



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

**ESTUDIO DE LA VIVENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LOS
ESTUDIANTES DE PRIMERO DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA**

Alejandro Afonso Izquierdo

Tutor: Felipe Santiago Fernández Méndez

TRABAJO DE FINAL DE GRADO

GRADO EN ENFERMERÍA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD: SECCIÓN ENFERMERÍA

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Fecha: 2023

1. RESUMEN

Introducción: La Educación Afectivo-Sexual es fundamental para la promoción de una sexualidad sana, segura y responsable, y para la construcción de una sociedad más igualitaria, tolerante y respetuosa. En España, es un tema que ha generado un gran debate últimamente. A pesar de los múltiples avances legislativos, su impartición sigue siendo controvertida y muchos centros aún no la han implementado. En el presente estudio se pretende conocer la vivencia de la sexualidad del alumnado de nuevo ingreso en el Grado en Enfermería de la ULL, a través de la evaluación de las diferentes dimensiones que la conforman. **Metodología:** Se ha realizado un estudio cuantitativo observacional transversal mediante un cuestionario estructurado ad hoc y un muestreo no probabilístico sobre una población de 190 alumnos de los cuales han participado un 50% una vez aplicados los criterios de exclusión. Para el análisis inferencial se ha tomado como significativo valores de $p < 0,05$. **Resultados:** Mujer de 18 años cuya principal fuente de información en materia afectivo-sexual es internet y sus amigos/as; percibe conocimientos medio-altos, pero en un 40% no supera el sondeo sobre sexualidad. Aunque, un 27,4% de los participantes no ha recibido Educación Afectivo-Sexual, no se hallaron diferencias entre las variables de estudio con los que si la recibieron. **Conclusión:** La vivencia de la sexualidad de los estudiantes de enfermería es similar a la de jóvenes que participan en estudios españoles. Se plantea la necesidad de revisar el modelo educativo que reciben para que su experiencia sea más satisfactoria.

Palabras clave: Educación Afectivo-Sexual, sexualidad, estudiantes de enfermería.

SUMMARY

Introduction: Affective-Sexual Education is fundamental for the promotion of a healthy, safe and responsible sexuality, and for the construction of a more egalitarian, tolerant and respectful society. In Spain, it is a topic that has generated a great debate lately. Despite multiple legislative advances, its delivery remains controversial and many centers have not yet implemented it. This study aims to know the experience of sexuality of new students in the Degree in Nursing of the ULL, through the evaluation of the different dimensions that make it up. **Methodology:** A quantitative observational cross-sectional study was carried out using an ad hoc structured questionnaire and a non-probability sampling on a population of 190 students of which 50% participated once the exclusion criteria were applied. For the inferential analysis, $p < 0.05$ values were taken as significant. **Results:** An 18-year-old woman whose main source of information on affective-sexual matters is the internet and her friends; perceives medium-high knowledge, but in 40% does not pass the survey on sexuality. Although, 27.4% of the participants did not receive Affective-Sexual Education, no differences were found between the study variables with those who did. **Conclusion:** The experience of sexuality of nursing students is similar to that of young people participating in Spanish studies. There is a need to review the educational model they receive so that their experience is more satisfactory.

Key Words: Affective-Sexual Education, sexuality, nursing students.

2. ABREVIATURAS

- BOE: Boletín Oficial del Estado.
- CIS: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ECTS: European Credit Transfer System.
- ESO: Educación Secundaria Obligatoria.
- ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual.
- EUENSC: Escuela Universitaria de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria.
- HBSC: Health Behaviour in School-aged Children.
- HUC: Hospital Universitario de Canarias.
- HUNSC: Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria.
- IES: Instituto de Enseñanza Secundaria.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- ITS: Infección de Transmisión Sexual.
- LOCE: Ley Orgánica de Calidad de la Educación.
- LOE: Ley Orgánica de Educación.
- LOGSE: Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo en España.
- LOMCE: Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa.
- LOMLOE: Ley Orgánica de la Educación.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- QR: Quick Response.
- SEC: Sociedad Española de Contracepción.
- TCA: Trastorno de Conducta Alimentaria.
- TFG: Trabajo de Fin de Grado.
- UE: Unión Europea.
- ULL: Universidad de La Laguna.
- UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- VHB: Virus de la Hepatitis B.
- VHC: Virus de la Hepatitis C.
- VHS: Virus del Herpes Simple.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humano.
- VPH: Virus del Papiloma Humano.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. ABREVIATURAS	
3. INTRODUCCIÓN	1
3.1 La Sexualidad	1
3.1.1 Afectividad	2
3.1.2 Sexualidad Sana, Responsable y Satisfactoria	2
3.1.3 Diversidad Sexual	3
3.1.4 Orientación Sexual	3
3.1.5 Salud Sexual	4
3.2 La Sexualidad y La Adolescencia	5
3.2.1 Embarazo en la Adolescencia	6
3.2.2 Corresponsabilidad Sexual	7
3.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual	7
3.3 Programas de Educación Afectivo-Sexual	9
3.3.1 Normativa	9
3.3.2 Tipos de programas	12
3.3.3 Contenido de los programas	13
3.3.4 Grupos Diana	14
3.3.5 Vivencia de la Sexualidad	15
3.4 Justificación	15
3.4.1 Hipótesis	16
3.5 Objetivos	17
3.5.1 Objetivo General	17
3.5.2 Objetivos Específicos	17
4. METODOLOGÍA	17
4.1 Ámbito de Estudio	17
4.2 Tipo de Estudio	19
4.3 Población y Muestra del Estudio	19
4.3.1 Criterios de Inclusión	20
4.3.2 Criterios de Exclusión	20
4.4 Materiales y Métodos	20
4.4.1 Factores Sociodemográficos y Culturales	20
4.4.2 Factores del Estudio	21
4.5 Técnica de Recogida de Datos	22
4.6 Aspectos Éticos	22
4.7 Análisis Estadístico	22

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
5.1 Perfil Socio-Demográfico	23
5.2 Educación Afectivo-Sexual y Fuentes de Información	25
5.3 Sexualidad, Relaciones Sexuales, Ausencia de Relaciones Sexuales Completas	27
5.4 Prácticas Sexuales de Riesgo, Relaciones Sin Protección y Embarazo	33
5.5 Métodos Anticonceptivos, Anticoncepción de Urgencia y Efectos de la Anticoncepción de Emergencia	34
5.6 Infecciones de Transmisión Sexual	36
5.7 Conocimientos Generales Sobre Sexualidad	37
5.8 Análisis del Efecto Sobre las Variables del Estudio	38
5.9 Limitaciones del estudio	40
6. CONCLUSIÓN	42
7. BIBLIOGRAFÍA	43
8. ANEXOS	49
• Anexo I: Estrategia de Búsqueda	
• Anexo II: Cuestionario de Sexualidad y Educación Afectivo-Sexual	

3. INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas, en España, se han desarrollado numerosas leyes y modificaciones legislativas, que han introducido importantes mejoras en lo que respecta a la Educación Afectivo-Sexual y a la necesidad de su implantación como parte básica de los programas formativos de los centros. Sin embargo, aún siguen existiendo múltiples deficiencias, carencias y puntos a mejorar en lo que se refiere a la Educación Afectiva y Sexual de los jóvenes del país.

Hoy en día, este tipo de programas, actividades y recursos que se demandan como parte de la formación de los estudiantes, se dejan en manos de los colegios/instituciones, que pueden aplicar libremente sus propios criterios, requisitos y contenidos. No existe ninguna normativa general en el Sistema Nacional Educativo que determine los contenidos a tratar en el marco de la Educación Afectivo-Sexual y, no existen criterios de evaluación estandarizados para la valoración de los pocos sistemas de orientación destinados al desarrollo de este tipo de iniciativas. Es por ello, que no todos los jóvenes reciben la misma Educación Afectivo-Sexual, e incluso muchos no llegan a recibirla nunca.

Por consiguiente, la Educación Afectivo-Sexual en España, dista mucho de la de otros países europeos o la que definen los organismos internacionales como pueden ser la ONU, la OMS o la UNESCO.

Este tipo de formación, a día de hoy, sigue sin incluirse como parte de los planes de estudios, por lo que en muchas ocasiones no se proporciona a los jóvenes o, tan sólo la reciben de manera aislada y puntual en determinados centros educativos. Esta deficiencia formativa, junto con la falta de información y el desconocimiento existente en grandes sectores de la sociedad, generan un aumento de las conductas/comportamientos de riesgo (prácticas sexuales sin protección, mal uso de métodos anticonceptivos, múltiples parejas sexuales, embarazos...) y del desarrollo de ITS.

3.1 La Sexualidad

La sexualidad es una parte esencial de la salud y del desarrollo emocional de los individuos. Constituye la principal herramienta para expresar y experimentar los sentimientos e impulsos que conforman la atracción física y emocional hacia los demás. Se trata de una dimensión elemental del ser humano que cambia constantemente a lo largo de su vida; las relaciones afectivo-sexuales van modificando los valores, comportamiento, actitudes y preferencias de cada persona.

La sexualidad engloba el resultado de la interacción e influencia entre múltiples factores del ser humano: legales, biológicos, psicológicos, sociales, éticos, culturales, económicos, políticos, espirituales y religiosos ⁽¹⁾. Además, también comprende aspectos como el sexo, las identidades y roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción.

La forma de sentir, expresar y vivir la sexualidad es diferente para cada persona; las fantasías, deseos, creencias, actitudes, comportamientos, prácticas, relaciones y pensamientos son

diversos y guardan una estrecha relación con la experiencia personal de individuo ⁽²⁾. Todos los seres humanos necesitamos satisfacer “una serie de necesidades básicas” entre las que destacan: la expresión emocional, el placer, el amor, el deseo de contacto e intimidad. El sexo nos permite descubrirnos a nosotros mismos y a los demás, relacionarnos, expresar afectos, comunicarnos, experimentar placer y satisfacción....

3.1.1 Afectividad

El adecuado desarrollo de la sexualidad guarda una estrecha relación con las emociones, el estado de ánimo y los sentimientos que influyen en los actos, actitudes, relaciones y conductas de las personas, lo que se conoce como Afectividad ⁽³⁾.

Estos dos conceptos son convergentes, ya que la Sexualidad en sí misma es una de las vías más empleadas por el ser humano para expresar sus emociones, sentimientos y establecer afecto hacia otras personas. Para poder entender y estudiar adecuadamente la sexualidad de un individuo, es fundamental no omitir el análisis de su dimensión afectiva.

3.1.2 Sexualidad Sana, Responsable y Satisfactoria

Una persona sexualmente saludable, es aquella que es capaz de disfrutar de la sexualidad, tener una vida sexual con relaciones positivas y satisfactorias, prevenir los embarazos no deseados y evitar las prácticas de riesgo que pueden provocar la aparición de ITS ⁽⁴⁾. Otro requisito que se considera imprescindible para tener una vida sexualmente saludable, es experimentarla de manera responsable.

Las personas que viven su sexualidad de forma responsable son capaces de reconocer las probables consecuencias de sus actos, comprenden y actúan teniendo en cuenta su responsabilidad social, afectiva o personal y se comportan de forma adecuada a unos valores de respeto, libertad y compromiso. La sexualidad responsable es aquella que se desarrolla en pleno conocimiento de los beneficios, consecuencias y riesgos que conlleva la práctica sexual.

Tener una sexualidad sana, responsable y satisfactoria es una fuente de salud y bienestar para el ser humano, ya que le aporta multitud de beneficios entre los que destacan ⁽⁵⁾:

- Aumento del bienestar personal. La sexualidad nos permite conocer nuestros gustos y preferencias, experimentar placer y satisfacción, comunicarnos con los demás y sentir afecto a través de una relación íntima.
- Mejora el estado de ánimo. Durante la actividad sexual, el cuerpo libera una gran cantidad de feromonas que actúan como potenciadoras de la autoestima, nos hacen sentir mejor con nosotros mismos y con nuestro cuerpo, aumenta la seguridad y confianza personal y hace que nos sintamos más atractivos.

- Fortalecimiento del sistema inmunológico. Las personas que tienen una vida sexual activa enferman de forma menos asidua ya que generan muchos más anticuerpos que alguien que no tiene una sexualidad regular.
- Refuerza el sistema cardiovascular y actúa como regulador de la presión arterial. El sexo provoca una aceleración del ritmo cardíaco y hace que el corazón bombee una mayor cantidad de sangre al sistema circulatorio.
- Mejora el sueño. Tras el orgasmo, se liberan una gran cantidad de hormonas que favorecen un descanso adecuado (serotonina, oxitocina, vasopresina, prolactina y norepinefrina).
- Reduce el estrés. La práctica sexual genera una estimulación de la liberación de serotonina y provoca la disminución de los niveles de cortisol en sangre, una hormona esteroidea que se libera como respuesta a situaciones estresantes.

3.1.3 Diversidad Sexual

La diversidad sexual es el concepto referente a todas las posibilidades que tienen los seres humanos para expresar, asumir y vivir su sexualidad. Incluye los fenómenos relacionados con la atracción, la identidad, la expresión, la orientación y las relaciones sexuales.

Este término elimina por completo la idea de que hay una única forma de expresar afectos y vivir la Sexualidad, refiriéndose a la amplia variedad de orientaciones sexuales, sexos e identidades. La diversidad afirma que todas las sensaciones, cuerpos y deseos tienen derecho a existir y a poder expresarse sin ningún tipo de límite ni discriminación, eliminando cualquier tipo de estereotipo, tópico u estigma social ⁽⁶⁾.

3.1.4 Orientación Sexual

La orientación sexual se define como la atracción afectiva, romántica, sexual y emocional que una persona siente en función del sexo del individuo por el que se siente seducido ⁽⁷⁾. La aparición de esta dimensión tan importante de la Sexualidad surge a principios de la adolescencia; sin embargo, su desarrollo y manifestación es muy variable.

Muchas personas van descubriendo su orientación sexual con el paso de los años, por lo que es bastante común que sufra variaciones a lo largo de la vida del individuo. La vivencia de una primera experiencia heterosexual o homosexual no significa que, esa persona ya tenga definida su orientación sexual. Probablemente, si continúa experimentando y disfrutando de su Sexualidad, puede descubrir que se siente más atraído/a por individuos del sexo opuesto al que creía, o incluso de ambos.

A lo largo de los años, han sido muchos los autores que han tratado de elaborar teorías alejadas de los esquemas tradicionales, buscando dar una visión diferente, amplia y diversa a la

orientación sexual de los individuos. Una de las más famosas y reconocidas, fue la elaborada por el estadounidense Alfred C. Kinsey, que ponía en duda la concepción dualista de la orientación sexual y propuso una escala gradual basada en la diversidad sexual de las personas ⁽⁸⁾.

Tabla 1. Escala Kinsey de Sexualidad

RANGO	DESCRIPCIÓN	PORCENTAJE DE CONTACTOS HOMOSEXUALES	PORCENTAJE DE CONTACTOS HETEROSEXUALES
0	Exclusivamente heterosexual	0 %	100 %
1	Principalmente heterosexual, con contactos homosexuales esporádicos	1%-25%	99-75%
2	Predominantemente heterosexual, aunque con contactos homosexuales más que esporádicos	26%-49%	74%-51%
3	Bisexual	50 %	50 %
4	Predominantemente homosexual, aunque con contactos heterosexuales más que esporádicos	51%-74%	49%-26%
5	Principalmente homosexual, aunque con contactos heterosexuales esporádicos	75%-99%	25%-1%
6	Exclusivamente homosexual	100 %	0 %
X	Asexual	0 %	0 %

Elaborada a partir de: Sex will never be the same: the contributions of Alfred C. Kinsey ⁽⁸⁾.

