

Original

Conocimiento sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual en inmigrantes latinoamericanos y magrebíes en Cataluña

Erika Ríos^a, Laia Ferrer^{a,b}, Jordi Casabona^{a,b,c,*}, Joan Caylá^{b,d}, Àngels Avecilla^e, Jordi Gómez i Prat^d, Jesús Edison^d, Olga Pérez^f, Susana García^g, Pere Torán^{h,i}, Marta Ruiz^{h,i}, Teresa Gros^j, Lourdes Rodríguez^j, David Arribas^k, Cinta Folch^{a,b} y Anna Esteve^{a,b}

^a Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT), Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona (Barcelona), España

^b CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), España

^c Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona, España

^d Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), Barcelona, España

^e Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (CASSIR), Badalona Servicios Asistenciales, Badalona (Barcelona), España

^f Centre d'Atenció Primària El Fondo, Santa Coloma de Gramenet (Barcelona), España

^g Centre d'Atenció Primària Raval Sud, Barcelona, España

^h Centre d'Atenció Primària Gatassa, Mataró (Barcelona), España

ⁱ Unitat de Suport a la Recerca d'Atenció Primària del Barcelonès Nord i Maresme, IDIAP, Mataró, España

^j Centre d'Atenció Primària Ronda Cerdanya, Mataró (Barcelona), España

^k Centre d'Atenció Primària Premià de Mar, Premià de Mar (Barcelona), España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de febrero de 2008

Aceptado el 10 de septiembre de 2008

On-line el 9 de marzo de 2009

Palabras clave:

VIH
Sida
Infecciones de transmisión sexual
Inmigración
Conocimientos
Actitudes
Conducta sexual
Estudio transversal

RESUMEN

Objetivo: Describir y comparar el grado de conocimiento sobre el VIH/sida con el uso del preservativo por la población inmigrante.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta semiestructurada y entrevista personal realizada en centros asistenciales de las regiones sanitarias de Barcelona y Barcelonès Norte y Maresme a 238 usuarios latinoamericanos y magrebíes en 2003. El cuestionario incluía variables sociodemográficas, de conducta sexual, de conocimientos generales sobre VIH/sida, y sobre la transmisión y la prevención. Para identificar determinantes del «conocimiento inadecuado del VIH/sida» se aplicó un modelo de regresión logística.

Resultados: El 53,8% de los encuestados tenían un conocimiento inadecuado del VIH/sida. En el análisis univariado se asociaban con este desconocimiento los magrebíes, los que no vivían en Barcelona, los que no tenían trabajo y los que no tenían estudios; en el multivariado se asociaban los magrebíes con una situación más desfavorable respecto a los latinoamericanos (*odds ratio* [OR] = 4,99; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 2,73-9,10) y los inmigrantes sin trabajo (OR = 2,59; IC 95%: 1,42-4,73). El uso del preservativo fue valorado como un método de prevención eficaz, pero el 42,1% de los encuestados no lo utilizaba en sus relaciones ocasionales.

Conclusiones: Es necesario mejorar el conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH/sida y eliminar concepciones erróneas de la infección entre los inmigrantes latinoamericanos y magrebíes. La población inmigrante es vulnerable y prioritaria para impulsar intervenciones preventivas, adaptadas a sus especificidades lingüísticas y culturales.

© 2008 SEESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Knowledge of HIV and sexually-transmitted diseases in Latin American and Maghrebi immigrants in Catalonia (Spain)

ABSTRACT

Keywords:

HIV
AIDS
Sexually transmitted infections
Immigration
Knowledge
Attitudes
Sexual behavior

Objectives: To describe and compare levels of knowledge about HIV/AIDS and condom use in the immigrant population.

Method: We performed a cross-sectional study by means of a semi-structured questionnaire and face-to-face interviews in 238 Latin American and Maghrebi users of medical centers in the Barcelona and North Barcelona-Maresme health areas. The questionnaire included sociodemographic variables and questions on sexual behavior and general knowledge about HIV/AIDS, transmission mechanisms, and means of prevention. A logistic regression model was used to identify the determinants of «inadequate knowledge of HIV/AIDS».

Results: A total of 53.8% of interviewees had inadequate knowledge of HIV/AIDS. Univariate analysis showed inadequate knowledge to be associated with being from the Maghreb, not living in Barcelona, being without work and not having educational qualifications. Multivariate analysis revealed that the only variables significantly associated with inadequate knowledge were being from the Maghreb as opposed to being from Latin America (OR = 4.99; 95%CI: 2.74-5.10) and being unemployed as opposed to being employed (OR = 2.59; 95%CI: 1.42-4.73). Condoms were seen as an effective prevention method, but 42.1% of interviewees did not use them in occasional relationships.

