



Proyecto de Investigación:

**“Consumo de drogas no inyectables y
conductas sexuales de riesgo de
infección por VIH en adolescentes y
jóvenes”**

RESUMEN EJECUTIVO



Equipo de investigación:

Andrés Cabrera León. Escuela Andaluza de Salud Pública. Observatorio de la Infancia en Andalucía.

Jesús María García Calleja. Programa Conjunto de Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA).

José Luis Gutiérrez Cuadra. Área sanitaria norte de Córdoba (Hospital de Pozoblanco). Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Mariano Hernán García (investigador principal). Escuela Andaluza de Salud Pública. Observatorio de la Infancia en Andalucía.

Oscar M. Lozano Rojas. Fundación Andaluza para la Atención a las Drogodependencias (FADA). Universidad de Huelva.

Ainhoa Rodríguez García de Cortázar (técnica de investigación asignada al proyecto, ainhoa.rodriguez.easp@juntadeandalucia.es). Escuela Andaluza de Salud Pública.

Nuria Romo Avilés. Instituto de Estudios de la Mujer. Universidad de Granada.

José Juan Sánchez Cruz. Escuela Andaluza de Salud Pública.

Organismos Financiadores:

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Fundació Barcelona SIDA 2002.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

Organismos ejecutores:

- Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Observatorio de la Infancia en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía.

1. Introducción:

El uso de drogas en las sociedades actuales constituye un fenómeno complejo, por ello ha de tenerse en cuenta, tanto las propiedades farmacológicas de la “sustancia”, como las expectativas asociadas o efectos esperados, además de las pautas de consumo, las condiciones de vida y las normas sociales informales y legislativas sobre cada droga.

Por otro lado, enfrentar el “riesgo” que supone mantener relaciones sexuales sin protección frente al VIH, depende de una multiplicidad de factores. Sería inviable abarcarlos todos en una investigación. No obstante, se considera importante conocer las visiones que las personas jóvenes y adolescentes tienen de estos factores, cuáles creen que son, de qué manera influyen y en qué grado lo hacen. En definitiva, compararlos con la visión que se tiene de las relaciones sexuales bajo los efectos del consumo de drogas, es decir si este uso se considera o no un factor facilitador de un comportamiento sexual que incremente el riesgo de transmisión del VIH, en relación con otros factores.

La percepción del riesgo es relativa. Lo que se considera riesgo desde determinados sectores sociales no es visto como tal desde otros. Las condiciones de vida determinan la escala de valores de las personas y el nivel de riesgos con el que coexisten o que están dispuestas a asumir. Aunque el estudio se centra en el riesgo de transmisión del VIH por vía sexual, va a tener en cuenta también lo que los distintos grupos de jóvenes que han participado perciben como “riesgo” en las relaciones sexuales, con el objetivo de alcanzar una mayor comprensión de sus comportamientos y de mejorar las posibilidades de intervención con estas poblaciones.

2. Objetivos:

2.1. Explorar la influencia del contexto que rodea a la juventud; normas sociales, roles, relaciones familiares, afectivas y sexuales, etc. que actúen como indicadores y factores de sus hábitos de consumo de drogas y de sus conductas sexuales de riesgo de adquisición de la infección de VIH.

2.2. Comprender las especificidades de la relación consumo de drogas y conductas sexuales.

2.3. Analizar en profundidad las características propias de la población juvenil gitana, así como las de la población de 16 y 17 años en relación a las conductas sexuales y los hábitos de consumo de drogas. Utilizar una perspectiva de género que permita profundizar en las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres.

2.4. Realizar una devolución de la información analizada a la población objeto de estudio, que a su vez nos permita recoger nuevos datos de cara a hacer recomendaciones para futuras intervenciones en prevención del SIDA/VIH. Y a la hora de identificar cambios en percepciones, actitudes y conductas de la juventud aproximadamente 9 meses después de la primera recogida de información.

2.5. Elaborar un instrumento de medida de contenido válido y fiable, capaz de medir los hábitos de consumo de drogas en la juventud así como sus conductas sexuales, profundizando en aquellas de riesgo de infección por VIH.