3.1.5 Salud Sexual

La OMS define la salud sexual como ⁽⁹⁾: *“Un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad. Se trata de un aspecto fundamental para la salud y el bienestar general de las personas, de las parejas y de las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y de los países. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia”*. Para lograr mantener una buena salud sexual es necesario que se respeten los derechos sexuales de las personas, sin dar cabida a ningún tipo de discriminación, rechazo o violencia.

Estos derechos sexuales anteriormente destacados, están reconocidos en las declaraciones de la ONU sobre los derechos y salud reproductiva ⁽¹⁰⁾. Estos derechos tienen como principal objetivo la protección de la libertad y la autonomía de las personas para decidir y determinar su

vida reproductiva, bajo su propio criterio y responsabilidad. La capacidad para lograr un correcto bienestar y salud sexual depende, en cierta medida, de ⁽⁹⁾:

- Acceso a información/educación de calidad en torno a la sexualidad y comportamientos saludables.
- Conocimiento de los comportamientos y conductas de riesgo que pueden asociarse al desarrollo de actividades sexuales sin el uso de métodos de protección/prevención.
- Posibilidad de acceso a asistencia sanitaria sexual y reproductiva de calidad.
- Lugar de residencia del individuo y cultura en torno a la sexualidad de este (factores sociodemográficos).

En definitiva, la tenencia de una buena salud sexual debe ser consecuencia y reflejo del respeto, reconocimiento y práctica de los derechos sexuales ⁽¹¹⁾:

- Derecho a la libertad sexual.
- Derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- Derecho a la privacidad sexual.
- Derecho a la equidad sexual.
- Derecho al placer sexual
- Derecho a la expresión sexual emocional.
- Derecho a la libre asociación sexual.
- Derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- Derecho a la información basada en el conocimiento científico.
- Derecho a la educación sexual integral.
- Derecho a la atención de la salud sexual.

3.2 La Sexualidad y La Adolescencia

La adolescencia es un período de crecimiento físico y psicosocial que marca la transición biológica de la infancia a la edad adulta. Comienza con la pubertad y finaliza cuando el individuo ha completado su maduración física, psíquica y social ⁽¹²⁾.

Se trata de un período caracterizado por un marcado desarrollo biológico, psicológico, sexual y social. La edad media de inicio de la pubertad en los chicos son los 12 años, considerándose un rango normal si se sitúa entre los 9 y los 14 años. Los cambios más importantes que se producen en los chicos a lo largo de esta etapa del desarrollo son ⁽¹³⁾:

- Crecimiento de los testículos

- Aparición del vello púbico
- Crecimiento del pene
- Aparición del vello facial
- Cambios en la voz

En lo que respecta a las chicas, la edad media de inicio de la pubertad son los 10 años y se considera un rango normal entre los 8 y 13 años. Los cambios más característicos que se producen en las chicas durante esta etapa son ⁽¹³⁾:

- Inicio de la Telarquia (desarrollo mamario)
- Crecimiento de las mamas y del vello púbico
- Crecimiento de los genitales externos
- Aparición de la primera menstruación (menarquia)

Más allá de los cambios que se producen en el desarrollo físico, biológico y sexual durante la adolescencia, también es una etapa caracterizada por importantes variaciones a nivel psicosocial. Durante este proceso de transición el/la adolescente desarrolla importantes cambios en su comportamiento, que se suelen asociar a una actitud impulsiva y tendente a la omnipotencia.

Además, se incrementa la preocupación por la imagen corporal, lo que genera un aumento del riesgo de sufrir TCA. Los enfrentamientos y conflictos con los padres suelen ser frecuentes durante este período. Los/as adolescentes buscan lograr la independencia personal del medio familiar, pero, también saben que necesitan el soporte emocional de la familia, por lo que suelen tener un comportamiento y humor bastante inestables.

El comportamiento de los/as adolescentes durante esta etapa de transición y desarrollo tiene como objetivos principales ⁽¹³⁾:

1. Lograr la identidad personal
2. Aceptar los cambios que se producen en su imagen corporal
3. Establecer relaciones con amigos
4. Lograr la independencia

Por último, cabe destacar que durante la adolescencia tiene lugar el inicio de las relaciones sexuales, por lo que emana el riesgo de sufrir embarazos no deseados y de padecer ETS.

3.2.1 Embarazo en la Adolescencia

El embarazo durante la adolescencia es una conflictiva global de salud pública que genera graves consecuencias económicas, sociales y sanitarias. Durante la adolescencia, la mayoría de los embarazos suelen ser no planificados ya que se producen sin intencionalidad y con la ausencia o

fallo en el uso de los métodos anticonceptivos adecuados y en el posterior consumo de métodos anticonceptivos de emergencia o la interrupción legal del embarazo, asumiendo las posibles complicaciones de estos.

La gestación durante la adolescencia supone un gran riesgo tanto para la madre como para el bebé y conlleva un mayor número de complicaciones respecto a los grupos de gestantes de entre 20 y 29 años (eclampsia, endometritis puerperal, anemia e infecciones sistémicas). Además, los bebés de madres adolescentes también presentan una mayor probabilidad de tener bajo peso al nacer, nacimiento prematuro y afección neonatal grave.

En las últimas décadas, los datos obtenidos señalan un significativo descenso de la tasa de natalidad en adolescentes; en el año 2000 se producían 64,5 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes y en el 2021 fueron 42,5 por cada 1000. A pesar de ello, este decrecimiento no ha sido equiparable a los países con menor nivel educativo o con recursos económicos reducidos, ya que continúa presentando tasas de incidencia muy elevadas.

Tabla 2. Regiones con mayor tasa de natalidad en adolescentes en el año 2021

REGIÓN	TASA
África subsahariana	101 nacimientos por cada 1000 mujeres
América Latina y el Caribe	53,2 nacimientos por cada 1000 mujeres

Elaborada a partir de: Embarazo en la Adolescencia. OMS ⁽¹⁴⁾.

Con el paso de los años, los gobiernos de muchos países han resuelto la necesidad de tomar medidas para impulsar la creación de programas, actividades, iniciativas o campañas centradas en impulsar la Educación Afectivo-Sexual y tratar la conflictiva existente, enfocándose principalmente en su prevención, asistencia, tratamiento y rehabilitación.

El embarazo en adolescentes no es la única consecuencia de la deficiente Educación Afectivo-Sexual que se proporciona a muchos niños/as y jóvenes, las ITS y el aumento de las prácticas sexuales de riesgo son también claras secuelas de la problemática.

3.2.2 Corresponsabilidad Sexual

Este concepto hace referencia a la involucración activa que deben aceptar las personas que forman parte de una relación sexual para prevenir la posible aparición de ITS o embarazos no deseados. Además, también expone la fundamental existencia de consentimiento sexual de ambas partes, por lo que cada relación debe ser responsable, saludable y deseada ⁽¹⁵⁾.

3.2.3 Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS son patologías de origen infeccioso transmitidas de una persona a otra por contacto sexual y que generan importantes consecuencias en la salud sexual y reproductiva de los/

as afectados/as. Constituyen un grave problema de salud pública, especialmente en los jóvenes, ya que aproximadamente 50 de cada 100 nuevas infecciones se producen en personas de entre 15-24 años de edad ⁽¹⁶⁾.

Algunas de las ITS más comunes son ⁽¹⁶⁾: Sífilis, Gonorrea, Chlamydia, Linfogranuloma Venéreo, Chancro Blando, Vaginitis Bacteriana, Granuloma Inguinal, Candidiasis, Trichomoniasis, Pediculosis Púbrica, Escabiosis, VPH, VHS, VHB, VHC, VIH....

Se estima que, cada día, más de un millón de personas contraen una nueva infección de transmisión sexual. Anualmente, unos 374 millones de personas contraen alguna de las cuatro ITS con mayor prevalencia ⁽¹⁶⁾: Clamidia, Tricomoniasis, Sífilis y Gonorrea.

Este tipo de infecciones presentan una serie de peculiaridades que las diferencian de otras enfermedades transmisibles ⁽¹⁷⁾:

- Uno de los principales inconvenientes que presenta el diagnóstico etiológico de las ITS es la inespecificidad clínica; muchas de ellas se caracterizan por la instauración de síntomas muy leves (cambios en las características de flujo vaginal o molestias al orinar) o, incluso, pueden llegar a ser asintomáticas, lo que dificulta su prevención, diagnóstico y tratamiento.
- Los períodos de incubación y sintomatología son diferentes y variables.
- Presentan diferentes patrones epidemiológicos que guardan una estrecha relación con las costumbres sexuales.
- No suelen originar inmunidad (excepto en los casos del VPH y VHB).
- La intensidad de su transmisión está más ligada a los hábitos sexuales que a la densidad de la población.

De acuerdo con los datos proporcionados por la OMS, más de 500 millones de personas (de 15 a 49 años de edad) tienen una infección genital por el VHS y, la infección por el VPH está relacionada con más de 311.000 muertes por cáncer de cuello uterino cada año. Además, en el año 2016, casi un millón de mujeres embarazadas fueron diagnosticadas de Sífilis y, esta infección causó importantes complicaciones en más de 350.000 partos ⁽¹⁸⁾.

En lo que respecta al panorama nacional, los últimos datos del Instituto de Salud Carlos III, dicen que entre el año 2016 y 2019, en España, el diagnóstico de ITS, alcanzó su valor más alto de la historia. Se produjo un aumento del 158,94% en mujeres y del 113,83% en hombres ⁽¹⁹⁾.

Además, también cabe destacar que, en una encuesta realizada por la SEC en el año 2019, se pudo ver que el 52% los jóvenes de entre 18 y 25 años, utilizaban el preservativo como principal método anticonceptivo en sus relaciones sexuales. Sin embargo, el 59,1% de los encuestados no hacían un uso adecuado (desde el inicio de la relación hasta el final), ya que referían no utilizarlo para la práctica de sexo oral, lo que puede generar infecciones de localización extragenital. En ese mismo año, se diagnosticaron 36.352 casos de sífilis, linfogranuloma, clamidia y gonorrea, de los que 12.913 fueron en mujeres y 23.052 en hombres ⁽¹⁸⁾.

3.3 Programas de Educación Afectivo-Sexual

Desde el año 2006, la OMS, considera que la Educación Afectivo-Sexual es un derecho de todos los niños/as y adolescentes, junto con otros derechos sexuales como son: la libertad, la privacidad, la equidad, la convivencia en igualdad y sin discriminaciones ⁽¹⁹⁾.

Son numerosos los estudios que respaldan la evidencia significativa sobre la capacidad que tienen los programas integrales de educación sexual con adolescentes para reducir las prácticas sexuales de riesgo, fomentar el uso de métodos anticonceptivos y reducir la prevalencia de ITS, ETS o embarazos no deseados. Además, muchos de los estudios que se han realizado sobre los factores de riesgo y protección del embarazo en adolescentes, han concluido que los niveles de incidencia son más altos en aquellos países que tienen un bajo nivel educativo y recursos económicos reducidos.

La Educación Afectivo-Sexual se debe implementar en los programas formativos de los centros educativos, ya que son fundamentales para el desarrollo de la afectividad y sexualidad de todos los niños/as y jóvenes. Dentro de los múltiples beneficios que aportan este tipo de iniciativas/actividad, destacan las siguientes ⁽²⁰⁾:

- Proporciona a la red educativa y familiar, estrategias para promover una sexualidad sana en niños/as y jóvenes.
- Permite que los niños/as y jóvenes aprendan a aceptarse, conocerse, expresarse y vivir su sexualidad de la forma más satisfactoria posible, evitando conductas de riesgo que puedan generar situaciones desagradables.
- Favorece un adecuado desarrollo afectivo-sexual en los niños/as y jóvenes.
- Prevención y reducción de la violencia y discriminación de género.
- Evita la estigmatización y los prejuicios relacionados con la sexualidad humana, y permite que sea tratado de forma natural, dejando de lado cualquier tipo de miedo o vergüenza que pueden generar los estereotipos y estigmas sociales.
- Facilita al alumnado, las herramientas y conocimientos necesarios para fortalecer su identidad sexual, promoviendo la igualdad, responsabilidad y respeto a la diversidad, evitando cualquier tipo de discriminación.
- Fomenta el autoconocimiento, la aceptación, la confianza y la autoestima de los/as niños/as y jóvenes.

3.3.1 Normativa

La primera Ley Española en la que se introducen aspectos relacionados con la Educación Afectivo-Sexual, fue la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema

Educativo. Esta ley impulsó el establecimiento de una prolongada enseñanza gratuita y obligatoria, en la que se distinguían dos etapas bien diferenciadas ⁽²¹⁾:

- Educación Primaria (desde los 6 hasta los 12 años de edad).
- Educación Secundaria Obligatoria (desde los 12 hasta los 16 años de edad).

En el preámbulo de esta Ley, se define que el objetivo del Sistema Educativo es ⁽²¹⁾: *“proporcionar a los niños y a las niñas, a los jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer, de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad”*.

Además, en el primer título de esta Ley, en su primer capítulo, se ubica otro de los ejemplos más claros de la introducción del desarrollo afectivo como parte importante las enseñanzas de régimen general. En el artículo siete de dicho capítulo se dice ⁽²¹⁾: *“La educación infantil, que comprenderá hasta los seis años de edad, contribuirá al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social y moral de los niños”*.

La LOGSE destaca la importancia de la igualdad de oportunidades educativas y formativas para ambos sexos. Sin embargo, elude mencionar de forma directa y específica cuestiones relacionadas con la sexualidad, por lo que carece de directrices generales sobre actividades, programas o recursos destinados a la educación afectivo-sexual de los/as niños/as y jóvenes.

Seguidamente, en el año 2002, se aprobó la Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación. Esta Ley promueve una educación basada en la igualdad, haciendo referencia a la necesidad de generar un cambio evolutivo en la legislación educativa, basándose en las continuas y permanentes modificaciones que sufría la sociedad por aquel entonces ⁽²²⁾.

Esta Ley comenzó a introducir mejoras significativas en el sistema educativo nacional, pero, aun así, era evidente la insuficiencia de estos cambios respecto a las necesidades formativas del alumnado, especialmente en materia afectivo-sexual. Respecto a su predecesora, la LOCE no introdujo ningún cambio especialmente relevante, sigue sin proponer ningún tipo de medida educativa o normativa destinada al desarrollo afectivo y sexual de los/as niños/as y jóvenes.

Posteriormente, se aprobó la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación, que destacaba la importancia de la educación como principal herramienta para la formación de las futuras generaciones, no solo en lo que se refiere a conocimiento didácticos generales, sino también en la enseñanza de valorar para mejorar la sociedad (respeto, igualdad, solidaridad, libertad...).

La LOE defiende que la educación debe ser un instrumento de cambio social, ofreciendo las mismas oportunidades para todos, independientemente de su edad, género, raza, clase social, etc. El cambio más significativo que introduce esta ley respecto a las anterior, es que hace una

mención específica y directa a la relevancia de la educación afectivo-sexual, concretamente en su preámbulo ⁽²³⁾: *“Entre los fines de la educación se resaltan el pleno desarrollo de la personalidad y de las capacidades afectivas del alumnado, la formación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y de la igualdad efectiva de oportunidades entre hombres y mujeres, el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual, así como la valoración crítica de las desigualdades, que permite superar los comportamientos sexistas”*.