Conclusions: Knowledge of routes of HIV transmission should be improved and mistaken ideas about infection should be eliminated among Latin American and Maghrebi immigrants. The immigrant

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jcb.ceescat.germanstrias@gencat.cat (J. Casabona).

population is a vulnerable group that ought to be prioritized to promote prevention programs adapted to its linguistic and cultural specificities.

© 2008 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En Cataluña, el fenómeno migratorio es reciente y creciente. Hasta diciembre del año 2006 se habían registrado como residentes 642.829 extranjeros, el 9% del total de la población (una cifra que aumenta a 923.618 efectivos si consideramos los 280.789 inmigrantes irregulares estimados en Cataluña para ese año), y el peso mayoritario entonces, exceptuando la población procedente de la Unión Europea, recaía en los magrebíes y los latinoamericanos (25% y 24% del total de extranjeros, respectivamente)^{1,2}. Esta población inmigrante se considera más vulnerable a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el sida, por el hecho de que en ellos pueden confluír factores de precariedad social y económica, así como de desarraigo cultural y afectivo, que les pueden exponer a situaciones de mayor riesgo³⁻⁷.

El número de casos de sida en inmigrantes en Cataluña presenta una tendencia creciente desde 1999, que llegó al 24,4% del total de casos en 2006⁸. Respecto a los casos nuevos de infección por el VIH en Cataluña, en el periodo 2001-2006 el 32,2% correspondió a personas de origen no español, siendo América Latina el origen mayoritario (42,3%), sobre todo Ecuador (9%), y luego África (37,7%) con Marruecos a la cabeza (5,5%)⁹. Barcelona también sigue esta tendencia de crecimiento relativo del número de casos en inmigrantes. Entre los años 1997 y 2003 la tasa aumentó del 4,2% al 13,6% del total de casos, y en 2006 los nuevos casos de sida detectados en personas no nacidas en España residentes en Barcelona ciudad era ya del 25,5%¹⁰.

Existen pocos estudios realizados en Europa sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas en relación al VIH y otras infecciones de transmisión sexual en inmigrantes, si bien hay que destacar el trabajo de investigación de la red europea sobre sida y movilidad (A&M)¹¹. Los datos son especialmente escasos en España; la única encuesta disponible sobre salud y hábitos sexuales de ámbito estatal fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística en 2003¹². Los estudios sobre conocimientos, actitudes y conductas (CAC) realizados en inmigrantes suelen referirse a subpoblaciones de la propia población inmigrante, como las trabajadoras sexuales, y siguen una metodología no probabilística¹³⁻¹⁵. Conocer el grado de información que tienen los inmigrantes sobre estas enfermedades y su prevención, así como poder describir sus prácticas sexuales, es algo imprescindible para el diseño de intervenciones específicas dirigidas a esta población, cada vez más importante en la dinámica de transmisión del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual en nuestro entorno. Los objetivos del presente estudio son describir y comparar el grado de conocimiento sobre estas infecciones, así como el uso del preservativo, en la población inmigrante de origen latinoamericano y magrebí que recibe asistencia en los centros sanitarios en Cataluña.

Material y métodos

Estudio transversal, mediante una encuesta con cuestionario semiestructurado y entrevista personal, en una muestra de conveniencia de inmigrantes.

El reclutamiento se realizó en siete centros sanitarios de Cataluña situados en las Regiones Sanitarias de Barcelona y del Barcelonés Norte y Maresme, seleccionados por atender un

número elevado de inmigrantes y por motivos de accesibilidad. Se incluyeron cinco centros de atención primaria (CAP): El Fondo (Santa Coloma de Gramenet), Ronda Cerdanya (Mataró), Gatassa (Mataró), Premiá de Mar y Raval Sud (Barcelona); la Unidad de Medicina Tropical y de Vacunación Internacional (UMTIVI) de Drassanes (Barcelona), y el Centro de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSIR) de Badalona. Los criterios de inclusión fueron acudir a uno de los centros de reclutamiento en demanda de asistencia clínica, residir en Cataluña por lo menos desde dos años antes de la encuesta, ser mayor de 18 años y ser originario de un país de Latinoamérica o del Magreb (Marruecos, Túnez y Argelia), así como tener los mínimos conocimientos de español para entender la entrevista.

La muestra se ponderó para obtener un número de participantes similar en el Barcelonés Norte, el Maresme y Barcelona Ciudad. Las entrevistas fueron realizadas por tres enfermeras y dos médicas, cuatro de las cuales habían atendido previamente a los entrevistados en sus consultas. Se realizaron en horarios de mañana y tarde, y se estableció el periodo de reclutamiento entre los meses de junio y diciembre del año 2003.

El cuestionario incluía preguntas sobre las características sociodemográficas, sobre conducta sexual y conocimiento general del VIH/sida, y sus mecanismos de transmisión y prevención. También incorporaba cuestiones sobre antecedentes de infecciones de transmisión sexual y la realización de la prueba del VIH.