3. Metodología

3.1. Fase cualitativa:



- . Tipo de estudio: descriptivo y transversal cualitativo.
 - . Población de estudio: jóvenes de 16 a 29 años residentes en Granada capital o provincia. Profesionales que trabajan con población joven en el ámbito educativo, sanitario o asociativo.
 - . Periodo de trabajo de campo: octubre 2003 – mayo 2004.
 - . Diseño muestral: intencional, basado en la selección de personas según perfiles previamente establecidos.
- Técnicas de recogida de información:
- . Grupos focales y triangulares con jóvenes. Se realizaron 14 grupos en total. (Ver tabla 1).
 - . Entrevistas semiestructuradas a jóvenes y profesionales, algunas de estas personas son informantes clave de los ambientes juveniles. Se realizaron 21 entrevistas en total. (Ver tabla 2).

Tabla 1. Perfil de los grupos focales o triangulares realizados

Código grupo	Sexo y etnia	Edad	Drogas consumidas	Formación académica	Situación laboral	Moderación
G001	Personas jóvenes no gitanas	18-29	a	Variada, mayoría universitarios/as	Variada, mayoría no trabaja y algunas trabajo temporal	Mujer no gitana
G002	Personas jóvenes no gitanas	25-29	b	Variada, mayoría no universitaria	Trabajo no cualificado	Mujer no gitana
G003	Personas jóvenes no gitanas	18-24	b	Variada; universidad y estudios artísticos	Trabajo no cualificado	Mujer no gitana
G004	Mujeres no gitanas	18-24	a	Universitarias y estudiantes de FP.	Variada, mayoría no trabaja y algunas trabajo temporal	Mujer no gitana
G005	Mujeres no gitanas	16-17	a	Estudiantes de ESO, bachiller y Planes de Garantía social	Mayoría no trabaja	Mujer no gitana
G006	Hombres no gitanos	16-17	a	ESO y bachiller	Mayoría no trabaja	Hombre no gitano
G007	Mujeres gitanas	18-24	a	Escuela Taller	Trabajo no cualificado	Mujer gitana
G008	Hombres mayoría no gitanos	18-24	b	Escuela Taller	Albañilería	Mujer no gitana
G009	Hombres no gitanos	18-24	a	Escuela Taller	Electricidad, carpintería, fontanería	Hombre no gitano
G010	Mujeres no gitanas	18-24	b	Bachiller y universitarias	Mayoría no trabaja	Mujer gitana
G011	Hombres gitanos	18-24	b	Primaria y algún analfabeto	construcción y campo	Hombre gitano
G012	Hombres gitanos	16-17	a	Mayoría en ESO	Mayoría no trabaja	Hombre gitano
G013	Mujeres gitanas	16-17	a	Escuela Taller	Electricidad, carpintería, fontanería	Mujer gitana
G014	Mujeres lesbianas	18-24	a	Estudiantes	Supermercado, hostelería	Mujer no gitana

a. Tabaco, alcohol y/o cannabis.

b. Otras drogas además de alcohol y/o cannabis; éxtasis, cocaína, speed, ketamina, LSD, hongos alucinógenos, opio, heroína inhalada.