Pocos años después, se introdujo la Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa; en ella se mencionan aspectos tan interesantes como la diversidad familiar en nuestra sociedad, dejando atrás las concepciones tradicionales y recalcando la importancia de integrar estas diversas fórmulas familiares en el proceso educativo-formativo. Además, se tratan otros temas como: la tolerancia, libertad, respeto, igualdad y diversidad, destacando esta última como una característica latente y creciente en la sociedad del momento ⁽²⁴⁾.

Pese a ser una Ley que introdujo mejoras necesarias en el Sistema Educativo Nacional, aún sigue sin darle a la Educación Afectivo-Sexual la importancia que merece y no propone prácticamente ningún cambio en este aspecto, respecto a las propuestas anteriores. En su artículo 124, se encuentra uno de los pocos puntos destacables en lo referente a esta temática ⁽²⁴⁾: *“Aquellas conductas que atenten contra la dignidad personal de otros miembros de la comunidad educativa, que tengan como origen o consecuencia una discriminación o acoso basado en el género, orientación o identidad sexual, o un origen racial, étnico, religioso, de creencias o de discapacidad, o que se realicen contra el alumnado más vulnerable por sus características personales, sociales o educativas tendrán la calificación de falta muy grave y llevarán asociada como medida correctora la expulsión, temporal o definitiva, del centro”*.

La última Ley educativa que se ha aprobado en nuestro país es la Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. De todos los objetivos en materia educativa que tiene, los más destacables son ⁽²⁵⁾:

- Cumplimiento de los derechos de la infancia.
- Calidad en la educación sin discriminación.
- Fomento de la igualdad efectiva, así como la prevención de la violencia de género.
- Equidad y garantía de igualdad de oportunidades.
- Transmisión y puesta en marcha de valores.

Con esta Ley, llega la primera referencia directa y específica a la Educación Afectivo-Sexual dentro del marco legislativo de nuestro país. Se introduce la Educación Afectivo-Sexual dentro de la orientación educativa del alumnado en la etapa de Educación Secundaria Obligatoria.

3.3.2 Tipos de Programas

La promoción y la educación para la salud deben aportar y garantizar soluciones reales, coherentes y eficaces para las necesidades sanitarias de las sociedades modernas. Todas estas actividades, intervenciones y campañas sanitarias, se pueden encuadrar dentro de tres áreas de intervención fundamentales: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales.

Las intervenciones centradas en los problemas de salud persiguen y demandan una atención integral, centrada en la salud del paciente. También defienden la salud como condición principal, prioritaria y fundamental para tener una buena calidad de vida, buscando educar a los pacientes y a su entorno para que sean capaces de tomar decisiones coherentes y responsables que influyen en su estado de salud. Por último, solicitan y exigen un aumento de la oferta de servicios y recursos sanitarios disponibles para la población. Esta área se centra en la prevención, tratamiento y respuesta de diversas cuestiones entre las que destacan: enfermedades crónicas, discapacidades y derechos y deberes de los pacientes.

Otro enfoque importante desde el punto de vista de la promoción de la salud es fomentar comportamientos saludables, facilitar el acceso y calidad de las opciones beneficiosas para el ser humano y facilitar la creación y expansión de modelos socioculturales basados en la salud y en la concienciación de los malos hábitos y sus consecuencias (actividad física, alimentación, estrés, sexualidad, tabaco y otras drogodependencias).

En lo que respecta al área de las transiciones vitales, la promoción de la salud busca crear unas condiciones que favorezcan el completo desarrollo de la identidad personal del individuo y de su proyecto de vida. También buscar ayudar a desarrollar habilidades sociales y personales que puedan facilitar el manejo de estas transiciones vitales (infancia y adolescencia, envejecimiento, cuidado de las personas dependientes, inmigración...). Al igual que en otras áreas, durante las transiciones vitales se busca promover el desarrollo de modelos socioculturales que mejoren la sanidad y que aumenten la cartera de servicios.

Además, la promoción y educación para la salud suele desarrollar estrategias multisectoriales que solicitan una coordinación intersectorial y trabajo en red conjunta entre todas las instituciones sanitarias, para facilitar el acceso de las personas y grupos en situaciones de desigualdad a una adecuada promoción y educación para la salud ⁽²⁶⁾.

Los tipos de intervención en promoción y educación para la salud son las siguientes ⁽²⁶⁾:

- Acción y dinamización social: consiste en la modificación de las normas sociales y el trabajo conjunto en redes, plataformas con asociaciones, alianzas y grupos de distintos tipos.
- Medidas de abogacía por la salud en la promoción de la salud local: se trata de intervenciones que buscan desarrollar modificaciones organizativas de los servicios, estrategias intersectoriales y poner en marcha medidas económicas, legislativas y/o técnico-administrativas.

- Consejo y asesoramiento: se trata de personas que acuden a una consulta profesional buscando encontrar la solución a determinados problemas. Se trata de una interacción breve que se suele hacer aprovechando una oportunidad de consulta personal.
- Educación para la salud individual: son consultas educativas pactadas y programadas entre el profesional y el usuario.
- Educación para la salud grupal y/o colectiva: actividades programadas y destinadas a un grupo homogéneo de pacientes y/o usuarios con el objetivo de mejorar su capacidad para afrontar un determinado problema o aspecto de su salud. También se incluyen talleres, sesiones o cursos para aumentar su conciencia respecto a factores sociales, ambientales y políticos que influyen en la salud.
- Información y comunicación: se trata de la elaboración y utilización de diferentes instrumentos informativos (folletos, murales, carteles, cómics, calendarios, grabaciones...) y su promoción en medios de comunicación (prensa, televisión, internet, radio...).

3.3.3 Contenido de los Programas

Los programas de Educación Afectivo-Sexual buscan formar a los/as niños/as y jóvenes con conocimientos, actitudes, habilidades y valores que les permitan vivir una sexualidad sana, responsable y satisfactoria, tomar decisiones responsables, establecer relaciones sexuales y afectivas positivas con los demás y disfrutar de la sexualidad de forma segura a través del conocimiento de sus riesgos y los métodos para prevenirlos.

Deben incluir información relevante y adaptada a las necesidades y a la realidad de los destinatarios. Las Orientaciones Técnicas internacionales sobre Educación Sexual dicen que la Educación Sexual Integral debe ser ⁽²⁷⁾:

- Científicamente precisa
- Gradual
- Adecuada a cada edad y etapa del desarrollo
- Con base en un currículo
- Integral
- Con base en un enfoque de derechos humanos
- Con base de igualdad de género
- Relevante en relación con la cultura y adecuada al contexto
- Transformativa
- Capaz de desarrollar las aptitudes necesarias para apoyar elecciones saludables

Tras haber analizado las propuestas educativas realizadas por varios autores al alumnado de la ESO, se han objetivado como aspectos fundamentales dentro de los bloques de contenido básicos para su Educación Afectivo-Sexual, los siguientes ⁽²⁸⁾:

1. La sexualidad es una parte fundamental de los seres humanos.
2. Desarrollo biológico, psicológico, sexual y social de los adolescentes.
3. Aspectos anatómicos de la sexualidad, imagen corporal y autoestima.
4. Dimensión afectiva de la sexualidad y el establecimiento de relaciones socio-afectivas (empatía, afecto, amistad, atracción, deseo, enamoramiento...).
5. Identidad de género, orientación y preferencias sexuales.
6. Aspectos centrados en las diferentes fases de la respuesta sexual humana (excitación, meseta, orgasmo y resolución).
7. Alternativas para el desarrollo de una vivencia sexual: abstinencia, besos, masturbación, “petting”, coito, etc.
8. Prácticas sexuales de riesgos, consecuencias y aspectos emocionales.
9. ETS e ITS.
10. Métodos anticonceptivos y prevención de malas experiencias relacionadas con la sexualidad.
11. Sexualidad sana, responsable y satisfactoria (salud sexual, desarrollo afectivo, bienestar y calidad de vida).

Los programas de Educación Afectivo-Sexual deben fomentar valores positivos en lo referente a la salud y a los derechos reproductivos y sexuales. Deben incluir información sobre los valores, derechos y relaciones beneficiosas centradas en el desarrollo de la sexualidad, perspectiva de género, violencia sexual, habilidades para mejorar la salud y el bienestar, comportamientos y prácticas sexuales de riesgo, salud sexual y reproductiva.

Además, es fundamental que estos programas proporcionen información sobre desarrollo humano, conceptos anatómicos, variantes de anticoncepción, infecciones y enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, partos en adolescentes, epidemiología....

3.3.4 Grupos Diana

Cuando hablamos de una población o grupo diana, nos referimos al conjunto de individuos al que se dirige el programa educativo o intervención. Como ya se ha mencionado con anterioridad a lo largo de este recorrido introductorio, durante la adolescencia se vive una etapa de grandes cambios que modifican la experiencia diaria de los jóvenes. Además, como consecuencia

de la maduración de los órganos sexuales, acompañada de otros importantes cambios físicos, tiene lugar el inicio de las relaciones sexuales.

Tal y como dijo el reputado abogado, político y activista sudafricano, Nelson Rolihlahla Mandela: *“La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo”*. Si se pretenden reducir las elevadas tasas de embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes y jóvenes, es fundamental trabajar en la mejora y desarrollo de la educación afectivo-sexual que reciben durante sus etapas formativas y que, en muchas ocasiones, es realmente deficiente.

Educación en valores y formar en sexualidad, afectividad y género es una de las principales herramientas empleadas para generar conductas de autocuidado que puedan reducir de forma significativa las elevadas tasas y epidemiología actualmente existente en lo que respecta a diversas problemáticas relacionadas con la sexualidad del individuo. Para construir una sociedad saludable y responsable, se debe empezar desde “sus cimientos”, educando en valores a los/as niños/as y jóvenes.

3.3.5 Vivencia de la Sexualidad

Se trata de un aspecto completamente subjetivo, particular y específico. La forma de vivir la sexualidad es diferente para cada persona y está claramente relacionada con ciertos aspectos como su identidad de género, orientación sexual, comportamientos sexuales, conciencia de la responsabilidad y hábitos saludables.

Además, cabe destacar que la sexualidad es una dimensión variable del ser humano que va sufriendo modificaciones a lo largo del desarrollo de este. Es por ello, que la vivencia de la sexualidad durante la adolescencia nunca será la misma que en la edad adulta. Lo ideal sería que todo el mundo pudiese disfrutar de una vivencia de la sexualidad positiva, con una buena salud sexual y la capacidad para tener relaciones sexuales responsables y satisfactorias. Sin embargo, esta expectativa, va variando en función de la etapa vital del individuo, su propia experiencia personal previa y su desarrollo biológico, psicológico, físico y emocional.

3.4 Justificación

La Educación Afectivo-Sexual debe ser un fundamento básico en la formación integral de los jóvenes. El primer paso para construir sociedades capaces de relacionarse, convivir en igualdad y rechazar cualquier tipo de discriminación, es generar mecanismos e instrumentos para educar en valores, de forma respetuosa, tolerante y diversa.

Actualmente, en España, la Educación Afectivo-Sexual se imparte de forma ocasional, sólo algunos centros formativos deciden desarrollar este tipo de iniciativas o intervenciones destinadas a la orientación sexual del alumnado, de forma voluntaria e independiente. Con este

estudio se pretende valorar la importancia que tienen este tipo de actividades y su posterior relevancia en la vida sexual de los jóvenes.

Es de esperar que, aquellos que han tenido la posibilidad de recibir una buena educación afectivo-sexual, sean capaces de vivir su sexualidad manteniendo una serie de hábitos saludables con base en conocimientos científicos y evitando conductas sexuales de riesgo. Sin embargo, los jóvenes no hayan recibido este tipo de formación a lo largo de su proceso formativo, están expuestos a una situación de “vulnerabilidad” ya que pueden no contar con las herramientas necesarias para tomar decisiones sexualmente responsables, exponerse a situaciones de riesgo (ausencia o mal uso de métodos anticonceptivos), incapacidad para comprender su propia madurez física, psicológica y emocional....

En definitiva, con este estudio se pretende realizar una comparativa entre los jóvenes que han recibido educación afectivo-sexual alguna vez o de forma regular durante su etapa formativa y aquellos a los que nunca se les ha proporcionado. Si se obtienen los resultados esperados, quedará latente la deficiente educación afectivo-sexual que reciben muchos jóvenes y la necesidad de implementar este tipo de formación dentro de los planes de estudios.

Desde la perspectiva de la profesión enfermera, este estudio podría ser útil para incentivar la introducción de la enfermería escolar en los centros educativos. Además de proporcionar cuidados al alumnado de forma directa e individualizada (función asistencial), podría ser una figura clave para mejorar la educación afectivo-sexual dentro de las instituciones formativas (función de educación de la salud e investigadora).

La enfermera escolar, dentro del ámbito educativo, tiene la capacidad de proporcionar formación educativa en temas de salud, con el objetivo de prevenir, tratar o descubrir cualquier problema de salud que pueda aparecer entre la infancia y la adolescencia. De todas las funciones relacionadas con la educación para la salud, destacan las siguientes ⁽²⁸⁾:

- Proporcionar información y asesoramiento al alumnado.
- Desarrollar trabajos de investigación y evaluación para mejorar la formación.
- Educar en el seguimiento de programas de educación para la salud y formar en cuidados.
- Promocionar hábitos saludables desde la infancia.

3.4.1 Hipótesis

Los estudiantes universitarios de nuevo ingreso al Grado en Enfermería de la ULL que han recibido una buena Educación Afectivo-Sexual en su formación preuniversitaria, tienen una mejor “vivencia de la sexualidad” que aquellos a los que se les ha instruido en esta temática.

3.5 Objetivos

3.5.1 Objetivo General

- Conocer la vivencia de la sexualidad del alumnado de nuevo ingreso en el Grado en Enfermería de la ULL, a través de la evaluación de las diferentes dimensiones que la conforman y otros aspectos influyentes.

3.5.2 Objetivos Específicos

- Describir las variables socio-demográficas de los encuestados.
- Conocer la valoración que le dan los encuestados a la Educación Afectivo-Sexual que han recibido a lo largo de sus etapas formativas anteriores.
- Identificar las fuentes de información más utilizadas en materia afectivo-sexual.
- Conocer los hábitos y prácticas sexuales más frecuentes de la muestra.
- Describir las preferencias de uso de métodos anticonceptivos.
- Conocer la prevalencia de ITS en la población de estudio.
- Valorar la regularidad de las prácticas sexuales de riesgo de los encuestados.
- Identificar el nivel de conocimientos generales de la muestra sobre los distintos aspectos afectivo-sexuales.
- Valorar la relación existente entre la Educación Afectivo-Sexual que ha recibido el miembro de la muestra y los conocimientos que tiene sobre sexualidad.

4. METODOLOGÍA

4.1 Ámbito de Estudio

La Universidad de La Laguna es una universidad pública localizada en la ciudad de San Cristóbal de La Laguna, en Tenerife. Fue fundada en 1927 y, a día de hoy, es el centro de educación superior más antiguo de la Comunidad Autónoma Canaria ⁽²⁹⁾.

