métodos hormonales están vinculados a ámbitos de importancia para las mujeres jóvenes: la estética y la salud. Para un amplio sector de jóvenes representados en los grupos de discusión del estudio cualitativo (CIMOP, 2005) los métodos hormonales (la “píldora”) “engordan”, “afean”, “hacen perder la silueta”, “tienen contraindicaciones”, “pueden generar cáncer” o “producir infertilidad” si su uso es continuado. Dichas creencias proyectan una imagen negativa sobre dichos métodos desincentivando su uso entre una amplia mayoría de chicas.

Además los métodos hormonales no protegen de ninguna E.T.S. y en muchos casos la utilización de estos métodos provoca un incremento de las relaciones sexuales a causa de la disminución de riesgo de embarazo con lo cual aumentan las probabilidades de infectarse con una E.T.S.

Dispositivo intrauterino

Los dispositivos intrauterinos (DIU) (ver figura 2.3.2.5) reciben este nombre porque se colocan dentro del útero. Son aparatos que generalmente contienen metales activos (cobre) o productos químicos. Tienen unos 4 cm de largo con un hilo en uno de los extremos para facilitar su control. Pueden tener diferentes formas y de ellas se derivan distintos nombres: forma de T, espirales, lazo, anillo, etc.. (Ajuntament de l' Hospitalet, 2004).

Al estar colocado en el útero ya produce de por sí un efecto barrera y además tienen propiedades espermicidas. Pero su mayor eficacia radica en que, aunque se produzca la fecundación, la presencia del DIU impide la anidación.

El DIU requiere controles sanitarios continuados para su indicación, colocación y mantenimiento. La duración de un DIU puede ser de dos a cinco años. Tiene alta eficacia anticonceptiva y nula protección contra las E.T.S. Incrementa el riesgo de infección por las irritaciones y sangrados que a veces produce (Masters, Jonson y Kolodny, 1987 en Planes, Gras y Soto, 2002).



Figura 2.3.2.5. Imagen de un Dispositivo Intrauterino (Fuente: Organon, 2005).

Diafragma

El Diafragma consiste en un capuchón de plástico que se ajusta al cervix e impide el paso del esperma. Requiere controles médicos tanto para decidir la talla adecuada como para aprender a usarlo. Se necesita poder prever las relaciones coitales (lo mismo que el preservativo), así como lavarlo y conservarlo de modo adecuado. Su eficacia como anticonceptivo es alta sobretodo si se combina con espermicidas.

Los espermicidas son barreras químicas, es decir, productos espermicidas (cremas, espumas o esponjas) que se colocan en el fondo de la vagina para anular la actividad del esperma y así potenciar su eficacia anticonceptiva. En los últimos años se ha cuestionado la conveniencia de utilizar de manera exclusiva el espermicida Nonoxynol-9 (N-9) dado que inicialmente se pensó que reducía el riesgo de la transmisión del VIH pero se ha demostrado que lo aumenta significativamente cuando se usa con una elevada frecuencia (p.e: prostitutas) debido a que produce la descamación de la capa celular epitelial de la mucosa vaginal y anal permitiendo el ingreso del virus (Van Damme, Ramjee, Alary, Vuylsteke, Chandeying, Reess, 2002).

Esterilización

La esterilización es un método anticonceptivo permanente y quirúrgico. En el hombre se llama vasectomía y consiste en seccionar los conductos deferentes (tubos que transportan los espermatozoides) que van desde los testículos hasta el pene, con lo que se produce igualmente la eyaculación, pero sin que el líquido seminal contenga espermatozoides. En la mujer se llama ligadura de trompas y consiste en cauterizar o cortar las trompas de Falopio, para impedir que el óvulo se encuentre con el espermatozoide. Estos métodos no afectan al comportamiento ni deseo sexual y no protegen de la transmisión de E.T.S. (Family Health Internacional, 2006).

Contracepción hormonal de emergencia

El tratamiento poscoital o píldora del día siguiente no está recomendado como método preventivo habitual, no es pues, en sentido estricto, un método anticonceptivo. Es un método de urgencia para evitar un posible embarazo no deseado, producto de un coito en el que ha fallado el método anticonceptivo o éste no se ha utilizado. El tratamiento,

que consiste en una serie de pastillas (levonorgestrel) que contienen hormonas, produce una serie de modificaciones en el interior del útero, que impiden la implantación de un posible óvulo fecundado. La OMS considera que el embarazo comienza cuando se implanta el óvulo fecundado y, por tanto, todos los mecanismos que impiden su implantación no son abortivos, sino anticonceptivos.