Tabla 2. Perfil de las entrevistas realizadas

JÓVENES CON PERFIL CLAVE	PROFESIONALES
Joven VIH(+) por transmisión sexual, trabajó como camarero en discoteca (E05)	Experta en jóvenes y sexóloga (E01)
Joven camarero en bar de noche, consumidor habitual de alcohol, cannabis y ocasional de otras drogas (E008)	Atención en el Teléfono de Información Sexual para Jóvenes de Andalucía (E02)
Joven no consumidor de ninguna droga (E09)	Informadora Juvenil y socióloga (E03)
Joven consumidor habitual de speed, MDMA y otras drogas. (E16)	Joven gitano y Animador Sociocultural con jóvenes gitanos (E04)
Joven usuaria de alcohol y drogas de síntesis (E17)	Coordinadora de un Centro Juvenil de Orientación para la Salud (E006)
Joven homosexual policonsumidor (E020)	Psicólogo de Asociación Sexológica (E07)
Joven homosexual consumo moderado de alcohol y otras drogas (E21)	Educador de Calle de barrio popular con alta proporción de población gitana, de renta baja o muy baja (E010)
	Agente Básico de Salud con población excluida, exvoluntaria Comité Anti-sida (E11)
	Psicóloga y docente en talleres sobre “sexo seguro” en zona en riesgo de exclusión social de Granada (E12)
	Docente en talleres para adolescentes y jóvenes en programa “Mejor sin alcohol” (E13)
	Educadora de Calle de barrio popular de renta media-baja. (E14)
	Voluntario con jóvenes de población gitana (E15)
	Joven mediador intercultural (E18)
	Representante Comisionado Drogas Andaluz. (E19)

- Proceso de análisis:

- . Definición de categorías y triangulación entre 3 miembros del equipo de investigación de las dimensiones y subdimensiones de análisis.
- . Análisis de contenido con el programa Atlas.ti 4.2. Triangulación de resultados mediante el análisis contrastado de dos personas.
- . Elaboración del primer informe.
- . Devolución de los resultados a jóvenes participantes y grupo nominal.

. Incorporación de las observaciones y recomendaciones realizadas durante la devolución.

3.2. Construcción del cuestionario.

El cuestionario se ha construido en base a tres fuentes de información: resultados del análisis cualitativo; ítems e indicadores de la revisión bibliográfica realizada; e indicadores e instrumentos de medida utilizados por los principales organismos nacionales e internacionales que investigan sobre el consumo de drogas y la epidemia de SIDA. Tras realizar la oportuna discusión, contraste y consenso entre los miembros del equipo de investigación en cuanto a la información obtenida, se procedió a definir la estructura, categorización y redacción de los ítems de modo que, tras sucesivas reuniones, se obtuvo el cuestionario a pilotar posteriormente. Una vez pilotado y analizado, se incorporaron aquellas observaciones y mejoras detectadas obteniendo así el cuestionario definitivo.

4. Resultados

4.1. Sobre el contexto sociocultural de las personas jóvenes participantes en la investigación:

Los **espacios y tiempos** de ocio y diversión se identifican a menudo con los de consumo de drogas legales e ilegales por jóvenes participantes en el estudio, llegando a definirse una relación entre estos espacios nocturnos, el consumo de drogas y las prácticas sexuales.

Las **normas sociales** que dicen percibir actualmente desde los medios de comunicación, se basan en el consumo, en los excesos, en el disfrute del ahora, la novedad, el hedonismo y las sensaciones fuertes. No obstante, también reciben, en su opinión, mandatos contrarios, prohibitivos de aquello que resulta placentero, especialmente en el tiempo productivo, de lunes a

viernes. Esta aparente contradicción en las normas sociales, se traduce en prácticas de consumo de sustancias psicoactivas el fin de semana, y en intentos de relacionarse sexualmente en este espacio de tiempo, al menos en aquellas personas consultadas que no mantienen exclusividad sexual con una pareja estable.

Algunas personas jóvenes se quejan de una **educación sexual** pobre y represiva. A la par, aparecen casos de familias donde se puede hablar abiertamente de sexualidad y de medidas de protección frente a enfermedades de transmisión sexual, no obstante éstos no son los más comunes entre las personas jóvenes consultadas. La educación familiar, así como la socialización secundaria, parece influir en los miedos o habilidades sociales a la hora de proponer relaciones sexuales. Los estereotipos de género según los cuales no está tan bien visto que una joven proponga relaciones sexuales parecen también intervenir en algunos casos.

En este sentido, el alcohol y otras drogas se suelen utilizar como desinhibidores entre la población estudiada, con la intención de facilitar la comunicación previa a la relación sexual.