Los últimos datos señalan que, en esta institución de derecho público, dotada de personalidad jurídica y patrimonio propio, hay casi 23.000 alumnos matriculados, 1.695 profesores y 851 miembros que se encargan del área de administración y servicios. La oferta de titulaciones de esta universidad es realmente amplia y diversa, abarcando: 45 Grados, 21 Máster Oficial en extinción y 30 en vigor, 52 programas de Doctorado y 25 Títulos Propios ⁽³⁰⁾.

En lo que respecta a la población del estudio, serán los alumnos de nuevo ingreso al Grado en Enfermería de la ULL. El primer documento de carácter legislativo en el que se aprobaron las directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de

Enfermería fue publicado en el BOE, núm. 283, de 26 de noviembre de 1977. Por aquel entonces, de acuerdo con el artículo 37.1 de la Ley General de Educación, de 4 de agosto de 1970, se elaboraron una serie de directrices/pautas para la adecuada redacción y elaboración de los planes de estudios de este tipo de escuelas universitarias, entre las que destacan ⁽³¹⁾:

- Los planes de estudios se deben estructurar en 3 años de instrucción.
- La formación se distribuirá en diferentes áreas de conocimiento:
 - Ciencias básicas
 - Ciencias médicas
 - Ciencias de la enfermería
 - Ciencias de la conducta
 - Salud Pública
- Se define como número mínimo de horas de enseñanza en 4.600, debiendo dedicarse el 50% a prácticas de carácter clínico-asistencial.
- Se proporciona un cuadro de asignaturas fundamentales.
- Descripción de los contenidos breve y obligatoria para cada materia.
- Enfatiza la relevancia que tienen las enseñanzas prácticas en las escuelas.

Pese a haber conseguido el reconocimiento académico de la profesión como Diplomatura en el año 1977, los profesionales de Enfermería continuaban teniendo importantes limitaciones para acceder a los estudios de diplomado y de doctor, por lo que comenzó una nueva reivindicación del gremio para exigir un mayor reconocimiento ⁽³²⁾.

Tras 30 años, el impulso definitivo a esta solicitud de los profesionales de enfermería llegaría con el Plan Bolonia. Se creó el Espacio de Educación Superior Europeo, que cambió toda la estructura del sistema universitario en los países pertenecientes a la Unión Europea. Finalmente, en el BOE, núm. 50, de 27 de febrero de 2008, se aprobaron las condiciones de los nuevos planes de estudios de Enfermería, entre la que destacaba como novedad principal, el abandono de la clasificación de Diplomatura para la formación y su conversión en un Grado de cuatro años y 240 créditos académicos ⁽³³⁾.

La implantación de este grado en la institución de la ULL se produjo en el curso académico 2009-2010 ⁽³⁴⁾. Actualmente, existen tres sedes adscritas a la universidad en las que se puede cursar este grado: HUC, HUNSC y la Unidad Docente de Enfermería de La Palma. Las plazas ofertadas varían en función de la sede ⁽³⁴⁾: 100 plazas de nuevo ingreso en la sede de La Laguna, 60 en la EUENSC y 50 en la sede de la Palma.

Actualmente, las asignaturas del Grado en Enfermería de la ULL en las que se tratan aspectos relacionados con la sexualidad en sus planes de estudios son principalmente ⁽³⁵⁾:

- Primero: Fisiología y Fisiopatología (9 ECTS) y Anatomía Humana e Histología (6 ECTS).
- Segundo: Ciencias Psicosociales Aplicadas y Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica (9 ECTS).
- Tercero: Enfermería de la Mujer-Enfermería de la Infancia y Adolescencia (9 ECTS).

4.2 Tipo de Estudio

Se trata de un estudio cuantitativo, observacional y de corte transversal. Esto significa que todos los datos que se puedan recabar serán utilizados con la finalidad de describir una o varias características de la población seleccionada y se realizó un estudio exploratorio inferencial para valorar la relación existente entre las variables. En lo que respecta a la secuencia temporal del estudio, se considera transversal ya que estudia una serie de variables de la muestra seleccionada en un momento determinado de tiempo ⁽³⁶⁾.

Además, cabe destacar el carácter cuantitativo y observacional del estudio, que se comenzó a realizar con una búsqueda bibliográfica efectuada en diferentes bases de datos nacionales e internacionales disponibles en el portal de búsqueda de información Punto Q de la Universidad de La Laguna (*CINAHL, Medline, Dialnet, Cochrane Plus, PubMed...*). Se tomaron como referencia para la búsqueda, las siguientes palabras claves: educación sexual, educación sexual en adolescentes, prácticas sexuales de riesgo, riesgos para la salud sexual y reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, incidencia de las infecciones de transmisión sexual, adolescentes, Educación Afectivo-Sexual, conductas de riesgo sexual en adolescentes, salud sexual y reproductiva, anticoncepción, métodos anticonceptivos y anticoncepción de emergencia.

Para facilitar el proceso, se emplearon acotaciones de búsqueda como: tipo de texto (artículos de revista, monografías, libros, recursos web, informes y tesis), idioma (español e inglés), resumen disponible y antigüedad (<10 años). Tras realizar una amplia búsqueda bibliográfica, se seleccionaron aquellas fuentes y documentos más fiables, científicos y relevantes para el desarrollo de este estudio (Ver Anexo 1).

4.3 Población y Muestra del Estudio

La población de estudio fueron las personas matriculadas en primer curso del Grado en Enfermería de la ULL, que cumplieron con los criterios de inclusión. Para poder participar en el estudio, respondieron a un cuestionario de carácter anónimo y completamente voluntario, siguiendo todos, el mismo procedimiento.

En función del número de estudiantes matriculados, se ha realizado un muestreo intencional o por conveniencia en el que se ha determinado el tamaño muestral (n) más adecuado para el estudio utilizando la herramienta de cálculo del tamaño muestral disponible en Fistera, con la finalidad de obtener una buena precisión estadística y garantizar la fiabilidad del estudio ⁽³⁶⁾.

Donde para una población de aproximadamente 190 alumnos de primer curso de enfermería matriculados en la ULL, de las cuales aceptaron formar parte del estudio 111. Una vez aplicados los criterios de exclusión, resultó una muestra de 95 estudiantes. Para una proporción obtenida de 72,6% ($p=0,73$) de sujetos que recibieron Educación Afectivo-Sexual, esto otorga para un nivel de confianza ($1 - \alpha$) del 95% una precisión (d) del 3,7%⁽³⁷⁾.

4.3.1 Criterios de Inclusión

Como criterios de inclusión para participar, se han tenido en cuenta estudiantes de primero del Grado en Enfermería de la ULL, con una edad comprendida entre los 18 y los 25 años, que han querido participar en el estudio rellenando de forma completamente anónima y voluntaria el cuestionario.

4.3.2 Criterios de exclusión

Cualquier persona que no cumpla los requisitos anteriormente mencionados, no podrá ser incluida en el estudio.

4.4 Materiales y Métodos

Para la realización de este estudio se ha elaborado un cuestionario ad hoc de 57 preguntas estructurado en secciones, empleando como referencia otros utilizados anteriormente:

- Encuesta de salud y hábitos sexuales del INE⁽³⁸⁾.
- Encuesta sobre educación sexual - School Education Gateway⁽³⁹⁾.
- Estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC-2018)⁽⁴⁰⁾.
- Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles. Julio 2019 - SEC⁽⁴¹⁾.
- Encuesta de Anticoncepción en España 2020 - SEC⁽⁴²⁾.
- Red Española de Salud Pública. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimiento de sexualidad responsable en jóvenes⁽⁴³⁾.
- Cuestionario para adolescentes entre 13 y 18 años del IES Luis Cobiella Cuevas⁽⁴⁴⁾.

4.4.1 Factores Sociodemográficos y Culturales

El cuestionario se ha estructurado en 20 secciones divididas en 7 bloques principales; dos de ellos están destinados al estudio de variables socio-demográficas y culturales. El primer bloque está destinado al estudio del perfil socio-demográfico y está formado por 5 preguntas que pretenden conocer las siguientes variables de la muestra:

- Sexo. Variable cualitativa dicotómica.
- Edad (en años). Variable cuantitativa.
- Estrato socioeconómico familiar. Variable cualitativa politómica.
- Máximo nivel de estudios de Enseñanza General y/o Formación Profesional terminado por su padre y por su madre. Variable cualitativa politómica.

Además, el último bloque del cuestionario, compuesto de 9 preguntas, pretende conocer el nivel de conocimientos generales de la muestra sobre Sexualidad, métodos anticonceptivos, conductas sexuales de riesgo e ITS. Variables cualitativas politómicas.

4.4.2 Factores del Estudio

Tabla 3. Estructura del Cuestionario

CUESTIONARIO	FACTORES DE ESTUDIO
INTRODUCCIÓN	Información y consentimiento de participación
BLOQUE 1	Perfil Socio-Demográfico
BLOQUE 2	Educación Afectivo-Sexual y Fuentes de Información
BLOQUE 3	Sexualidad, Relaciones Sexuales, Ausencia de Relaciones Sexuales Completas y Hábitos en sus Relaciones Afectivo-Sexuales
BLOQUE 4	Métodos Anticonceptivos, Anticoncepción de Urgencia y Efectos de la Anticoncepción de Emergencia
BLOQUE 5	Prácticas Sexuales de Riesgo, Relaciones Sin Protección y Embarazo
BLOQUE 6	Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
BLOQUE 7	Conocimientos Generales de Sexualidad

Fuente: elaboración propia.

Es importante realizar un énfasis para recalcar que todas las variables que se han incluido como factores de estudio en la tabla anterior, son de carácter cualitativo y politómicas. En lo que se refiere a la distribución de los bloques, están ordenados de manera estratégica y la extensión varía en función de las características de la variable y del número de secciones que engloba.

El primer bloque tan sólo comprende la primera sección del cuestionario y está formado por 6 preguntas. El segundo bloque abarca 2 secciones y lo componen 9 preguntas a cumplimentar por el encuestado/a. El tercer bloque es el más largo ya que lo constituyen 17 preguntas y abarca 4 secciones del cuestionario. El cuarto bloque del cuestionario incluye 4 secciones e incluye 7 preguntas con varias opciones de respuesta.

El quinto bloque de la estructura del cuestionario contiene 4 secciones del mismo y dispone de 6 cuestiones para contestar. El menos extenso de los 7 bloques, es el sexto, formado por

tan sólo 3 preguntas que reúnen 3 secciones. Por último, el séptimo concluye la encuesta haciendo 9 preguntas para identificar el nivel de conocimientos generales de la muestra y acaparando 1 sección específica para ello.

4.5 Técnica de Recogida de Datos

Una vez completada la elaboración del cuestionario, se estableció contacto con los delegados de todas las sedes (La Laguna, EUENSC y La Palma) con el objetivo de organizar una sesión informativa en cada una y tratar de conseguir el mayor grado de participación posible. En estas sesiones informativas se realizó una pequeña introducción a la temática del estudio, se desarrollaron el objetivo general y los específicos del mismo y se resolvieron todas las dudas que fueron surgiendo.

Posteriormente, se proyectó un código QR que daba acceso al cuestionario para que aquellas personas que, de forma completamente anónima y voluntaria, quisieran participar en el estudio pudieran hacerlo (tras las sesiones, el cuestionario se dejó abierto 48 horas más por si había alguna respuesta de última hora).

4.6 Aspectos Éticos

Para el desarrollo de este TFG se han orientado una serie de aspectos éticos considerados como fundamentales en la posterior realización del estudio. En todo momento, se dejó claro a los implicados la voluntariedad de la participación y la ausencia de recopilación de datos personales o información confidencial. La respuesta es de carácter voluntario y completamente anónima, respetando la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales ⁽⁴⁵⁾.

4.7 Análisis Estadístico

Los datos recogidos en la encuesta fueron tabulados, codificados y depurados con programa informático IBM SPSS Versión 21 ⁽⁴⁶⁾. Se estudió la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov y sus histogramas ⁽⁴⁷⁾.

Para aquellas variables que presentaban una distribución normal se expresaron con la media y su desviación estándar o típica (Media [\pm DT]), mientras que para aquellas cuya distribución no era normal se realizó a través de la mediana y los percentiles (M_e [P_{10} - P_{90}]). Además, las variables cualitativas a estudiar se han expresado mediante sus frecuencias y porcentajes.

En la realización del análisis inferencial de las variables de estudio se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado entre variables cualitativas ⁽⁴⁸⁾. En aquellas cuyas frecuencias esperadas eran

menor a 5 se realizó el estadístico exacto de Fisher ⁽⁴⁹⁾. Por último, para el análisis entre variables cualitativas y cuantitativas se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney o la T de Student en aquellas que tenían una distribución normal ⁽⁵⁰⁾. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas comparaciones y asociaciones con un p valor menor a 0,05.

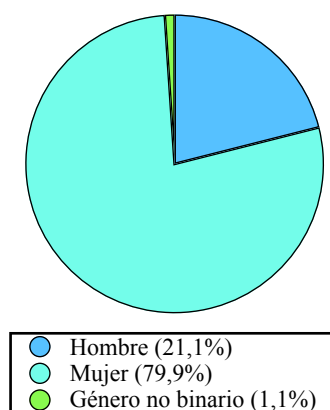
5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A continuación, se expondrán los resultados más relevantes que dan respuesta a los objetivos del presente estudio.

5.1 Perfil Socio-Demográfico

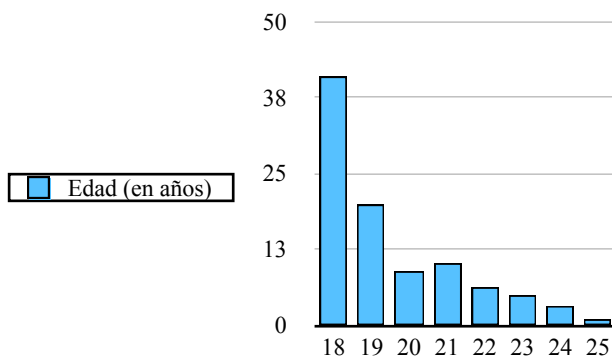
De los aproximadamente 190 alumnos de primer curso matriculados en enfermería, se obtuvo una participación del 50% (n=95). El 78% de la muestra estaba conformada por mujeres y un 1,1% se declaró no binario. Estos porcentajes nos indican que la tendencia de la profesión enfermera es similar a nivel nacional con un 84% de enfermeras colegiadas ⁽⁵¹⁾, aunque con un ligero aumento del número de estudiantes masculinos.

FIGURA 1: SEXO



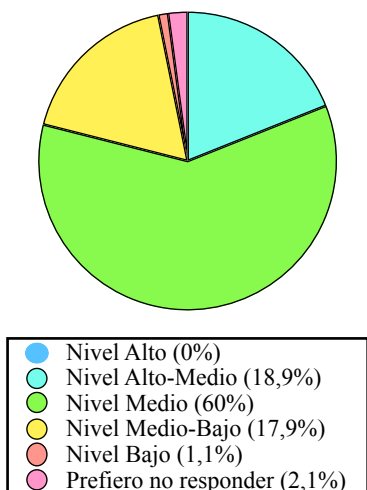
El promedio de edad de los encuestados es una mediana de 19 (18-21) años. Además, cabe destacar que casi la mitad de los participantes, tienen aún 18 años (43,2%).