Se administran dos comprimidos en las 72 horas posteriores al acto sexual de riesgo. El primer comprimido debe ser ingerido lo antes posible, siempre dentro de los tres días posteriores al coito, y el segundo, 12 horas después. También es muy importante destacar que el tratamiento tiene que ser prescrito por personal sanitario, quien realizará la necesaria historia clínica de la mujer y la informará sobre todos los aspectos del tratamiento. Sólo el personal especializado de centros de salud, centros de planificación familiar, hospitales o clínicas, pueden indicar cómo se debe tomar el tratamiento.

Antes de la aparición del levonogestrel, la anticoncepción de emergencia más utilizada era la pauta de Yuzpe. Ésta conlleva más efectos secundarios y es menos segura que el levonogestrel. La pauta de Yuzpe consiste en administrar dos pastillas de Neogynona, un anticonceptivo oral, y repetir la toma a las 12 horas. Generalmente provoca náuseas y vómitos, pero es un tratamiento cinco veces más barato. La caja contiene 21 comprimidos y se adquiere en la farmacia fácilmente sin que al comprador se le exija una receta médica, a pesar de que en el envase se especifica que es necesario. Como sólo se necesitan 4 pastillas, una caja se puede utilizar en otras cinco ocasiones. Muchas adolescentes conocen el método y se lo auto administran sin asesoramiento médico y en ocasiones sin seguir la pauta correcta (Alcaide, 2001).

Métodos preventivos poco o nada eficaces para evitar embarazos o enfermedades de transmisión sexual.

Métodos Naturales (Ogino, temperatura y moco cervical/ Billings)

Bajo este epígrafe se incluyen en primer lugar todos aquellos métodos conocidos como métodos naturales (Ogino-Knaus, temperatura basal, Billings). Para su utilización, sólo es necesario que la mujer conozca, observe y controle sus ciclos

menstruales. Estos métodos tienen como objetivo descubrir a través de la observación de la regularidad de las reglas, de la variación de la temperatura corporal o del moco cervical, en que momento se produce la ovulación, de modo que alrededor de esos días, algunos antes y algunos después, se evite el coito. La eficacia de estos métodos está muy cuestionada y muchas veces tiene que ver tanto con las peculiaridades de los ciclos de cada mujer como con las propias dificultades que supone la "autoobservación". Dado que en la adolescencia son frecuentes las alteraciones o irregularidades de los ciclos menstruales resultan métodos muy pocos seguros para la prevención de embarazos no deseados y no previenen en absoluto la transmisión de E.T.S.

Coitus Interruptus o Marcha Atrás

El Coitus interruptus o marcha atrás sería otro método anticonceptivo poco eficaz, porque falla en más de un 35% de los casos. Este método consiste en retirar el pene de la vagina justo momentos antes de eyacular. Este método no evita que los espermatozoides que hay en el líquido seminal se depositen en la vagina. A veces, también ocurre que se retira el pene demasiado tarde (Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad, 2004). También hay que tener en cuenta que condiciona toda la relación sexual y en algunas mujeres puede causar insatisfacción y anorgasmia. Así mismo, es un método de riesgo para la infección con E.T.S, aunque también es cierto que si se reduce el contacto con el semen, disminuye igualmente la probabilidad de infección,

Lavado vaginal

Otro método, supuestamente preventivo, sería el lavado vaginal, que consiste en limpiar con agua y detergente la vagina inmediatamente después del coito para eliminar los espermatozoides. Esta práctica no asegura la desaparición de todos los espermatozoides que suelen ascender veloces hacia el útero y las trompas de Falopio. Además puede provocar alteraciones locales de la vagina a causa de la destrucción de su flora protectora lo que finalmente favorece las infecciones y otras molestias.





Monogamia Serial





Un caso particular, que por sus características puede estar incluido en este apartado, es la práctica de la monogamia serial. Esta práctica se caracteriza por el hecho de mantener relaciones sexuales sólo con una persona (de la que se desconoce su estatus serológico) sin utilizar sistemáticamente precauciones eficaces, sin tener en cuenta que pueden haber existido otras parejas antes y que probablemente la pareja actual no será la definitiva (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1995; Planes, 1994; Planes, Gras, Soto y Font, 1999). Se ha intentado explicar la amplia prevalencia de la monogamia serial atendiendo a que los sujetos que la practican posiblemente se sienten protegidos porque se ven a sí mismos como no promiscuos y fieles a sus sucesivas parejas, y confían en el afecto y la honestidad de éstas (Planes, Gras, Soto y Font, 2000). Pero como se ha puesto de relieve en varios estudios (Cochran y Mays 1990; Planes et al., 2000), ante un hipotético caso de infidelidad esporádica, un gran número de sujetos reconocen que no se lo dirían a sus parejas. También Desiderato y Crawford (1995) constatan que menos de la cuarta parte de los estudiantes que han tenido múltiples parejas sexuales se muestran dispuestos a comunicárselo a su pareja actual, así como a informarla sobre fallos en el uso del preservativo con parejas anteriores.