En cuanto a la **comunicación** en la relación sexual propiamente dicha, algunas mujeres jóvenes encuentran dificultades para expresar sus apetencias, e igualmente para **negociar** el uso de **preservativos**, si ellas son las que lo desean utilizar y no sus parejas.

La importancia que se le da a la penetración es algo que se repite a lo largo de los discursos recogidos en esta investigación, especialmente en menores, aunque en algunos grupos se critique, como es el caso del grupo de personas de 25 a 29 años consumidoras de cannabis y drogas sintéticas o semisintéticas. Este **modelo sexual** forma parte del contexto en el que se desarrollan las relaciones sexuales de jóvenes y adolescentes, siendo la penetración una práctica de mayor riesgo de infección por VIH, si se realiza sin preservativo, que otras como el sexo oral.

En general, la juventud participante en la investigación ha declarado no utilizar **en prácticas bucogenitales** ningún tipo de **barreras**, como

preservativos, cuadrados de látex o plástico transparente del que se utiliza para envolver alimentos. Algunas personas manifiestan dudas sobre su grado de riesgo, o sobre si realmente es un comportamiento sexual de riesgo, y prefieren practicar el sexo oral sin protección, o no practicarlo, a hacer el esfuerzo de introducir el preservativo u otras barreras, algo que parece nada común en el entorno estudiado. A pesar de la valoración negativa de las prácticas bucogenitales entre las menores gitanas consultadas, éstas conocen la posibilidad de reducir el riesgo de infección por VIH si no permiten que se produzca la eyaculación en la boca.

El **tipo de pareja**, ya sea estable o casual, parece repercutir en gran medida en la utilización de preservativos. Esto es algo que aparece en todos los grupos y especialmente en las opiniones de los varones menores de 24 años consultados. Éstos se muestran en general concienciados de la necesidad del uso de condones con parejas ocasionales, aunque algunos declaran que no desaprovecharían la oportunidad de mantener una relación sexual si no disponen de ellos en el momento, sin embargo no consideran tan necesarios los preservativos con la novia. Varios jóvenes expresan una separación entre las relaciones sexuales con la pareja estable, entre semana, y los posibles encuentros sexuales con parejas casuales, en la noche del fin de semana, bajo los efectos de alcohol y otras sustancias.

En cuanto a lo que se considera “**riesgo**” en las relaciones sexuales, bajo los efectos del alcohol u otras drogas, se asocia a menudo al embarazo y, en menor medida, a enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Varias jóvenes señalan también como riesgo el mantener relaciones sexuales sin desearlo.

4.2. Sobre la relación entre el consumo de drogas no inyectadas y las conductas sexuales de riesgo de infección por VIH:

El objetivo central de la investigación es el de indagar en la visión que tienen la juventud participante en el estudio y las personas consultadas que

trabajan con jóvenes de la relación, si es que consideran que existe, entre el consumo de sustancias por vía no intravenosa y la realización de determinadas prácticas sexuales consideradas de riesgo.

Lo comentado hasta ahora, en tanto en cuanto forma parte del contexto en el que se llevan a cabo las relaciones sexuales de las personas jóvenes participantes en la investigación, se ha de tener en cuenta, ya que puede influir en la realización de prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH bajo los efectos de sustancias psicoactivas.

Varias personas jóvenes manifiestan su desagrado a la hora de mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol u otras sustancias. Otras, sin embargo, dicen disfrutar de las relaciones sexuales bajo los efectos de distintas drogas. En general parece ser común en el grupo de jóvenes participantes realizar prácticas sexuales en estas circunstancias, salvo algunas personas que tienen pareja estable.