FIGURA 2: EDADES

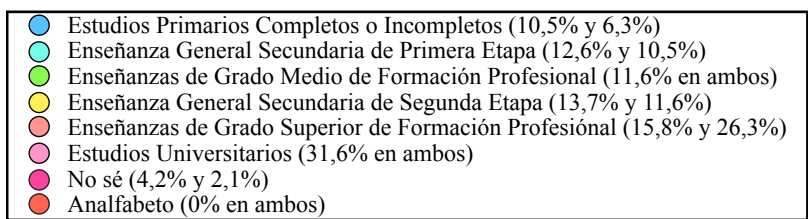
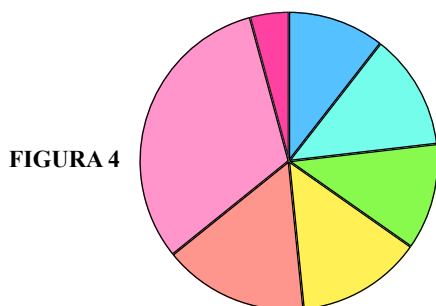


En lo que respecta al estrato socioeconómico familiar de los encuestados, la mayoría (60%) se ubica en un nivel medio, seguido por un nivel alto-medio (18,9%). Las opciones con menor grado de respuesta han sido: nivel medio-bajo (17,9%) y nivel bajo (1,1%). A nivel nacional, la mayoría de la población se sitúa en un nivel medio, compuesto por personas con un nivel educativo medio-alto y con ingresos económicos medios ⁽³⁸⁾.

FIGURA 3: ESTRATO SOCIOECONÓMICO FAMILIAR



Cabe destacar, que el máximo nivel de estudios de Enseñanza General y/o Formación Profesional que han finalizado los progenitores masculinos (Ver Figura 4) y femeninos (Ver Figura 5) de los encuestados se corresponden con estudios con un 31,6% para ambos padres, seguidos por las enseñanzas de Grado Superior de Formación Profesional (15,8% los padres y 26,6% de las madres). Estos datos contrastan significativamente con los obtenidos por la Fundación “la Caixa” en su estudio sobre la familia española ante la educación de sus hijos, en el que un 20% tenía estudios universitarios, superiores (9%) o medios (11%) ⁽⁵²⁾. El resultado más llamativo del anterior trabajo fue que más de un 35% de la muestra sólo tenía estudios primarios completos.

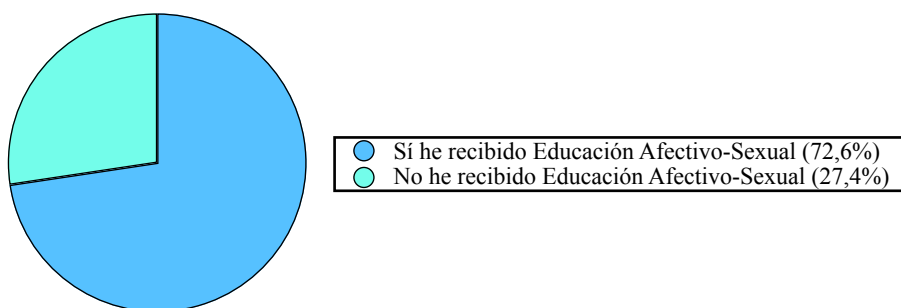


5.2 Educación Afectivo-Sexual y Fuentes de Información

Una de las cuestiones con mayor relevancia para el desarrollo de este estudio, era identificar la impartición de Educación Afectivo-Sexual en la muestra previa a su ingreso en la universidad. Tan sólo un 72,6% respondió haber recibido este tipo de formación con anterioridad. Resulta significativa la similaridad de estos datos, con los obtenidos en el informe realizado por el Instituto de las mujeres sobre “Sexualidad de las mujeres jóvenes en el contexto español. Percepciones subjetivas e impacto de la formación”. Algunas de las conclusiones más relevantes de este estudio fueron ⁽⁵³⁾:

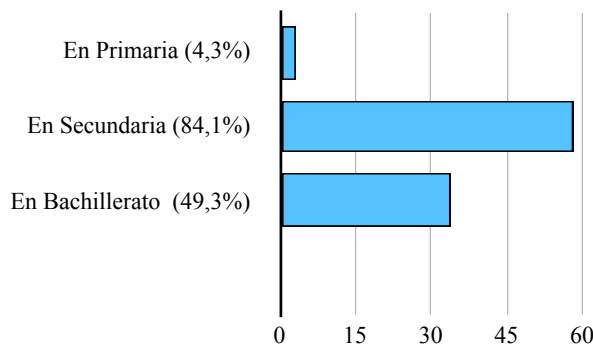
- La valoración que se le da a la Educación Afectivo-Sexual suspende con un 4,4/10.
- El 34,8% de las jóvenes nunca ha recibido ningún tipo de educación sexual.

FIGURA 6: EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL



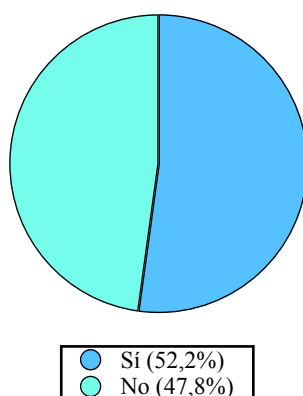
Al preguntar sobre la distribución de este tipo de formación en base a la etapa educativa de impartición (primaria, ESO o bachillerato), llama especialmente la atención la disparidad existente en la muestra. La mayoría de encuestados reciben este tipo de información en uno de los niveles (47,4%) y, a tan sólo un 2,1% se le imparte en todos. Por último, cabe destacar, que la ESO es la etapa en la que se hace más hincapié en este tipo de actividades/iniciativas destinadas a la formación en materia afectivo-sexual de los estudiantes (Ver Figura 7).

FIGURA 7: ETAPAS FORMATIVAS DE IMPARTICIÓN DE LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL



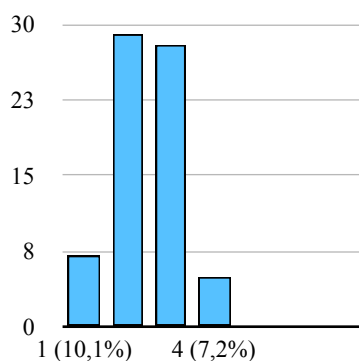
En cuanto al rendimiento y la aptitud de la formación recibida en materia afectivo-sexual por la muestra, sólo el 52,2% considera que le fue útil y que se impartió con la frecuencia y duración necesaria. Este resultado apoya el obtenido en otros estudios realizados a nivel nacional, en los que casi el 70% de los jóvenes, expresó que no le había resultado útil la formación recibida en sus centros escolares ⁽⁴¹⁾.

FIGURA 8: UTILIDAD DE LA FORMACIÓN RECIBIDA



El grado de satisfacción de los encuestados con la Educación Afectivo-Sexual recibida es bastante variable. En una escala del 1 al 4, siendo 1 el menor valor posible y 4 el máximo, la calificación más otorgada por un 42% de la muestra fue un 2, seguido de un 3 (40,6%).

FIGURA 9: SATISFACCIÓN DE LA MUESTRA

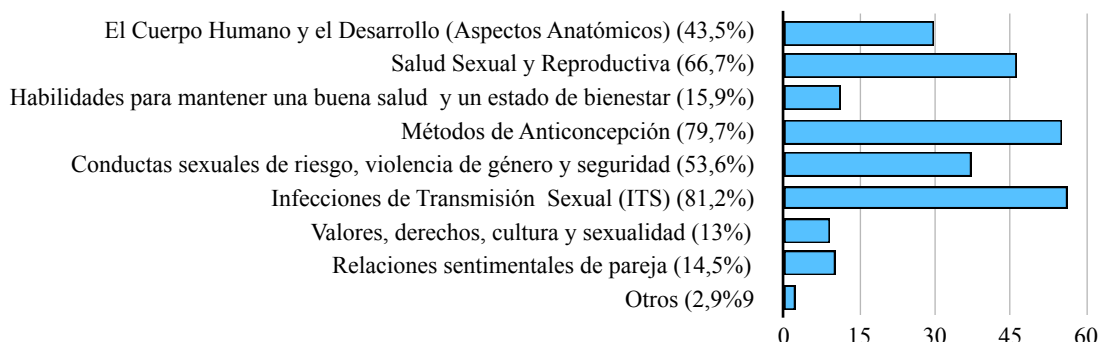


En lo que atañe a los temas más utilizados durante las actividades/iniciativas destinadas a proporcionar este tipo de educación, llama la atención que, en la mayoría de los casos, se tratan los mismos aspectos. Los más impartidos son (Ver Figura 10): las ITS (81,2%), métodos de anticoncepción (79,7%) y la salud sexual y reproductiva (66,7%). En cambio, los menos percibidos por los componentes de la muestra fueron: relaciones sentimentales de pareja (14,5%) y valores, derechos, cultura y sexualidad (13%).

Estos últimos datos contrastan con los obtenidos en la encuesta sobre educación sexual - School Education Gateway. En dicho caso, el tema más tratado en los centros educativos era el cuerpo humano y su desarrollo (86%), seguido de la salud sexual y reproductiva (58%) y las

relaciones (34%). Como uno de los aspectos menos desarrollados, también se encontraban los valores, derechos, cultura y sexualidad, aunque con un porcentaje ciertamente superior (23%) (39).

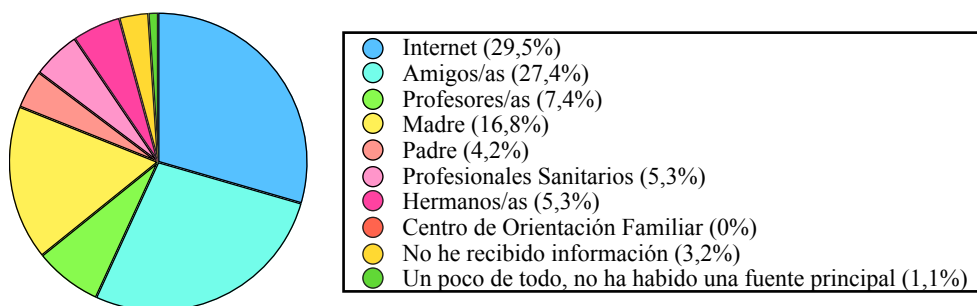
FIGURA 10: TEMAS MÁS IMPARTIDOS



La principal fuente de información en materia afectivo-sexual de la muestra obtenida ha sido Internet (29,5%), seguida de los amigos/as (27,4%) y por la figura materna (16,8%). Resulta especialmente llamativo el porcentaje que le han otorgado los encuestados a sus padres (4,2%), esto se podría deber al mayor número de mujeres presentes en la muestra de estudio y su mayor grado de identificación con sus madres (Ver Figura 11).

En el informe elaborado por Save the Children “(Des)información sexual: pornografía y adolescencia” un 30% de los encuestados reconoció que su principal fuente de información sobre sexualidad era internet (54), dato que concuerda claramente con el obtenido en el presente estudio y en otro realizado a nivel nacional que situaba a internet (47,8%) y a los amigos/as (45,5%) como principales fuentes de información relacionadas con esta materia (41).

FIGURA 11: FUENTES DE INFORMACIÓN

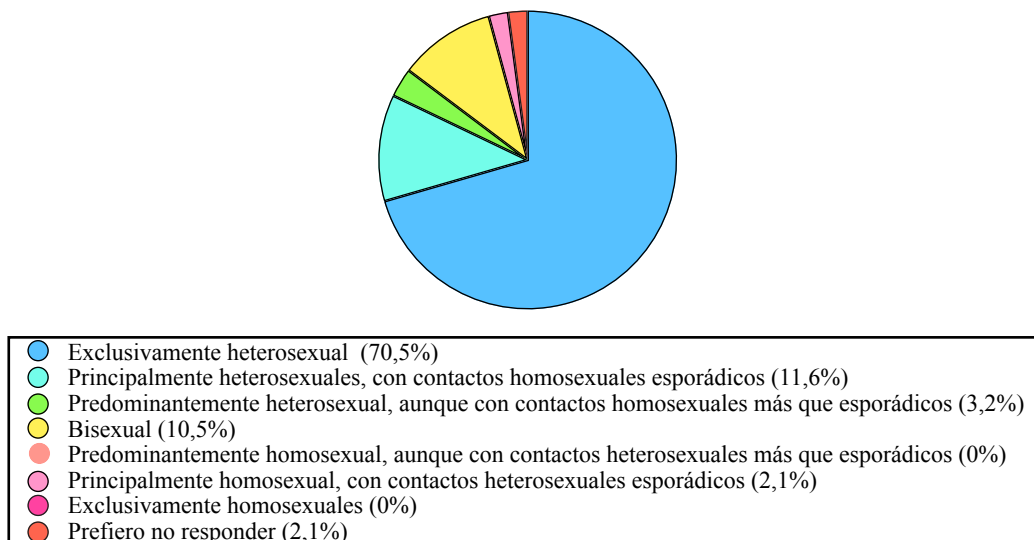


5.3 Sexualidad, Relaciones Sexuales, Ausencia de Relaciones Sexuales Completas y Hábitos en sus Relaciones Afectivo-Sexuales

Para comenzar este bloque, se preguntó a los componentes de la muestra con que orientación sexual se sentían más identificados, basándose en la clasificación creada por Alfred C. Kinsey (8). La mayoría contestó ser exclusivamente heterosexuales (70,5%), seguido de un 11,6%

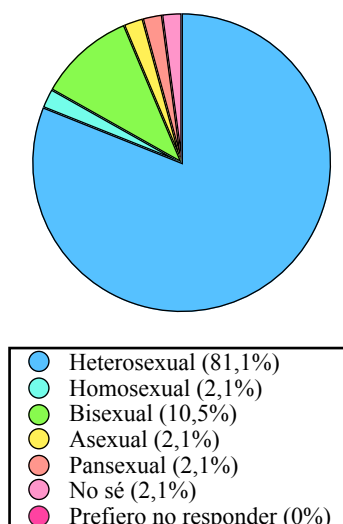
que refirió ser principalmente heterosexual, con contactos homosexuales esporádicos y un 10,5% que se define como bisexual (Ver Figura 12).

**FIGURA 12:
ORIENTACIÓN SEXUAL
ESCALA KINSEY**



En términos generales, el 81,1% de los encuestados se define como heterosexual, un 2,1% como homosexual y un 10,5% bisexual (Ver Figura 13). Estos datos coinciden con los proporcionados por el CIS en el año 2021, que decían que el 82,7% de los jóvenes españoles, de entre 18 y 24 años de edad se declaraban heterosexuales (55).

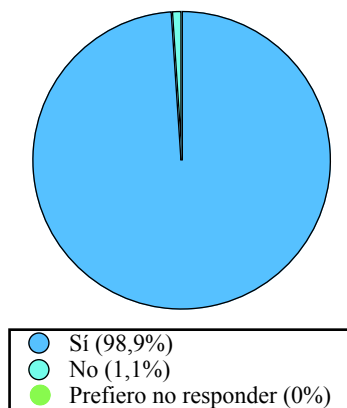
**FIGURA 13:
ORIENTACIÓN SEXUAL**



En lo que se refiere al género de sus órganos sexuales, el 98,9% de la muestra ha respondido sentirse identificado con ellos y el 1,1% restante ha negado esa afinidad (Ver Figura 14). Esta misma pregunta fue realizada en un estudio sobre sexualidad y anticoncepción,

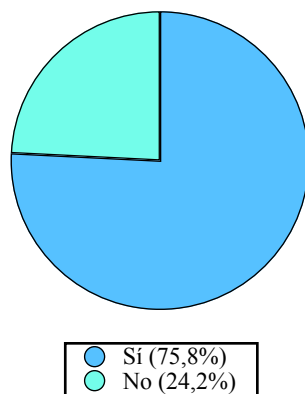
concluyendo que un 2,5% de los jóvenes no se identificaban con el género de sus órganos sexuales (40).