Después de una prueba piloto a diez sujetos y para estandarizar la entrevista, se realizó un manual del entrevistador y para facilitar la comprensión de la encuesta se simplificaron términos, se anotaron sinónimos de términos complejos y se anexó un glosario de palabras clave, en árabe y francés. La encuesta tenía una duración media de 12 minutos.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.11.0. Se calcularon las frecuencias, las medias y las desviaciones estándar para las variables cuantitativas, y para comparar las proporciones de las variables categóricas entre los dos grupos de población inmigrante se utilizó la prueba de chi-cuadrado. La variable respuesta «inadecuado conocimiento del VIH/sida», se obtuvo a partir de la suma de respuestas de los ítems sobre el conocimiento del VIH/sida que incluían preguntas sobre las vías de transmisión y sobre prevención, y se recodificó posteriormente en tres categorías en función del valor de los percentiles 25, 50 y 75. El «inadecuado conocimiento» correspondió a la categoría que incluía el percentil más bajo, equivalente a un máximo de seis respuestas correctas. Para identificar posibles determinantes del conocimiento inadecuado se calcularon *odds ratio* (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC95%). En el análisis multivariado se aplicó un modelo de regresión logística.

Resultados

El porcentaje de participación fue del 83,3% y se descartó el 2,4% de las encuestas por tener la información incompleta, con lo cual la población final del estudio fue de 238 individuos.

La información sociodemográfica recogida de las personas que rechazaron participar (o que respondieron de forma incompleta) no se diferenciaba de la de aquellas que accedieron a hacerlo, excepto en su procedencia, con un mayor porcentaje de rechazo en

los magrebíes (36,7% frente a 12,4%; $p < 0,001$). La cifra de exclusión por razón de idioma no fue destacable; la mayoría fueron mujeres magrebíes que, sorprendentemente, hacía más tiempo que vivían en Cataluña, y dos personas latinoamericanas que sólo hablaban quechua.

En relación a las características sociodemográficas según la región de procedencia, de los 238 participantes 109 eran magrebíes (45,8%) y 129 latinoamericanos (54,2%). Al comparar ambos grupos, entre los latinoamericanos había más mujeres, vivían con más frecuencia en Barcelona, llevaban menos de tres años en Cataluña, la mayoría habían venido por motivos económicos, tenían trabajo con más frecuencia, entendían más el español y tenían un nivel de estudios más elevado, mientras que estaban regularizados con menos frecuencia (tabla 1).

En ambos colectivos, más de tres cuartas partes de los encuestados se refirieron al VIH/sida como a una enfermedad incurable, pero prevenible, causada por un virus, con una alta tasa de mortalidad y un componente de rechazo social relevante. Los latinoamericanos tendían a tener un mejor conocimiento de las características generales de la enfermedad. Así, mientras cinco de

cada seis latinoamericanos aseguraban que el sida está causado por un virus, eran tres de cada seis las personas magrebíes que hacían esta afirmación. Asimismo, la creencia de que se trata de una enfermedad prevenible era muy generalizada entre los latinoamericanos (93%), mientras que este valor perdía peso en los magrebíes (62%). Sin embargo, la mitad de los latinoamericanos creía erróneamente que existe una vacuna preventiva para la infección por el VIH, mientras que el 28,4% de los magrebíes lo creían así. En cualquier caso, la percepción de no tener buena información sobre el tratamiento de la infección fue alta en ambos grupos (tabla 2).

El conocimiento sobre los mecanismos de transmisión del VIH se reveló, en general, bastante inadecuado. Aunque ambos colectivos sabían que no se puede transmitir la infección por contacto cutáneo (87,3%), había un porcentaje importante que creía en mecanismos de transmisión erróneos, como el uso de lavabos públicos y bañarse en la misma piscina, que respondió la mitad de los encuestados de ambos grupos. Los magrebíes tenían un conocimiento ligeramente inferior a los latinoamericanos, ya que contestaron correctamente dos de los seis ítems sobre mecanismos de transmisión propuestos, en comparación con cinco ítems correctos en los latinoamericanos (tabla 2).

En relación a los posibles métodos de prevención de la infección, ambos colectivos valoraron positivamente el uso del preservativo, la fidelidad de los casados y la abstinencia de los solteros, en un 83,5%, un 62,6% y un 91,1%, respectivamente. Tanto latinoamericanos como magrebíes dieron importancia, de forma generalizada, a la «fidelidad de los casados». Sin embargo, los latinos valoraron más el uso del preservativo que los magrebíes, y menos la «abstinencia de los solteros» (tabla 2).