La influencia de la **cantidad** de la **sustancia** consumida en las prácticas sexuales que se llevan a cabo bajo sus efectos, es un elemento que se repite en los discursos analizados. Así, cualquiera de las drogas observadas, en un consumo percibido excesivo, parecen impedir o dificultar las relaciones sexuales, al menos con penetración. Una cantidad considerada moderada, en la opinión de la juventud participante, puede facilitar las relaciones sexuales, pero a la hora de determinar su influencia en el uso o no de preservativos las opiniones son diversas. Para el alcohol y/o el “éxtasis” o MDMA, así como para un policonsumo de speed o/y cocaína y éxtasis, además de alcohol y/o cannabis, algunas personas relatan experiencias sexuales donde, más o menos conscientemente, no han utilizado preservativo en penetraciones vaginales o anales. Consideran que en bajo los efectos de estas sustancias no le han dado la misma importancia al uso de preservativos u otras barreras que le hubieran dado si no estuvieran bajo esos efectos. Otras personas opinan que han asumido los riesgos derivados de una práctica sexual de riesgo conscientemente, ya que, muy a menudo, el no uso de preservativos en estas circunstancias de consumo se justifica por la no disponibilidad de los mismos

en el momento. La **pérdida de sensibilidad sexual** bajo los efectos de sustancias psicoactivas en los varones es otra de las razones dadas para no utilizar preservativo en estas circunstancias. En cuanto a las diferencias por género que aparecen en los discursos los varones menores consultados señalan que son las jóvenes las que se muestran más prudentes en el uso de preservativo bajo los efectos de sustancias psicoactivas, excepto si se trata de relaciones estables. En este sentido, las menores participantes consideran que las mujeres se controlan más en el consumo de alcohol y otras drogas.

. Sobre otros factores considerados de riesgo, independientemente del consumo de drogas:

A menudo, las personas jóvenes consultadas consideran que las prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH no son producto del consumo de sustancias. Señalan entonces otras razones para la realización de estas conductas sexuales. Así, la no **disponibilidad** de preservativos y su elevado precio aparecen frecuentemente relacionados en los discursos con la no utilización de los mismos. Igualmente el **tipo de pareja**, y la confianza en la misma, se asocia en relaciones heterosexuales con la realización de penetración sexual sin preservativo, y en relaciones lésbicas con otras prácticas sexuales que puedan incrementar el riesgo de infección por VIH. Una concepción del **deseo sexual** como algo “primario” e **irrefrenable**, donde razonar resta placer, justifica en ocasiones la no utilización de preservativos. En el discurso de las mujeres jóvenes consultadas el sentirse **enamoradas** de su pareja sexual aparece como una de las razones más importantes para la realización de prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH. El estar **baja de autoestima** o algo deprimida aparece en algunas jóvenes asociado a la pérdida de poder en la negociación del preservativo, algo que no ocurre con los varones.

4.3. En relación al tercer objetivo presentado; analizar en profundidad las características propias de la población juvenil gitana, así como las de la

población de 16 y 17 años en relación a las conductas sexuales y los hábitos de consumo de drogas. Igualmente tener en cuenta una perspectiva de género que permita profundizar en las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres, aparecen los siguientes hallazgos.

. Resultados sobre **juventud gitana**:

Antes que nada, es importante señalar, de cara a evitar generalizaciones erróneas, que la juventud gitana participante en la investigación reside en zonas vulnerables o en riesgo de exclusión social.

El consumo de alcohol, cannabis y/o cocaína y las relaciones sexuales casuales bajo sus efectos parecen más comunes en los gitanos varones que en las mujeres participantes en la investigación, las cuales declaran un consumo muy bajo de alcohol y cannabis, e inexistente de otras sustancias como cocaína o drogas de síntesis. En ocasiones se realizan prácticas sexuales de riesgo en estas circunstancias, especialmente si no se dispone de preservativos. No obstante, declaran con mayor frecuencia la ausencia de protección frente al VIH en parejas estables, independientemente del consumo o no de drogas. La pérdida de sensibilidad y la concepción del sexo como algo que no se puede controlar parece justificar en los varones la no utilización del preservativo. En opinión de profesionales, el poder de las mujeres gitanas en la negociación del condón es menor y no suelen ver necesario su uso con la pareja sentimental. No se utilizan barreras protectoras frente al VIH en prácticas bucogenitales en ningún grupo estudiado.