FIGURA 14: GÉNERO/ÓRGANOS SEXUALES



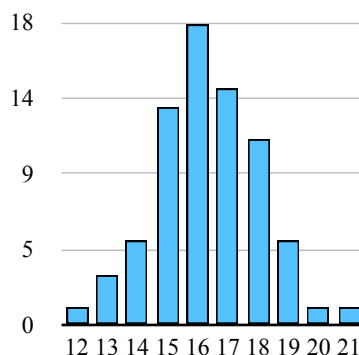
El 75,8% de los encuestados refiere haber tenido alguna vez relaciones sexuales completas, mientras que el porcentaje restante de la muestra (24,2%) afirma no haberlas experimentado nunca (Ver Figura 15). Este dato coincide, en buena parte, con otro obtenido en España, en el que el 73,4% de los jóvenes afirmaban haber tenido relaciones sexuales coitales (41).

FIGURA 15: RELACIONES SEXUALES COMPLETAS



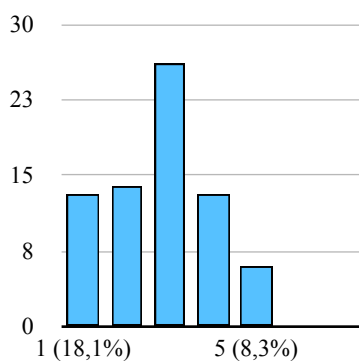
En lo que respecta a la media de edad de la primera relación sexual, los valores obtenidos en la muestra de estudio la sitúan en los $16,33 \pm 1,728$ años de edad. La mayoría tuvo su primera relación a esta edad (25%), seguido de un 19,4% que la tuvo a los 17 y un 18,1% que la tuvo a los 15 (Ver Figura 16). Estos datos resultan bastante llamativos ya que, en el estudio de la SEC anteriormente mencionado, también se consiguió un resultado similar, dando 17,04 años la edad media de inicio de las relaciones sexuales (41).

FIGURA 16: EDAD DE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL COMPLETA



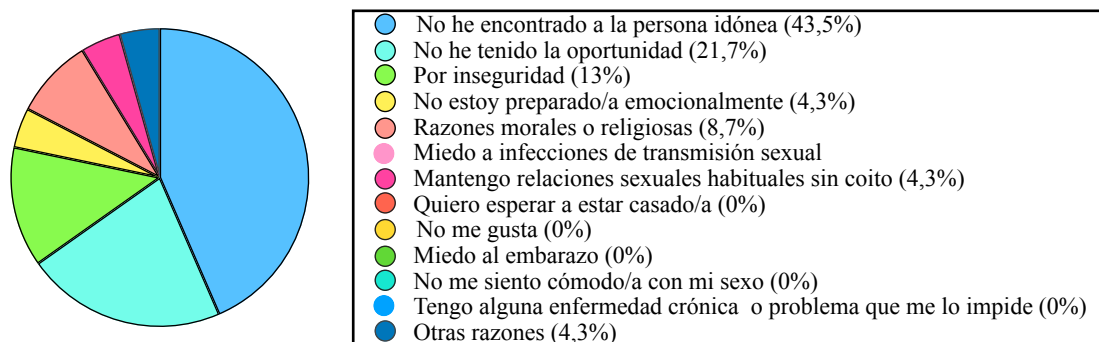
En una escala de 1 a 5 puntos, siendo 1 el mínimo valor posible y 5 el máximo, la muestra valoró la satisfacción obtenida en aquella primera relación sexual. El 36,1% la calificaba con 3 puntos, seguido de un 19,4% que la puntuaba con 2 puntos y un 18,1% que le otorgaba 4 puntos (Ver Figura 17). Una vez más, estos datos vuelven a coincidir con la tendencia obtenida en otros estudios, en la que el 35,4% de los jóvenes califica su primera relación sexual con un valor medio (ni satisfactoria ni insatisfactoria) (41).

FIGURA 17: SATISFACCIÓN CON LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL



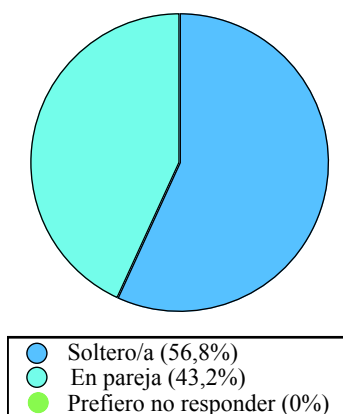
Aquellos componentes de la muestra que no han mantenido relaciones sexuales coitales (con penetración), al ser preguntados por los motivos, han respondido lo siguiente: un 43,5% afirma que aún no ha encontrado a la persona idónea, un 21,7% refiere no haber tenido la oportunidad y otro 13% dice que ha sido por inseguridad. Entre otros motivos no tan frecuentes, también destacan: razones morales o religiosas (8,7%), no estar preparado/a emocionalmente (4,3%) y otras razones (4,3%). Por último, el 4,3% restante refiere tener relaciones sexuales habituales sin coito (Ver Figura 18).

FIGURA 18: MOTIVO DE LA AUSENCIA DE LAS RELACIONES



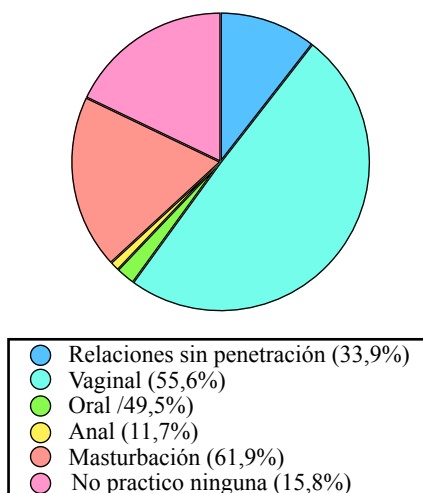
En cuanto a la situación sentimental de los componentes de la muestra, el 56,8% está soltero/a y el 43,2% restante asegura tener pareja (Ver Figura 19). Según los últimos datos proporcionados por el INE, en nuestro país hay aproximadamente 11.307 millones de parejas (sumando las parejas casadas y las de hecho). En cuanto a los solteros/as, los resultados indicaron una mayor prevalencia masculina y un valor superior a los 14 millones ⁽⁵⁶⁾.

FIGURA 19: SITUACIÓN SENTIMENTAL



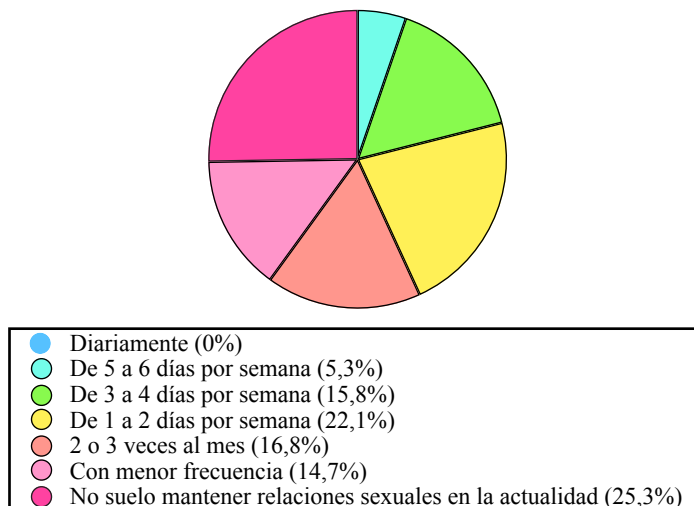
En lo concerniente a los hábitos en sus relaciones afectivo-sexuales, se preguntó por las prácticas más habituales de los componentes de la muestra. El 49,5% afirma que principalmente experimenta sexo vaginal, seguido de un 18,9% que practica habitualmente la masturbación y un 17,9% que niega el desarrollo de cualquiera de ellas en la actualidad (Ver Figura 20). Al comparar estos resultados con los obtenidos en otros estudios a nivel nacional, salta a la vista un importante cambio en la tendencia. La práctica más frecuente según dicho estudio era la masturbación (61,9%), seguido del sexo vaginal en un 55,6% de los encuestados y del sexo oral en un 49,5% ⁽⁴¹⁾.

FIGURA 20: PRÁCTICAS HABITUALES



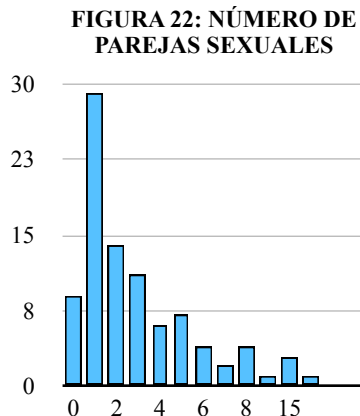
En cuanto a la frecuencia con la que mantienen relaciones sexuales en la actualidad, la mayoría ha respondido que no mantiene relaciones sexuales (25,3%), seguido de un 22,1% que las tiene de 1 a 2 días por semana y por un 16,3% que las experimenta 2 o 3 veces al mes (Ver Figura 21). Llama la atención la cercanía de estos resultados con los obtenidos por la SEC, que concluyó que el 32,4% de los jóvenes no había mantenido relaciones sexuales en los últimos meses ⁽⁴¹⁾.

FIGURA 21: FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES



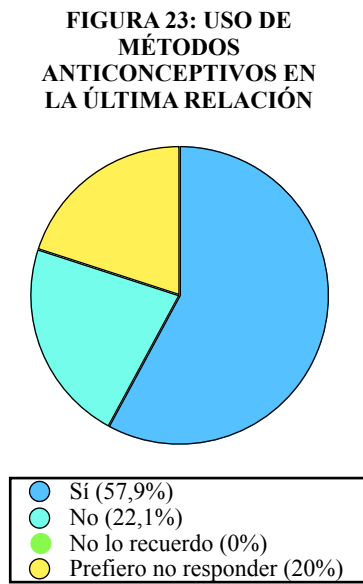
En lo que atañe al número de parejas diferentes con las que se han mantenido relaciones sexuales, el 30,5% de la muestra, tan sólo ha tenido una pareja, el 14,7% refiere haber tenido dos y un 11,6% afirma haber experimentado con tres parejas. Tan sólo un 29,6% de los encuestados refiere haber tenido más de 3 parejas sexuales. Por último, cabe destacar que un 13,7% de la muestra refiere no haber tenido parejas sexuales (Ver Figura 22). Si se contrastan estos datos en España en un estudio sobre actitudes y prácticas sexuales, se observa que la mayoría de

encuestados (40,5%) también referían haber tenido una única pareja sexual y tan sólo un 9,9% respondió con un valor superior a 10 ⁽⁵⁷⁾.



5.4 Prácticas Sexuales de Riesgo, Relaciones Sin Protección y Embarazo

La última vez que tuvieron relaciones sexuales, el 57,9% de los encuestados afirmó haber utilizado preservativo o algún otro método anticonceptivo, otro 22,1% contestó que no había hecho uso de ningún método anticonceptivo y el 20% restante de la muestra prefirió no responder a esta pregunta del cuestionario (Ver Figura 23). Si comparamos estos resultados con los obtenidos en el estudio HBSC-2018, un 74% respondió haberlos utilizado, otro 22,6% negó su uso y el 3,4% restante afirmó no saberlo ⁽⁴⁰⁾.

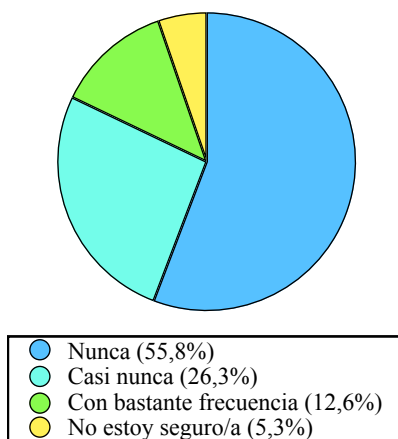


El 55,8% de la muestra afirma no mantener nunca relaciones sexuales sin el uso de un método anticonceptivo y un 12,6% dice que suele tenerlas sin emplearlos con bastante frecuencia (Ver Figura 24). En otra encuesta destinada al estudio de la sexualidad de los jóvenes españoles, se

preguntó a los componentes de la muestra si utilizaban métodos anticonceptivos en todas sus relaciones sexuales, obteniendo los siguientes resultados ⁽⁴¹⁾:

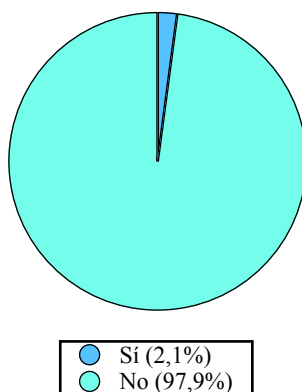
- El 23,6% de la muestra no utilizaba métodos anticonceptivos en todas sus relaciones.
- El 76,4% restante sí los empleaba.

FIGURA 24: FRECUENCIA DEL DESUSO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



En lo que se refiere a la tasa de embarazos de los componentes de la muestra, el 97,9% de los encuestados o sus parejas nunca han estado embarazadas (Ver Figura 25). Estos datos coinciden de forma inesperada con los obtenidos en un estudio andaluz, en el que un 95,1% no había sufrido ningún embarazo ⁽⁴⁰⁾.

FIGURA 25: EMBARAZOS

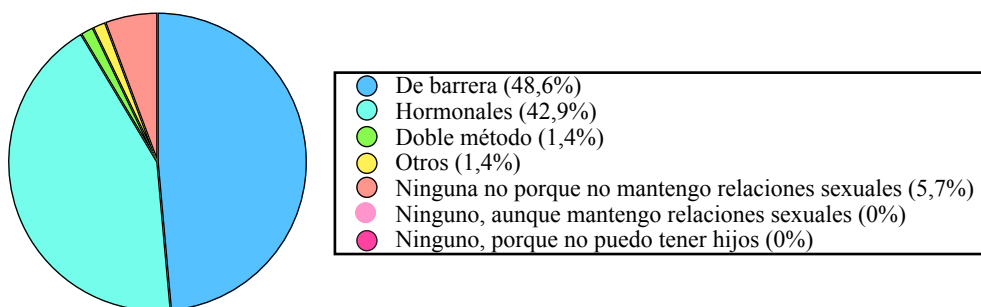


5.5 Métodos Anticonceptivos, Anticoncepción de Urgencia y Efectos de la Anticoncepción de Emergencia

Respecto al tipo de métodos anticonceptivos que más se utiliza, el 48,6% de los encuestados afirma utilizar principalmente los de barrera, seguido de un 42,9% que emplea hormonales y de un 1,4% que emplea el doble método (Ver Figura 26). Por último, el 5,7% restante

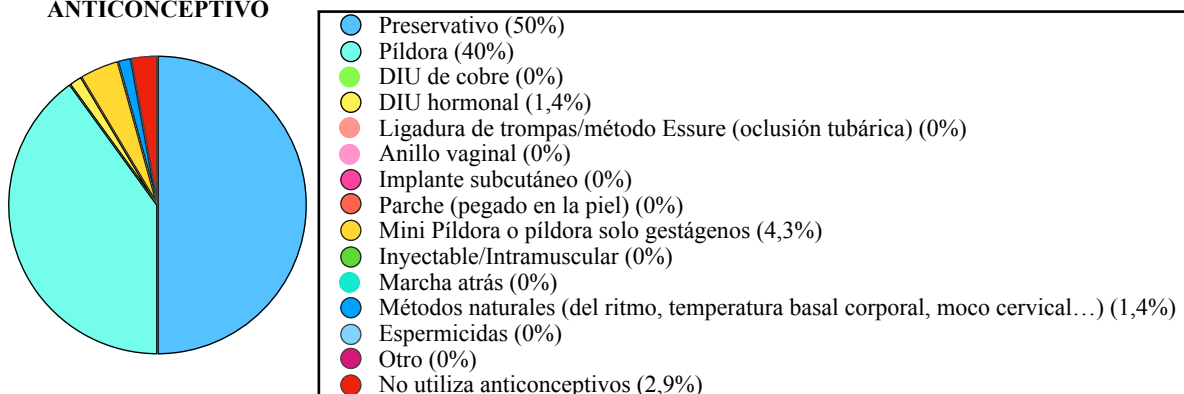
refiere no utilizar ninguno porque no tiene relaciones sexuales (4 personas). Al contrastar estos resultados con los publicados en otros documentos, se observa que los métodos de barrera son los más utilizados (38,1%), seguidos de los hormonales (27,6%), por lo que se puede concluir que la tendencia es bastante parecida, con un ligero aumento en el uso de ambos ⁽⁴¹⁾.