Respecto a la conducta sexual de los encuestados, el 83,2% declararon haber mantenido al menos una relación sexual en los últimos 12 meses, siendo esta proporción ligeramente mayor entre los latinoamericanos (88,4%; $p = 0,02$). Cinco de cada seis no habían usado preservativo en las relaciones sexuales con la pareja habitual, si bien eran menos de tres de cada seis en las relaciones ocasionales (tabla 3). Desagregando por sexos vemos que las mujeres se protegen menos: el 88,3% de las mujeres no usa preservativo con la pareja estable y el 57% con la pareja ocasional (estos resultados no se muestran en las tablas). Un 6,5% de los encuestados había buscado profesionales del sexo con quien mantener relaciones. Las diferencias entre ambos grupos no resultaron ser significativas.

El 14,9% de los encuestados declararon antecedentes de infecciones de transmisión sexual, con un porcentaje mayor de latinoamericanos (25,2%; $p < 0,005$). De los participantes que pudieron especificar estas infecciones, el 63,6% declararon vulvovaginitis inespecíficas.

Los resultados en cuanto a la prueba de detección de anticuerpos anti-VIH mostraron que menos de la mitad de los encuestados se la había realizado en alguna ocasión (40%), pero el porcentaje era mayor en los latinoamericanos (52,8%; $p < 0,005$). Entre los que se habían hecho pruebas con anterioridad, el 84,4% de los encuestados se había sometido hasta a tres pruebas del VIH.

El estudio reveló que la mitad de los encuestados (53,8%) tenían un conocimiento inadecuado del VIH/sida. En relación a los factores asociados a este escaso conocimiento, en el análisis univariado se observó una asociación estadísticamente significativa con la procedencia magrebí, con residir en el Maresme y con no tener estudios ni trabajo (tabla 4). No obstante, en el análisis multivariado sólo se mantuvo un claro gradiente de conocimiento inadecuado ligado al lugar de procedencia y al trabajo: ser magrebí supuso tener un menor conocimiento de la enfermedad respecto a los latinoamericanos, así como no tener trabajo respecto a aquellos que sí lo tenían (tabla 4).

Tabla 1

Características sociodemográficas de los pacientes encuestados, según la región de procedencia

	Magrebíes ^a n (%)	Latinos ^a n (%)	Total n (%)	p
Edad	127	234		
18-24	17 (15,9)	26 (20,5)	43 (18,4)	NS
25-34	47 (43,9)	54 (42,5)	101 (43,2)	
35-44	34 (31,8)	31 (24,4)	65 (27,8)	
45-54	4 (3,7)	11 (8,7)	15 (6,4)	
≥55	5 (4,7)	5 (3,9)	10 (4,3)	
Sexo				
Hombres	51 (46,8)	35 (27,1)	86 (36,1)	0,002
Mujeres	58 (53,2)	94 (72,9)	152 (63,9)	
Área de residencia				
Maresme	61 (56,0)	24 (20,3)	85 (37,4)	< 0,005
Barcelona/Otras	48 (44,0)	94 (79,7)	142 (62,6)	
Tiempo de residencia en Cataluña				
< 3 años	27 (27,0)	61 (60,4)	88 (43,8)	< 0,005
≥ 3 años	73 (73,0)	40 (39,6)	113 (56,2)	
Situación regularizada^b				
Sí	93 (86,1)	71 (55,5)	164 (69,5)	< 0,005
No	15 (13,9)	57 (44,5)	72 (30,5)	
Razón de emigración				
Económica	57 (52,3)	90 (69,8)	147 (61,8)	0,005
Reagrupación familiar	43 (39,4)	16 (12,4)	49 (24,8)	
Otras	9 (8,3)	23 (17,8)	32 (13,4)	
Tiene trabajo				
Sí	58 (53,7)	86 (67,2)	144 (61,0)	0,03
No	50 (46,3)	42 (32,8)	92 (39,0)	
Entiende el español				
Mucho/bastante	92 (84,4)	127 (98,4)	219 (92,0)	< 0,005
Poco/nada	17 (15,6)	2 (1,6)	19 (8,0)	
Entiende el catalán				
Mucho/bastante	27 (24,8)	30 (23,3)	57 (23,9)	0,7
Poco/nada	82 (75,2)	99 (76,7)	181 (76,1)	
Nivel de estudios				
Sin estudios	15 (13,8)	3 (2,3)	18 (7,6)	< 0,001
Primarios	34 (31,2)	20 (15,5)	54 (22,7)	
Resto	60 (55,0)	106 (82,2)	166 (69,7)	

NS: no significativo.

^a Los totales de cada estrato no coinciden al haberse excluido los valores desconocidos de cada variable.

^b Disponer de tarjeta de residencia vigente o tener la nacionalidad española.