ANEXO 10:

Alguna Campañas Preventivas del VIH

<p>2006</p>	<p>Con el Sida no te la juegues. Protégete</p>	
<p>2005</p>	<p>Por ti y por todos, úsalo Detén el sida. No le des la espalda al sida</p>	
<p>2004</p>	<p>Por ti y por todos, úsalo ¡Ahora escúchame!</p>	
<p>2003</p>	<p>Vive y deja vivir A todos nos puede llegar el virus del sida</p>	
<p>2002</p>	<p>Vive y deja vivir Protégete</p>	

<p>2001</p>	<p>El sida puede cruzarse en tu camino</p>	
<p>2000</p>	<p>El sida puede cruzarse en tu camino</p>	
<p>1999</p>	<p>Por ti por mi</p>	
<p>1997</p>	<p>Prevenir el sida está en tus manos</p>	

<p>1996</p>	<p>Lo peor del sida es el rechazo y la marginación</p>	
<p>1995</p>	<p>Todos somos iguales ante el sida</p>	
<p>1994</p>	<p>YO TU</p>	
<p>1992</p>	<p>El sida te engancha por la droga</p>	

<p>1989</p>	<p>Si da No da</p>	 <p>Si Da. No Da.</p> <p>No cambies tu vida por el Sida.</p> <p>MINISTERIO DE SALUD Y CONSUMO</p>
<p>1988</p>	<p>El sida te engancha por el pico</p>	 <p>NO PIQUES</p> <p>El sida te engancha por el pico.</p>

ANEXO 11:

Cuestionario de Evaluación

**HOLA AMIGO!!!
HOLA AMIGA!!!**

QUEREMOS CONOCER QUÉ SABES SOBRE TU SALUD. ASÍ QUE NOS GUSTARÍA QUE CONTESTARAS TÚ SOLO/A EL SIGUIENTE CUESTIONARIO. ESTE CUESTIONARIO ES ANÓNIMO. NO TIENES QUE ESCRIBIR TU NOMBRE. CONSTA DE 3 PARTES:, SEXUALIDAD SEGURIDAD VIAL Y CONSUMO DE DROGAS.

MUCHAS GRACIAS,

PSEUDÓNIMO:

RODEA O MARCA LA OPCIÓN CORRECTA EN TU CASO

- SEXO: CHICO CHICA

- EDAD: 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD

1. ¿Cuanto crees que sabes sobre SEXO?

Nada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-------

2. ¿ Qué MÉTODOS anticonceptivos conoces?

3. ¿Qué ENFERMEDADES de transmisión sexual conoces?

4. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu PADRE?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

5. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu MADRE?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

6. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu mejor AMIGO?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

7. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu mejor AMIGA?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

8. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tu PAREJA ACTUAL?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

No tengo pareja

9. ¿En que medida crees que utilizar el preservativo es una conducta aceptada por tus OTRAS POSIBLES PAREJAS?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

10. Utilizar el PRESERVATIVO cuando mantenga relaciones sexuales, pienso que para mí será:

Nada Cómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Cómodo
Nada Agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Agradable
Nada Práctico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Práctico
Nada Sensato	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Sensato

11. ¿Hasta que punto te sientes capaz de utilizar SIEMPRE el preservativo en tus relaciones sexuales con una PAREJA ESTABLE?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

12. ¿Hasta que punto te sientes capaz de utilizar SIEMPRE el preservativo en tus relaciones sexuales con una PAREJA OCASIONAL?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

13. ¿Hasta que punto te sientes capaz de negarte a mantener relaciones sexuales con una PAREJA ESTABLE en el caso de que NO quiera usar preservativo?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

14. ¿Hasta que punto te sientes capaz de negarte a mantener relaciones sexuales con una PAREJA OCASIONAL en el caso de que NO quiera usar preservativo?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

15. Marca con una cruz tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases:

Usar el preservativo es molesto

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar el preservativo corta el rollo

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar el preservativo disminuye la sensibilidad

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Pedir a tu pareja que utilice preservativo puede ser interpretado como una falta de confianza en ella.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Cuando he necesitado preservativos ha sido fácil conseguirlos

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar preservativo evita el contagio del virus del Sida.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar preservativo evita los embarazos

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar pastillas anticonceptivas evita el contagio del Sida.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar pastillas anticonceptivas evita embarazos

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

La “marcha atrás” es un método efectivo para evitar el contagio del virus del Sida.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

La “marcha atrás” es un método efectivo para evitar los embarazos.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

16. ¿Qué PROBABILIDAD crees que tienes de infectarte con el virus del Sida?

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

17. ¿Qué PROBABILIDAD crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de infectarse con el virus del Sida?