FIGURA 26: TIPO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



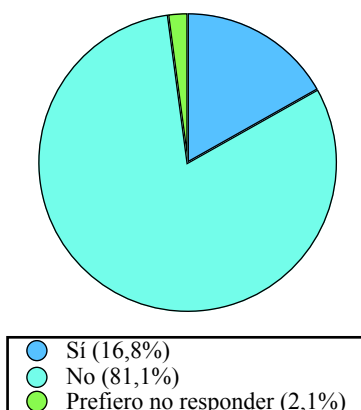
El método anticonceptivo más utilizado por la muestra es el preservativo (50%), seguido de la píldora anticonceptiva (40%) y, en tercer lugar, la Mini Píldora o píldora sólo gestágenos. A pesar de la gran variedad de métodos anticonceptivos disponibles, la mayor parte de la población continúa escogiendo las dos más clásicas: el preservativo y la píldora (Ver Figura 27). Según los resultados obtenidos por la SEC en su encuesta sobre anticoncepción del año 2020, el método más utilizado por las mujeres en edad fértil es el preservativo (31,3%) ⁽⁴²⁾, dato que también coincide con la muestra de este estudio.

FIGURA 27: PRINCIPAL MÉTODO ANTICONCEPTIVO



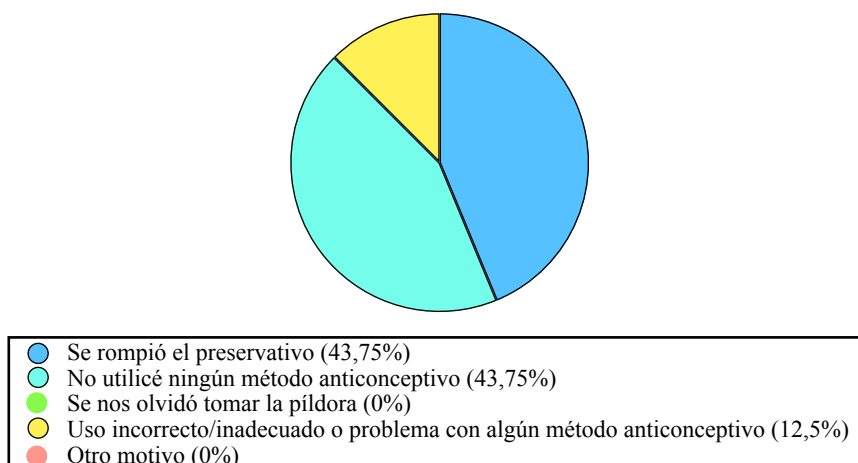
En lo que respecta a los métodos de anticoncepción de urgencia/emergencia, el 81,1% de la muestra afirma no haber tomado nunca la "píldora del día después" y un 16,8% si refirió haberla consumido alguna vez (Ver Figura 28). Si se comparan estos resultados con los obtenidos en otras investigaciones, hasta más de un 40% de las mujeres entre los 20 y los 39 años de edad, habían tenido que recurrir a la "píldora del día después" ⁽⁴²⁾.

FIGURA 28: USO DE LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS



Para aquellos componentes de la muestra que respondieron haberla consumido, el motivo más habitual fue la rotura del preservativo (43,75%), seguido de la ausencia de algún tipo de método anticonceptivo en la relación sexual con el mismo porcentaje de respuesta y de un 12,5% que refirió haber hecho un mal uso o haber tenido algún problema con el método anticonceptivo escogido (Ver Figura 29). La SEC en la encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en jóvenes españoles, concluyó que la principal razón que conducía al uso de “la píldora del día después” en la mayoría de las ocasiones era la rotura del preservativo (68,5%)⁽⁴¹⁾, resultado que concuerda con el de este estudio realizado con el alumnado encuestado.

FIGURA 29: RAZÓN DE USO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

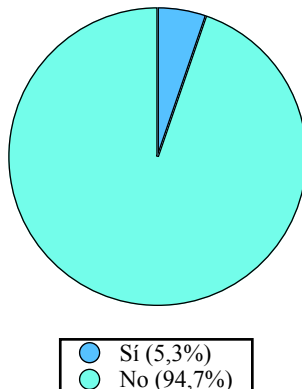


5.6 Infecciones de Transmisión Sexual

El 94,7% de los componentes de la muestra de estudio afirma que nunca le han diagnosticado una ITS a lo largo de su vida; sin embargo, el 5,3% restante si las ha padecido (Ver Figura 30). De acuerdo con los datos del INE en su estudio sobre salud y hábitos sexuales del año

2004, el 5,4% de la población que ha mantenido relaciones sexuales refirió que le habían diagnosticado alguna ITS a lo largo de su vida ⁽³⁸⁾; si se deduce este último porcentaje a este estudio, la tendencia de ITS sigue un curso semejante.

FIGURA 30: ITS



5.7 Conocimientos Generales Sobre Sexualidad

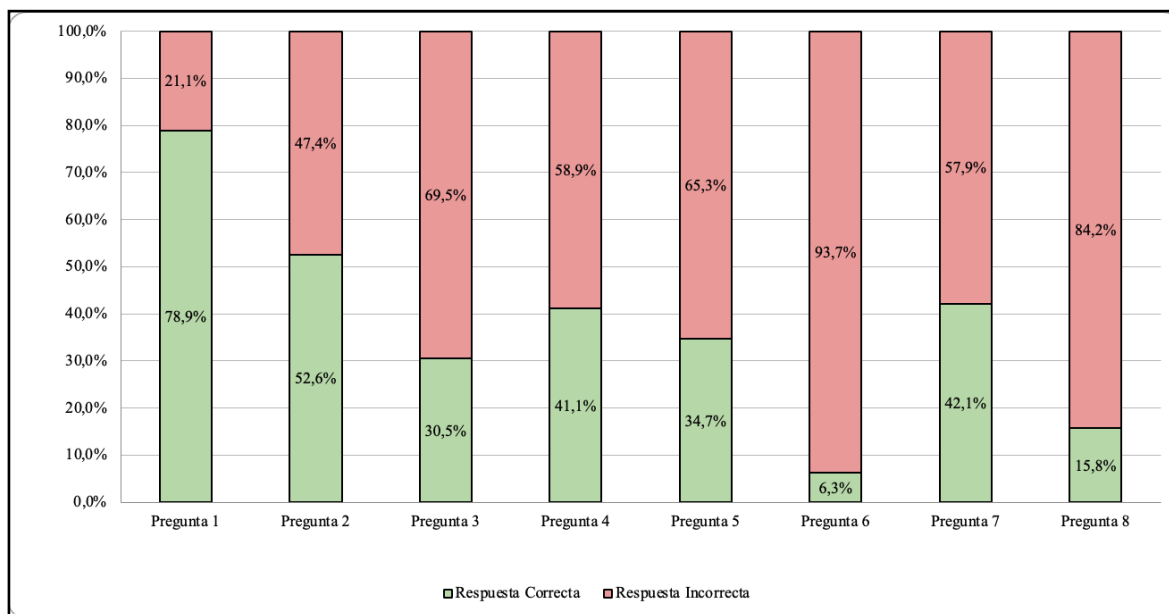
Al comenzar este bloque del cuestionario se realizaron varias preguntas extraídas del periódico *Heraldo de Aragón* ⁽⁵⁸⁾, y del cuestionario para adolescentes entre 13 y 18 años del IES Luis Cobiella Cuevas ⁽⁴⁴⁾, con la finalidad de evaluar el nivel de conocimientos de la muestra sobre Sexualidad, métodos anticonceptivos, conductas sexuales de riesgo e ITS.

En primer lugar, se comenzó preguntando a los componentes de la muestra, la valoración personal que realizaban de sus conocimientos. La mayoría afirmó tener un nivel medio-elevado (52,6%), seguido del nivel medio (33,7%) y, en tercer lugar, nivel elevado (7,4%).

Más de la mitad de la muestra contestó de manera adecuada (78,9%) a la primera pregunta de este bloque, en la que se afirmaba que las mujeres que tenían la regla no podían quedarse embarazadas, siendo la que mayor porcentaje de respuestas correctas obtuvo (falso). Asimismo, más de la mitad de los encuestados (52,6%) acertó la cuestión referida a la vida media de los espermatozoides; pudiendo tener relación con las materias impartidas en primero de enfermería. Sin embargo, por otro lado, sólo el 15,6% de la muestra afirma que existe una ley destinada a regular la Educación Afectivo-Sexual que se proporciona a los jóvenes y, sólo un 6% sabe cuál es la mejor estrategia para evitar el contagio de una ITS.

A nivel general, sólo el 40% de los encuestados contesta al menos al 50% de las preguntas correctamente (Ver Tabla 4). Siendo la puntuación media obtenida en el cuestionario de 3 [1-5] sobre 8 puntos (Ver Tabla 5).

Tabla 4: Porcentajes de Respuestas Correctas



5.8 Análisis del Efecto Sobre las Variables del Estudio

A nivel general, no se encuentran diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas entre el grupo que ha recibido Educación Afectivo-Sexual y el que no; solamente la edad es mayor de manera reseñable a nivel estadístico en el grupo que no recibió este tipo de formación (Ver Tabla 5).

Tabla 5: Correlación de las medidas de las diferentes variables en estudio según recibieran Educación Afectivo-Sexual

	Muestra (n=95)	Educación Afectivo-Sexual		Estadístico
		Si (n=69)	No (n=26)	P Valor
Edad (años)	19 [18-22]	18 [18-22]	20 [18-24]	0,002*
Parejas Sexuales (número)	2 [1-7]	2[0-6]	2[1-8]	0,228
Percepción del Nivel de Conocimientos (1-4 puntos)	3 [2-3]	3[2-3]	3[1-3]	0,277
Nivel de Conocimientos (0-8 puntos)	3 [1-5]	3[1-5]	3,5[1-5,3]	0,327
	Muestra (n=72)	Si (n=50)	No (n=22)	P valor
Edad Primera Relación Sexual (años) †	16,3 [±1,73]	16,2 [±1,69]	16,7 [±1,8]	0,259
Edad de la pareja en su primera relación sexual (años)	17 [15-22]	17[15-22]	17[16-22]	0,941
Satisfacción de la Primera relación Sexual (1-5 puntos)	2 [2-3]	3[1-4]	3[1-5]	0,995

Estadístico no paramétrico (U Mann-Whitney) y medida de dispersión (Me [P10-P90])
 † Estadístico paramétrico (T de Student) y medida de dispersión (Media [±DT])

Al indagar sobre el efecto de la Educación Afectivo-Sexual en los conocimientos de los encuestados en la temática del estudio. Se ha observado que no existen diferencias significativas entre el grupo de encuestados al que se le ha impartido y al que no ($p=0,327$). Este hecho supone una importante reflexión acerca del modelo educativo que se está utilizando. Algunos estudios han encontrado que la educación sexual efectiva en España puede ayudar a prevenir la violencia de género, reducir la tasa de embarazo adolescente y promover comportamientos sexuales saludables y responsables. Sin embargo, también se ha criticado la falta de recursos y la falta de educación sexual inclusiva, que aborde temas como la diversidad sexual y de género.

A pesar de que no se han encontrado diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas sobre conocimientos generales en sexualidad por los grupos que recibieron Educación Afectivo-Sexual y los que no, este hecho ha tenido un efecto pequeño (d de Cohen=0,2 η^2 al cuadrado=0,01) sobre la población de estudio (Ver Tabla 6) ⁽⁶¹⁾.

Tabla 6: Medida del efecto de la Educación Afectivo-Sexual en los factores de estudio

	Valor U Mann-Whitney	η^2 al cuadrado	d de Cohen	Interpretación del Efecto
Parejas sexuales	755,500	0,01	0,2	Pequeño
Percepción del nivel de conocimientos	779,500	0,01	0,2	Pequeño
Nivel de conocimientos	782,000	0,01	0,2	Pequeño
Edad de la pareja en su primera relación	544,000	0,00	0,0	Sin efecto
Satisfacción de la primera relación	549,000	0,00	0,0	Sin efecto
	Valor T de Student	η^2 al cuadrado	d de Cohen	Interpretación del Efecto
Edad de la primera relación sexual	-1,137	-	-0,3	Pequeño

De igual manera, no se hallaron relaciones entre haber recibido o no Educación Afectivo-Sexual y el uso de métodos anticonceptivos, el padecimiento de alguna ITS o haberse quedado embarazada (Ver Tabla 7).

Tabla 7: Relación entre las variables y la Educación Afectivo-Sexual

	Respuesta	Educación Afectivo-Sexual		Estadístico
		Si (n=69)	No (n=26)	P Valor
Uso de método anticonceptivo regular	No	10,5 %	3,2 %	0,760
	Si	52,6 %	18,9 %	
	Prefiero no responder	9,5 %	5,3 %	
Empleo de método anticonceptivo en la última relación sexual	No	14,7 %	7,4 %	0,760
	Si	43,2 %	14,7 %	
	Prefiero no responder	14,7 %	5,3 %	
Uso de anticoncepción de emergencia	No	58,9 %	22,1 %	0,774
	Si	12,6 %	4,2 %	
	Prefiero no responder	1,1 %	1,1 %	
Embarazo del encuestado/a o su pareja	No	71,6 %	26,3 %	0,475
	Si	1,1 %	1,1 %	
Infección de transmisión sexual	No	68,4 %	26,3 %	1,000
	Si	4,2 %	1,1 %	
<i>Estadístico exacto de Fisher</i>				

NOTA: Todas las tablas mostradas anteriormente han sido de elaboración propia.