Tabla 2
Conocimientos generales del VIH/sida, mecanismo de transmisión y formas de prevención, según la región de procedencia

	Magrebíes ^a n (%)	Latinos ^a n (%)	Total n (%)	p
Generalidades de la enfermedad				
Enfermedad incurable				
Sí	75 (70,1)	108 (84,4)	183 (77,9)	0,009
No	32 (29,9)	20 (15,6)	52 (22,1)	
Enfermedad prevenible				
Sí	69 (63,9)	118 (92,9)	187 (79,6)	<0,005
No	39 (36,1)	9 (7,1)	48 (20,4)	
Causada por un virus				
Sí	59 (55,1)	108 (83,7)	167 (70,8)	<0,005
No	48 (44,9)	21 (16,3)	69 (29,2)	
Causante de alta mortalidad				
Sí	99 (90,8)	125 (96,9)	224 (94,1)	0,04
No	10 (9,2)	4 (3,1)	14 (5,9)	
Produce rechazo				
Sí	75 (70,1)	115 (89,1)	190 (80,5)	<0,005
No	32 (29,9)	14 (10,9)	46 (19,5)	
Existe vacuna				
Sí	31 (28,4)	66 (51,6)	97 (40,9)	<0,005
No	32 (29,9)	14 (10,9)	46 (19,5)	
Medicamentos costosos				
Sí	60 (55,6)	106 (82,2)	166 (70,0)	<0,005
No	48 (44,4)	23 (17,8)	71 (30,0)	
Tiene buena información del tratamiento				
Sí	7 (6,8)	28 (21,7)	35 (15,1)	0,002
No	96 (93,2)	101 (78,3)	197 (84,9)	
Transmisión del VIH				
Por el uso de lavabos públicos				
Sí	75 (68,8)	48 (37,8)	123 (52,1)	<0,005
No	34 (31,2)	79 (62,2)	113 (47,9)	
En una piscina				
Sí	44 (40,4)	84 (65,6)	128 (54,0)	<0,005
No	65 (59,6)	44 (34,4)	109 (46,0)	
Por contacto cutáneo				
Sí	23 (21,3)	7 (5,5)	30 (12,7)	<0,005
No	85 (78,7)	121 (94,5)	206 (87,3)	
Por beber mismo vaso				
Sí	69 (63,9)	46 (36,2)	115 (48,9)	<0,005
No	39 (36,1)	81 (63,8)	120 (51,1)	
Por la picadura de un mosquito				
Sí	59 (55,1)	40 (31,3)	99 (42,1)	<0,005
No	48 (44,9)	88 (68,7)	136 (57,9)	
Por la saliva				
Sí	55 (50,5)	59 (45,7)	114 (47,9)	
No	54 (46,5)	70 (54,3)	124 (52,1)	
Prevención				
Usar preservativos				
Sí	78 (72,9)	119 (92,2)	197 (83,5)	<0,005
No	29 (27,1)	10 (7,1)	39 (16,5)	

Tabla 2 (continuación)

	Magrebíes ^a n (%)	Latinos ^a n (%)	Total n (%)	p
Abstinencia				
Sí	75 (70,8)	72 (55,8)	147 (62,6)	0,01
No	31 (29,2)	57 (44,2)	88 (37,4)	
Fidelidad				
Sí	100 (93,5)	115 (89,1)	215 (91,1)	0,2
No	7 (6,5)	14 (10,9)	21 (8,9)	

Tabla 3
Uso del preservativo, según la región de procedencia

	Magrebíes ^a n (%)	Latinos ^a n (%)	Total n (%)	p
Pareja estable				
No usa preservativo	67 (90,5)	72 (83,7)	139 (86,9)	NS
Siempre usa preservativo	7 (9,5)	14 (16,3)	21 (13,1)	
Pareja ocasional				
No usa preservativo	4 (40,0)	12 (42,9)	16 (42,1)	NS
Siempre usa preservativo	6 (60,0)	16 (57,1)	22 (57,9)	

NS: no significativo.

Discusión

El conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida es bajo en los inmigrantes latinoamericanos y magrebíes estudiados. Esta observación es similar a la de un estudio danés que también se interesa por el grado de conocimiento de estas dos poblaciones inmigrantes, que representan un peso mayor en el total de los inmigrantes¹⁶.