Se han detectado confusiones en torno a los métodos de prevención del VIH en varones mayores de 18 años. Profesionales juzgan escasas las intervenciones para prevenir la transmisión sexual del VIH en las zonas estudiadas y, al realizarse en lugares como centros de salud o educativos, no llegan a buena parte de la población joven.

Por último, apenas aparecen diferencias en relación a la juventud no gitana de su entorno, salvo en cuestiones como el valor cultural de la virginidad en las jóvenes.

. Resultados sobre adolescentes de **16 y 17 años**:

Comprender las especificidades de la relación consumo de drogas y conductas sexuales para las personas menores de edad se planteaba igualmente como un objetivo de la investigación. En este sentido, la edad podría señalar una línea difusa en el tipo de drogas consumidas por las personas participantes en la investigación. Así, las personas menores de 18 años consultadas, apenas consumen alcohol y/o cannabis, habiendo probado alguna de ellas la cocaína. La marcha atrás aparece en los resultados como una práctica común en esta población menor de edad. Se detectaron lagunas en el conocimiento de recursos disponibles para la prevención del VIH, así como obstáculos externos para conseguir la píldora del día después, debido a su edad. Los riesgos sexuales se asocian con el embarazo en las menores y con las enfermedades de transmisión sexual en relaciones ocasionales por parte de los menores.

El alcohol, según los gitanos menores de 18 años consultados, facilita las relaciones sexuales, aumentando el deseo y disminuyendo la vergüenza. No obstante, las menores gitanas opinan lo contrario. Mujeres de población no gitana y varones menores, gitanos o no, consideran que bajo los efectos de esta sustancia puede no utilizarse preservativos, porque no se piensa en los riesgos. No obstante, el preservativo no se utiliza en otras circunstancias donde no aparece el consumo de drogas. Así, los precios de este producto se consideran muy elevados y, sobre todo en estas edades, limitan su accesibilidad. En los varones aparece el discurso de la pérdida de sensibilidad, así como el de que el embarazo es un problema de las mujeres. Entre las menores no gitanas proponer el condón una vez iniciada la relación sexual “*corta el rollo*”, además de producir molestias y escozores. En general, el enamoramiento y la confianza en la pareja considerada estable aparecen como factores de riesgo para no utilizar preservativos. Las menores no gitanas consultadas declaran que si utilizan condones en prácticas bucogenitales es por el hecho de probar los de sabores.

En relación a las campañas de prevención del VIH se consideran positivas, aunque los menores gitanos consultados opinan que han faltado en los últimos tiempos. En general no se detectan graves lagunas en la información de las vías de transmisión sexual. De las campañas sobre drogas critican las menores no gitanas los mensajes prohibicionistas, la falta de información y de razones para no drogarse.

En general se considera más moderado el consumo de sustancias de las menores con respecto a los varones de su edad. La estigmatización, por parte de los varones, de las mujeres que mantienen relaciones sexuales casuales como “*guarras*” parece tener una fuerte influencia en las menores no gitanas. Las gitanas consultadas declaran sentirse orgullosas de mantenerse vírgenes.

. Influencia del **género** en las visiones de las conductas sexuales, el consumo de drogas y la prevención de ETS como el VIH:

Aparecen dificultades, en los discursos de mujeres jóvenes, a la hora de comunicar sus deseos en la relación sexual, al igual que para negociar el uso del preservativo, especialmente en las menores de edad. Excepcionalmente se han detectado casos de sometimiento, ya sea por amor, chantaje o engaño, a la voluntad del varón con el que han mantenido una relación sexual, lo que ha conllevado la realización no deseada de prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH.

4.4. Opiniones acerca de las intervenciones en prevención de la transmisión sexual del VIH y sobre drogas:

Sobre **prevención** de la transmisión sexual del **VIH** se considera que ha disminuido el número de campañas y que las que existen no son accesibles por toda la población juvenil, especialmente la no escolarizada. La información recibida desde el grupo de iguales y desde la familia está altamente valorada. Algunas personas jóvenes advierten de los peligros de mezclar la sexualidad

con el SIDA y otros elementos que puedan facilitar una visión negativa de la misma.