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

18. Me PREOCUPA contagiarme con el virus del Sida.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

19. Estoy seguro/a de que cuando tenga relaciones sexuales con una PAREJA ESTABLE, utilizaremos preservativo.

Nada Seguro/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Seguro/a
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

20. Estoy seguro/a de que cuando tenga relaciones sexuales con una PAREJA OCASIONAL, utilizaremos preservativo.

Nada Seguro/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Seguro/a
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

21. En caso de que hayas tenido alguna relación sexual durante los últimos treinta días ¿Podrías decir si has usado métodos preventivos?

- 1- No he tenido relaciones sexuales
- 2- No he usado métodos preventivos
- 3- Sí he usado métodos preventivos

Si utilizaste métodos preventivos en tu última relación sexual, por favor, podrías decir cuál? _____

22. La mayoría de tus amigos/as cuando mantienen relaciones sexuales:

- 1- Utilizan el preservativo
- 2- No utilizan preservativo
- 3- Utilizan otros métodos de protección

Di cual/ cuáles: _____

SI ERES CHICA, por favor, responde las preguntas 23, 24 y 25 :

SI ERES CHICO, por favor, pasa a las preguntas 26, 27, y 28:

23. Qué probabilidad crees que tienes de tener un embarazo no deseado.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

24. Qué probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de tener un embarazo no deseado.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

25. Me preocupa quedarme embarazada sin desearlo.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

26. Qué probabilidad crees que tienes de dejar a una chica embarazada sin desearlo.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

27. Qué probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de dejar a una chica embarazada sin desearlo.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

28. Me preocupa dejar embarazada a una chica sin desearlo.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

SEGURIDAD VIAL

1. Utilizar el casco cuando circulo en moto, pienso que para mí será:

Nada Cómodo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Cómodo
Nada Agradable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Agradable
Nada Práctico	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Práctico
Nada Sensato	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Sensato

2. ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu PADRE?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

3. ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu MADRE?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

4. ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu mejor AMIGO?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

5. ¿En que medida crees que utilizar el casco al circular en moto es una conducta aceptada por tu mejor AMIGA?

Nada Aceptada	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Aceptada
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

6. Tu PADRE utiliza el casco cuando circula en moto?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca
- 3- No circula en moto

7. Tu MADRE utiliza el casco cuando circula en moto?

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca
- 4- No circula en moto

8. La mayoría de tus AMIGOS cuando van en moto utilizan el casco.

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca
- 4- No circulan en moto

9. La mayoría de tus AMIGAS cuando van en moto utilizan el casco.

- 1- Siempre
- 2- A veces
- 3- Nunca
- 4- No circulan en moto

10. ¿Hasta que punto te sientes capaz de utilizar siempre el CASCO cuando conduces una moto?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

- No conduzco moto

11. ¿Hasta que punto te sientes capaz de utilizar siempre el CASCO cuando vas como ACOMPAÑANTE en moto?

Nada Capaz	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Capaz
------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------

- Nunca voy como acompañante en moto.

12. Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como conductor, utilizaré el CASCO.

Nada Seguro/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Seguro/a
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

13. Estoy seguro/a de que cuando vaya en moto como acompañante, utilizaré el CASCO.

Nada Seguro/a	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente Seguro/a
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	---------------------

14. En caso de que hayas circulado en moto durante los últimos treinta días ¿Podrías decir si has usado siempre el casco?

- 1- No he ido en moto
- 2- No he utilizado el casco la última vez que circulé en moto
- 3- Si he utilizado el casco la última vez que circulé en moto

La última vez que circulaste en moto utilizaste el casco? SI NO

15. Marca con una cruz tu grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes frases:

Usar el casco es molesto

Totalmente en desacuerdo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar el casco estropea el peinado

Totalmente en desacuerdo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar casco cuando circulas en moto evita lesiones graves en caso de accidente.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Para evitar lesiones graves en caso de accidente es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

El casco no es necesario para circular en moto por ciudad

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Si no utilizo el casco me sancionarán.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Para evitar la multa es igual de efectivo usar el casco desatado que usarlo atado

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar el cinturón de seguridad es molesto

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Usar cinturón de seguridad evita lesiones graves en caso de accidente.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

El cinturón de seguridad no es necesario para circular por ciudad.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

El cinturón de seguridad arruga la ropa.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

Si no utilizo el cinturón de seguridad me sancionarán.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

25. ¿Qué probabilidad crees que tienes de sufrir un ACCIDENTE DE MOTO?

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

26. ¿Qué probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad y curso y sexo de sufrir un accidente cuando circulas en moto?.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

27. ¿Qué probabilidad crees que tienes de sufrir un ACCIDENTE DE COCHE?

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

28. ¿Qué probabilidad crees que tiene una persona de tu misma edad, curso y sexo de sufrir un accidente de coche?.

Nada Probable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muy probable
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	--------------

29. Me PREOCUPA tener un ACCIDENTE DE MOTO.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------

30. Me preocupa tener un ACCIDENTE DE COCHE.

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------