Se constata que todavía perduran concepciones erróneas en cuanto a los aspectos generales del VIH/sida y los mecanismos de transmisión de la enfermedad, así como sobre los mecanismos de prevención, y en cada uno de estos aspectos los magrebíes muestran un mayor porcentaje de respuestas erróneas. De hecho, los resultados de este estudio demuestran que una de las variables asociadas significativamente con un conocimiento inadecuado del VIH/sida es el lugar de procedencia, siendo los magrebíes quienes se encuentran en una situación más desfavorecida. La importancia del origen concuerda con los resultados de otros estudios que consideran la nacionalidad como variable asociada al conocimiento^{16,17}. En lo que respecta al conocimiento inadecuado de los magrebíes, si bien los estudios CAC sobre el VIH/sida en inmigrantes son escasos, se ha podido evidenciar que la segunda generación de inmigrantes marroquíes tiene un conocimiento limitado de la contracepción, las infecciones de transmisión sexual y el sida, y que entre las personas norteamericanas de origen árabe hay muchas falsas creencias sobre la transmisión del VIH^{18,19}. Los magrebíes poseen un concepto de enfermedad con un marcado carácter moral y religioso, que a menudo se traduce en falsas creencias sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH¹⁸⁻²⁰. Como otros autores han señalado, existe una influencia de los factores culturales (lo mágico, lo religioso, etc.) y de las normas sociales (roles de género, etc.) como variables de riesgo que condicionan la relación del individuo con la enfermedad, las imágenes que de ella tiene y las formas de expresión de los síntomas^{7,20,21}.

Una alta proporción de ambas poblaciones es consciente de su falta de información, lo cual también se ha hecho evidente en

Tabla 4
Factores asociados con un conocimiento inadecuado del VIH/sida, según la región de procedencia

	Conocimiento inadecuado ^a n/N (%)	OR (IC95%)	ORa (IC95%)
Procedencia			
Latinoamérica	47/129 36,4	1,0	1,0
Magreb	81/109 74,3	5,05 (2,78-9,2)	4,99 (2,74-9,1)
Residencia			
Barcelona/Otras	63/142 44,4	1,0	1,0
Maresme	57/85 67,1	2,50 (1,41-4,65)	
Edad			
< 35 años	78/144 54,2	1,0	1,0
≥ 35 años	47/90 52,2	0,92 (0,58-1,62)	
Sexo			
Hombre	46/86 53,5	1,0	1,0
Mujer	82/152 53,9	1,02 (0,58-1,79)	
Trabajo			
Sí	63/144 43,8	1,0	1,0
No	64/93 68,8	2,84 (1,58-5,1)	
Tiempo de residencia en Cataluña			
≤ 2 años	41/88 46,6	1,0	1,0
> 2 años	68/113 60,2	1,73 (0,95-3,7)	-
Situación regularizada^b			
Sí	94/164 57,3	1,0	-
No	33/72 45,8	0,63 (0,35-1,14)	-
Estudios			
Sin estudios	15/18 83,3	5,64 (1,46-25,54)	-
Primarios	35/54 64,8	2,71 (0,62-13,55)	-
Superiores	78/166 47,0	1,0	-
Antecedentes ITS			
No	109/194 56,2	0,62 (0,28-1,36)	-
Sí	15/34 44,1	1,0	1,0

ITS: infecciones de transmisión sexual; OR: Odds ratio; ORa: Odds ratio ajustada.

^a Los totales de las distintas variables no coinciden al haberse excluido los valores desconocidos.

^b Disponer de la tarjeta de residencia o nacionalidad española.

otros estudios sobre inmigración y conocimiento del VIH/sida^{19,22} que pone de manifiesto la necesidad de mejorar la formación y la información sobre las infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como sobre salud sexual en general, y de eliminar las barreras (idiomáticas, culturales, etc.) de acceso a los servicios sociosanitarios en esta población.

Tal como también se ha demostrado en otras publicaciones, destaca en este estudio que el tiempo de residencia en el país de acogida, el sexo y la educación no se asocian significativamente con un conocimiento inadecuado del VIH/sida. En cambio, sí se han observado desigualdades en salud relacionadas con la situación socioeconómica del individuo o con la del grupo al cual se vincula, asociadas a tener o no tener trabajo^{16,17,23}.

Teniendo en cuenta que el 63,9% de los encuestados eran mujeres y que alguna variable desagregada por sexos dejaba intuir una menor conciencia de riesgo de VIH en el colectivo femenino, es interesante destacar la importancia de considerar el género femenino antes de sacar conclusiones de los resultados, porque es un aspecto cultural que desempeña un papel clave en el menor conocimiento del propio cuerpo y de la sexualidad. Si bien las

diferencias por sexo no son uniformes en todas las nacionalidades, los roles de género pueden suponer un obstáculo en el acceso a los métodos preventivos, e incluso, cuando se tienen conocimientos sobre el VIH, ciertas normas sociales pueden dificultar que las mujeres hablen abiertamente por no despertar suspicacias sobre su conducta sexual^{16,16,17,24,25}.

Si bien está extendida la opinión de la efectividad del uso del preservativo para evitar el contagio, en la práctica sólo un 57,9% hacen uso de él en todas sus relaciones ocasionales, y este porcentaje desciende al 13,1% con la pareja estable. Tales resultados concuerdan con los que afirman que la prevalencia de utilización del preservativo es baja, que se hace un uso inconsistente o que existe una actitud negativa hacia él en las culturas latinoamericana y magrebi^{17,18,24,26,27}.