De las **campañas** sobre **drogas** se valoran fundamentalmente las enmarcadas en la filosofía de la “reducción de daños”. Gran parte de las personas jóvenes participantes consideran que los mensajes prohibicionistas deberían evitarse, e informar más sobre las consecuencias a largo plazo del consumo de cada sustancia. Sugieren que se distribuya información en los lugares donde se consumen estas sustancias, pero también en otros momentos más propicios para su lectura.

4.5. Resultados sobre la construcción del cuestionario:

El cuestionario que se obtiene de esta investigación considera tres fuentes de información, dando una mayor validez interna y externa a su contenido. Por un lado los resultados del análisis cualitativo de la investigación, ha proporcionado información clave sobre los discursos de la juventud, adaptando así la redacción de los ítems, y ha definido las dimensiones y categorías del cuestionario; por otro lado, la revisión bibliográfica sobre la que se apoya el marco teórico de la investigación ha permitido seleccionar indicadores, ítems, cuestionarios o escalas de medida claves de estudios con temática similar a éste; y, por último, la utilización de estudios de ámbito estatal e interestatal ha permitido asegurar la comparabilidad de la información del cuestionario. Estas tres fuentes de información, junto con el conocimiento y experiencia acumulado del equipo investigador y con la puesta en práctica del cuestionario mediante su pilotaje, ha permitido ofrecer a la comunidad científica un cuestionario que recoge información sociodemográfica, sobre experiencia y conductas sexuales, consumo de sustancias y conductas sexuales, conocimiento y percepciones sobre enfermedades de transmisión sexual (haciendo énfasis en el VIH/SIDA) y, por último, sobre salud mental y física.

5. Conclusiones y recomendaciones

La influencia del consumo de sustancias psicoactivas en las prácticas sexuales de riesgo es compleja. En esta investigación se ha podido comprobar que no existe unanimidad en las visiones que las propias personas jóvenes poseen en relación a la pregunta.

Un consumo elevado de sustancias como alcohol o éxtasis se relaciona, en ocasiones, a una disminución en la preocupación por los riesgos asociados a una práctica sexual con penetración y sin preservativo o, en los varones, a una pérdida de sensibilidad sexual que se añade a la ya percibida por el uso del condón.

Si bien, el consumo abusivo, en otros discursos, se presenta incompatible con la realización de prácticas sexuales. Por ello, es posible afirmar que, las cantidades consumidas según las características personales, y las actitudes previas, producto a su vez éstas del contexto sociocultural y la educación sexual recibida, influyen también en la realización o no de prácticas sexuales que incrementan el riesgo de infección por VIH, en opinión de profesionales y jóvenes participantes en la investigación.

Otros factores que parecen intervenir en la realización de prácticas sexuales de riesgo son; la no disponibilidad de preservativos, el grado de confianza en la pareja sexual, una concepción del deseo como algo incontrolable, más común entre los varones, el enamoramiento y el estado de ánimo o autoestima, especialmente influyentes estos dos últimos en mujeres.

Entre las recomendaciones derivadas de los discursos de jóvenes y especialistas destacan:

- . Publicitar una imagen erótica del preservativo y trabajar en la optimización del placer con jóvenes para reducir la sensación de pérdida de sensibilidad con el condón.



- . No demonizar la penetración al impulsar prácticas bucogenitales de menor riesgo (sexo oral). Evitar la generación de una imagen negativa de la sexualidad, producto de su asociación con el miedo al SIDA.
- . Fomentar el uso de preservativo con el objetivo de evitar el embarazo, más que para impedir la transmisión sexual del VIH.
- . Convertir en objeto de campañas a las parejas estables, no sólo las relaciones casuales.
- . Formación en habilidades sociales para negociar el uso de preservativos, especialmente con mujeres adolescentes y jóvenes. Fomentar intervenciones más personalizadas.
- . Mejorar la accesibilidad de los preservativos, especialmente en los espacios donde se consume alcohol y otras drogas.