Los latinoamericanos declaran más infecciones de transmisión sexual que los magrebíes, y también una mayor cobertura de la prueba del VIH. Esto nos remite a la mayor dificultad de los magrebíes, corroborada en otros estudios, para acercarse al servicio sanitario y realizarse pruebas médicas, en coherencia con la relación que se establece con el sistema sanitario o con la cultura sanitaria de la sociedad de origen^{7,20}.

Los resultados de este trabajo sugieren que el desconocimiento sobre el VIH/sida debe añadirse a los factores de vulnerabilidad estructural que hemos citado en la introducción (la precariedad socioeconómica y el desarraigo cultural y afectivo), que se asocian, tal como afirman otros autores, a un aumento del riesgo de infección por VIH y de sida²⁸.

Entre las limitaciones de nuestro estudio debe destacarse que, al no disponer de una muestra probabilística, no podemos generalizar los resultados al colectivo de inmigrantes magrebíes y latinoamericanos de toda Cataluña, por lo que deben limitarse a los usuarios de los servicios de Barcelona, Barcelonés Norte y Maresme que se visitaron en un periodo concreto. Además, el tamaño de la muestra es pequeño e impide hacer cruces de variables múltiples. El número de ítems sin respuesta es relativamente elevado, por lo que éstos podrían sesgar los resultados de la entrevista si la «no respuesta» estuviera ligada a las características distintivas de la persona interrogada o de la población en estudio. Así mismo, al excluir a las personas que no hablaban español se podría estar infravalorando el conocimiento inadecuado del VIH en los magrebíes. Por otro lado, no podemos extrapolar estos resultados a las personas que no accedieron en ese periodo de tiempo a un centro sanitario; es posible que sea una población no necesariamente con menos conocimientos sobre la enfermedad, pero que viviera en una situación más precaria y con una condición sin regularizar. Según otro estudio sobre el acceso a los recursos sanitarios, los inmigrantes regularizados acuden con una frecuencia hasta tres veces mayor que los «sin papeles»²⁹. También es importante señalar el posible sesgo por sexo, debido a una mayor proporción de mujeres en el grupo de latinoamericanos. Contrariamente, queremos destacar el interés de que los cuestionarios fueran cumplimentados por profesionales sanitarios, sensibilizados y familiarizados con el tema, y en un espacio de confidencialidad, elementos que podían dar confianza al entrevistado.

A pesar de las limitaciones mencionadas y del tiempo transcurrido desde la realización del trabajo, las conclusiones del presente estudio, en primer lugar, son consistentes con las de otros estudios similares realizados en Europa¹³, y en segundo lugar describen e identifican las deficiencias de información que la población inmigrante tiene sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual. En un contexto epidemiológico donde el VIH se transmite básicamente por relaciones sexuales y en el cual las infecciones de transmisión sexual están aumentando de forma consistente e importante, los inmigrantes son una población vulnerable clave, que debe priorizarse como diana para

intervenciones preventivas. No es casual que casi el 40% de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH realizados en Cataluña en los últimos tres años sean de personas provenientes de otros países. Conocer y monitorizar la falta de información, las concepciones erróneas y las conductas sexuales de esta población, son aspectos clave para diseñar intervenciones más efectivas e, indirectamente, evaluarlas. Pero además, el presente estudio aporta información relevante para mejorar el diseño y la realización de estudios similares en nuestro entorno, y así mismo identifica factores que confieren vulnerabilidad a los inmigrantes latinoamericanos y magrebíes, a tener en cuenta para continuar explorando esta línea de investigación. La población inmigrante es heterogénea, hay importantes diferencias según la región de procedencia y aquellos que acuden a los centros sanitarios no son, probablemente, los que están en situación más irregular, los más marginados ni los más vulnerables. Buscar lugares de reclutamiento heterogéneo, contar con la ayuda de educadores que conozcan las lenguas nativas, y adaptar distintos cuestionarios a los aspectos religiosos y culturales de los distintos grupos étnicos, son cuestiones básicas a tener en cuenta en futuros estudios.

Nota

Este trabajo fue realizado y presentado como tesina del Máster de Salud Pública UPF-UAB en su edición de 2004 (Erika Ríos, Barcelona 2004).

Bibliografía

1. Recaño J, Domingo A. Aproximació a la irregularitat a Catalunya. En: Larios MJ, Nadal M, editores, L'estat de la immigració a Catalunya. Anàlisi jurídica i sociodemogràfica. Centre d'estudis Demogràfics. Anuari 2005. Barcelona; 2006:223-56
2. Idescat.net [página web en internet]. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya; 2007. Disponible en: <http://www.idescat.net>.
3. Scotto G, Saracino A, Pempinello R, et al. Italian Study Group for Infectious Diseases in Immigrants. Simit epidemiological multicentric study on hospitalized immigrants in Italy during 2002. *J Immigr Health*. 2005;7:55-60.
4. Noguez Zambrano I, Sobrino P, Barrasa A. La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España. En: Ministerio de Sociedad y Consumo. La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. pp.49-64. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/PrevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante2006.pdf.
5. Castilla J, Del Amo J, Sánchez F. Registros Autonómicos de Sida. Casos de sida en España en personas de otros países de origen. En: Ministerio de Sanidad y Consumo. Boletín Epidemiológico, 2000; 8: 97-108.
6. Kendall T, Langer A. VIH/sida y migración México-Estados Unidos: evidencias para enfocar la prevención. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/pdfs/LangerKendallVIHSIDA.pdf>.
7. Castillo S. La salud en la población inmigrante y la infección por VIH. En: Ministerio de Sanidad y Consumo. La prevención de la infección del VIH/sida en la población inmigrante. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. p. 35-48. Disponible en: http://www.msc.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/inmigrantes/docs/PrevencionVIH_SIDAPoblacionInmigrante2006.pdf.
8. Registre de casos de sida: estadiatge terminal de la infecció pel VIH. Datos no publicados, facilitados por CEEISCAT.
9. Sistema de notificació de nous diagnòstics de VIH de Catalunya. Datos no publicados, facilitados por CEEISCAT.
10. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre la Sida de Catalunya (CEESCAT). Sistema integrat de vigilància epidemiològica del HIV/sida/ITS a Catalunya (SIVES): informe anual 2005. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2006 (Document tècnic CEESCAT, 18).
11. Aids & Mobility Europe (A&M) [página web en internet]. Disponible en: <http://www.aidsmobility.org/index.cfm>.
12. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de salud y hábitos sexuales, 2003. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/saludyhs03/saludyhs03.htm>.
13. Folch C, Esteve A, Sanclemente C, et al. Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis*. 2008;35:178-83.
14. Belza MJ, Clavo P, Ballesteros J, et al. Condiciones sociolaborales, conductas de riesgo y prevalencia de infecciones de transmisión sexual en mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución en Madrid. *Gac Sanit*. 2004;18:177-83.
15. Pardo Moreno G, Engel Gómez JL, Agudo Polo S. Conocimientos sobre anticoncepción y transmisión del VIH y la hepatitis B en la población inmigrante subsahariana. *Aten Primaria*. 2007;39:510.
16. Lazarus JV, Hamedan HM, Ostergaards LR, et al. HIV/AIDS knowledge and condom use among Somali and Sudanese immigrants in Denmark. *Scand J Public Health*. 2006;34:92-9.
17. Harrison DF, Wambach KG, Byers JB, et al. AIDS knowledge and risk behaviors among culturally diverse women. *AIDS Educ Prev*. 1991;3:79-89.
18. Hendrickx K, Lodewijckx E, Van Royen P, et al. Sexual behaviour of second generation Moroccan immigrants balancing between traditional attitudes and safe sex. *Patient Educ Couns*. 2002;47:88-94.
19. Kulwicki A, Cass PS. An assessment of Arab American knowledge, attitudes and beliefs about AIDS. *Image J Nurs Sch*. 1994;26:13-7.
20. Godoy & Asociados. Portero P, Mattieu G, directores. Inmigración, salud y servicios sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2004 (Documento técnico, 91).
21. Guerrero A, Colomina J. Población inmigrante y enfermedades infecciosas. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78:565-70.
22. Tori CD, Amawattana T. Knowledge and attitudes about AIDS: a comparative study of Thais involved in sexual occupations, university students and immigrants living in the United States. *J Med Assoc Thai*. 1993;76:46-52.
23. García de Olalla P, Lai A, Jansà JM, et al. Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros. *Gac Sanit*. 2000;14:189-94.
24. Suárez E, Castro T, Lorenzo L, et al. HIV awareness, perceptions and prevention among immigrants in Spain. *European Population Conference*, 9-12 July, Barcelona.
25. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/sida. *Gac Sanit*. 2004; 18(Suppl 2):47-54.
26. Manji A, Peña R, Dubrow R. Sex, condoms, gender roles and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: implications for HIV prevention. *AIDS Care*. 2007;19:989-95.
27. Martijn C, De Vries NK, Voorham T, et al. The effects of AIDS prevention programs by lay health advisors for migrants in the Netherlands. *Patient Educ Couns*. 2004;53:157-65.
28. Dias S, Goncalves A, Luck M, et al. Risk of HIV/AIDS infection. Access and utilization of health services in a migrant community. *Acta Med Port*. 2004;17:211-8.
29. Torres AM, Sanz B. Health care provision for illegal immigrants. Should public health be concerned? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:478-9.