5.9 Limitaciones del estudio

Las limitaciones del estudio son aquellas condiciones del diseño, los métodos o incluso de los datos recabados que pueden afectar o influir en la posterior interpretación de los resultados ⁽⁵⁹⁾. En el caso de particular de este estudio han sido las siguientes ⁽⁶⁰⁾:

- Sesgo de autoselección. Se ha podido cometer debido a que los sujetos que han decidido participar en el estudio lo han hecho voluntariamente y sin ningún proceso de selección previo. Además, el tipo de muestreo que ha sido por conveniencia limita la extrapolación de los resultados del estudio a otras poblaciones.
- Sesgo de membresía o pertenencia. Para el desarrollo del presente estudio se ha trabajado con un grupo preexistente (estudiantes de primero de enfermería), por lo que no se han formado de manera aleatoria.
- Sesgo de atención o efecto Hawthorne. Es posible que los participantes hayan modificado sus respuestas al saber que estaban siendo estudiadas.
- Sesgo de deseabilidad social u obsequiosidad. No se descarta que los encuestados hayan orientado sus respuestas para dar una mejor imagen social de sí mismos.

- Sesgo de análisis. Se han podido cometer errores en el análisis de los resultados de la muestra.

Con la muestra obtenida, las comparaciones entre grupos tienen una potencia (1-beta) del 47,1% para rechazar una hipótesis nula (la Educación Afectivo-Sexual no tiene efecto sobre los conocimientos de los alumnos de enfermería). Asumiendo el efecto d de Cohen (0,2) sobre la muestra, para obtener una potencia del 80% se debe alcanzar los 173 individuos en cada grupo a comparar, como tamaño muestral ⁽⁶¹⁾.

6. CONCLUSIÓN

El perfil socio-demográfico de los encuestados son mujeres de 18 años que provienen de una familia con estudios universitarios y un nivel socio-económico medio. La valoración que le dan los propios estudiantes a la Educación Afectivo-Sexual que han recibido es medio-baja. La mayor parte de los encuestados no la ha valorado de utilidad y considera que no se ha desarrollado con la frecuencia y duración necesarias.

Las principales fuentes de información afectivo-sexual de los componentes de la muestra son internet y los amigos/as; llama especialmente la atención la baja relevancia/importancia que tienen los profesionales sanitarios (médico/a, matron/a, enfermero/a u otro personal del ámbito) a la hora de impartir esta formación.

En lo que respecta a los hábitos y prácticas sexuales más frecuentes de los estudiantes, se encuentra el sexo vaginal y la masturbación. Usando preferentemente el preservativo como método anticonceptivo de elección, seguido de la píldora anticonceptiva. En cuanto a las ITS, un porcentaje muy bajo de la muestra refiere haber padecido alguna.

Además, cabe destacar que menos de la mitad de los encuestados han tenido relaciones sexuales sin protección alguna vez o con cierta frecuencia. Teniendo que recurrir en pocas ocasiones a la anticoncepción de emergencia o llegado el caso a la interrupción legal del embarazo.

El nivel de conocimientos de la muestra en lo que se refiere a la sexualidad es medio bajo, no encontrando diferencias entre el grupo que ha recibido Educación Afectivo-Sexual y el que no. Además, el impacto de ésta es pequeño sobre los distintos aspectos estudiados de la sexualidad de la muestra.

A la luz de los resultados obtenidos se puede decir que la vivencia de la sexualidad de los estudiantes de primero del Grado en Enfermería de la ULL, es similar a la de los jóvenes españoles de los estudios comparados en la presente investigación. Sería recomendable implantar y evaluar modelos de educación afectivo-sexual que mejoren la vivencia de la sexualidad de los jóvenes y adolescentes. Es trascendental una educación sexual que tenga un verdadero impacto sobre la salud sexual y reproductiva, que evite embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, así como el fomento de las relaciones sexuales más seguras, responsables y satisfactorias.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. Who. Int. World Health Organization; 20 de septiembre de 2017 [Consultado 28 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
2. Brown GR. Generalidades sobre la sexualidad. [Internet]. Manual MSD versión para profesionales [Actualizado Mar 2022; consultado 28 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-es/professional/temas-especiales/sexualidad/generalidades-sobre-la-sexualidad>
3. González E. Educar en la afectividad. Facultad de Educación. Universidad Complutense. Madrid. 2022 [Consultado 29 Nov 2022]. Disponible en: <http://www.surgam.org/>
4. Woods SG. Todo lo que necesitas saber de las enfermedades de transmisión sexual. New York: The Rosen Publishing Group; 2002 [Consultado 1 Dic 2023]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?id=F62rbv94v6QC&printsec=copyright#v=onepage&q&f=false>
5. Álvarez CC. Comunicación y sexualidad. Enferm Glob [Internet]. 2010 [Consultado 1 Dic 2022]; (19):0-0. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200018
6. García MS. Guía básica sobre diversidad sexual y de género. Navarra [Internet]. 2020 [Consultado 1 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.igualdadnavarra.es/imagenes/documentos/-235-f-es.pdf>
7. Cortes A, Pérez D, Aguilar J, Valdés M, Taboada B. Orientación sexual en estudiantes adolescentes. Rev Cub Med Gen Integral [Internet] 1998 [Consultado 2 Dic 2022]; 14 (5): 450-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251998000500008&script=sci_arttext&tlng=pt
8. Bullough VL. Sex Will Never be the Same: The Contributions of Alfred C. Kinsey. Arch Sex Behav [Internet]. 2004 [Consultado 2 Dic 2022]; 33 (3): 277-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15129046/>
9. Organización Mundial de la Salud. Salud Sexual. [Internet]. Ginebra: OMS; c2021 [Actualizado en 2022; consultado 3 Dic 2022]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_3
10. Comisión de Derechos Humanos de México. Derechos sexuales y reproductivos. [Internet]. Ciudad de México: CDHM; [Consultado 3 Dic 2022]. Disponible en: <https://hchr.org.mx/historias-destacadas/derechos-sexuales-y-reproductivos-2/>
11. Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev Perú Med Exp. Salud Pública 2013; 30 [Consultado 3 Dic 2022]. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpmesp/v30n3/a14v30n3.pdf
12. Falke GO, Pellegrino JV. Salud integral del joven y del adolescente. Medicina Preventiva y social. Rev Asoc Méd Argent. 2020; 133 [Consultado 4 Dic 2022]. Disponible en: http://ama-med.org.ar/uploads_archivos/2022/Rev-4-2020_pag-24-29_Falke.pdf

13. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong. Enfermería pediátrica. 11a ed. Barcelona: Elsevier España; 2019. 1742 p. Disponible en: <https://www.elsevier.com/books/wong.-enfermeria-pediatica/978-84-9113-512-8>
14. Embarazo en la Adolescencia [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2022 [Consultado 5 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
15. Organización de Mujeres de STES·I. Guía de Corresponsabilidad. La corresponsabilidad también se enseña [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2013 [Consultado 5 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEducacion/MaterialesDidacticos/docs/GuiaCorresponsabilidad.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; c2022 [Consultado 5 Dic 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
17. Belda J, Colomo C, Díaz A, Díez M, Ezpeleta G et al. Infecciones de Transmisión Sexual: Diagnóstico. tratamiento, prevención y control. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2011 [Consultado 5 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
18. Vela E, Millán AT, Gama GA. Las ITS se disparan más de un 100%: “La globalización, las redes sociales y la pérdida del uso del preservativo son cada vez mayores”. El Mundo; 2022 [Consultado 6 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/08/21/62fce605e4d4d8ab648b459f.html>
19. Rodríguez GS. La Educación Afectivo-Sexual en Educación Primaria. San Cristóbal de La Laguna; 2020 [Consultado 6 Dic 2022]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/20123>
20. Zapiain JG. Anuario de Sexología A.E.P.S. Valladolid; 2000 [Consultado 7 Dic 2022]. Disponible en: <https://aeps.es/publicaciones-aeps/anuarios-aeps/>
21. Martínez FP. Los valores en la LOGSE y sus repercusiones educativas. Granada; 1996 [Consultado 8 Dic 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=125288>
22. Regueriro PD. La Ley Orgánica de Calidad de la Educación: análisis crítico de la nueva reforma educativa española. Rev Elec Inv Edu. 2003 [Consultado 8 Dic 2022]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412003000100003
23. Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación. Boletín Oficial del Estado núm. 106; 2006 [Consultado 8 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es>
24. Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa. Boletín Oficial del Estado núm. 295; 2013 [Consultado 8 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es>

25. Principios y fines del sistema educativo español. Educagob. Portal del Sistema Educativo Español. Ministerio de Educación y Formación Profesional [Consultado 9 Dic 2022]. Disponible en: <https://educagob.educacionyfp.gob.es/lomloe/principios-fines.html#>
26. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública. Madrid; 2022 [Consultado 9 Dic 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
27. UNESCO. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. Ginebra; 2018 [Consultado 9 Dic 2022]. Disponible en: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335>
28. Sevilla DH. Diseño, aplicación y evaluación del Programa “SOMOS” de educación sexual para educación secundaria obligatoria. Burgos; 2011 [Consultado 10 Dic 2022]. Disponible en: <https://riubu.ubu.es/handle/10259/5355>
29. Universidad de La Laguna. Nuestra historia. [Internet]. [Actualizado Sept 2022; consultado 10 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/portal/225aniversario/nuestra-historia/>
30. Agencia Canaria de Investigación, Innovación y Sociedad de la Información. Universidad de La Laguna (ULL). [Internet]. [Actualizado Ene 2018; consultado 11 Mar 2023]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/aciisi/obidic/agentes/generacion-de-conocimiento-tecnologias/universidades?view=article&id=125:universidad-de-la-laguna-ull&catid=14>
31. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 2960/1977, de 28 de octubre, por el que se regula el acceso a determinados ámbitos de la función pública de los nacionales de los demás Estados miembros de las Comunidades Europeas. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 1977 Nov 26 [Consultado 13 Mar 2023]; (283): 25987-25989. Disponible en: <https://www.boe.es>
32. Diario Enfermero. 1917-2017: 40 años de enfermería en la universidad. [Internet]. [Actualizado Sept 2017; consultado 13 Mar 2023]. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/1917-2017-40-anos-de-enfermeria-en-la-universidad/>
33. Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Boletín Oficial del Estado [Internet]. 2008 Feb 27 [Consultado 14 Mar 2023]; (50): 10349-10405. Disponible en: <https://www.boe.es>
34. Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería. Descripción del título. [Internet]. [Actualizado Jul 2019; consultado 15 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/grados/enfermeria/informacion-academica/descripcion-del-titulo/>
35. Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería. Estructura del plan de estudios. [Internet]. [Actualizado Jul 2019; consultado 15 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/grados/enfermeria/plan-de-estudios/estructura-del-plan-de-estudios/>

36. Fisterra. Determinación del tamaño muestral. [Internet]. [Actualizado May 2021; consultado 17 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/determinacion-tamano-muestral/>
37. Universidad de Valencia. Instituto de Investigación en Salud. Diseño de un estudio. [Internet]. [Actualizado Sept 2014; consultado 17 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm>
38. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de población activa (EPA). [Internet]. [Actualizado Mar 2022; consultado 18 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es>
39. School Education Gateway. Survey on sex education in European schools. [Internet]. [Actualizado May 2018; consultado 20 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.schooleducationgateway.eu/es>
40. Ministerio de Sanidad. Encuesta Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) España 2018. [Internet]. [Actualizado Dic 2019; consultado 21 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es>
41. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en jóvenes españoles 2019. [Internet]. [Actualizado Nov 2019; consultado 21 Mar 2023]. Disponible en: <https://hosting.sec.es>
42. Sociedad Española de Contracepción. Encuesta Nacional sobre Anticoncepción 2020. Madrid: SEC; 2020. Disponible en: <https://hosting.sec.es>
43. González-Rivera JA, Alonso-Compás MM, Fernández-García P, et al. Influencia de la educación sexual en el uso del preservativo en jóvenes universitarios. Gac Sanit. 2018; 32(1): 40-44. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272018000100408
44. García-Diéguez J, Hernández-Morales Y. Nivel de conocimiento que tienen los adolescentes del IES Luis Cobiella Cuevas sobre las ITS. La Laguna (Tenerife): Universidad de La Laguna; 2017 [Consultado 23 Mar 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es>
45. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. Madrid: Boletín Oficial del Estado; 6 de diciembre de 2018 [Consultado 25 Mar 2023]; (294): 119778-857. Disponible en: <https://www.boe.es>
46. IBM. IBM SPSS Statistics [Internet]. Armonk, NY: IBM; [sin fecha de publicación; consultado 25 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ibm.com/es-es/products/spss-statistics>
47. IBM. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test [Internet]. Armonk, NY: IBM; [Actualizado en 2021; consultado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/saas?topic=tests-one-sample-kolmogorov-smirnov-test>
48. Fisterra. Asociación entre variables cualitativas. Test Chi cuadrado [Internet]. Fisterra; [Actualizado en 2017; consultado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/asociacion-variables-cualitativas-test-chi-cuadrado/>

49. Fisterra. Asociación entre variables cualitativas. Test exacto de Fisher y test de McNemar [Internet]. Fisterra; [Actualizado en 2017; consultado 27 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/formacion/metodologia-investigacion/asociacion-variables-cualitativas-test-exacto-fisher-test-mcnemar/>
50. IBM. Mann-Whitney U Test [Internet]. Armonk, NY: IBM; [Actualizado en 2021; consultado 29 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ibm.com/docs/es/spss-statistics/beta?topic=tests-mann-whitney-u-test>
51. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud Sexual [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2019 [Consultado 30 Mar 2023]. Disponible en: <https://www.ine.es>
52. Fundación "la Caixa". La sexualidad humana. Barcelona: Fundación "la Caixa"; 2005 [Consultado 1 Abr 2023]. Disponible en: https://fundacionlacaixa.org/documents/10280/240906/es05_esp.pdf/4ee35b93-db8a-44f9-b9c8-7c129645e328
53. Ministerio de Igualdad. La sexualidad de las mujeres jóvenes: una aproximación a través de sus prácticas y discursos. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2009 [Consultado 1 Abr 2023]. Disponible en: https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaEstudiosInvestigacion/docs/Estudios/La_sexualidad_de_las_mujeres_jovenes.pdf
54. Save the Children España. Informe: Desinformación sexual, pornografía y adolescencia. Madrid: Save the Children España; 2021 [Consultado 2 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia>
55. El País. El 82,7% de los jóvenes españoles se declara heterosexual, 11 puntos menos que la media de la población, según el CIS [Internet]. 29 de junio de 2021 [Consultado 2 Abr 2023]. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-06-29/el-827-de-los-jovenes-espanoles-se-declara-heterosexual-11-puntos-menos-que-la-media-de-la-poblacion-segun-el-cis.html>
56. Centro de Investigaciones Sociológicas. Barómetro de mayo de 2022 [Internet]. Madrid; 2022 [Consultado 3 Abr 2023]. Disponible en: https://www.cis.es/cis/open/cm/ES/1_encuestas/estudios/ver.jsp?estudio=9882
57. Heraldo Joven. ¿Cuánto sabes sobre sexo? [Internet]. Periódico Heraldo de Aragón. 2020 [Consultado 3 Abr 2023]. Disponible en: <https://www.heraldo.es/noticias/sociedad/2020/01/29/cuanto-sabes-sobre-sexo-1355783.html>
58. Espinosa-Montero J, Rodríguez-Carmona Y, Díaz-García J, Santillán-Doherty P. Estudio sobre la prevalencia de infecciones de transmisión sexual en estudiantes universitarios. International Journal of Morphology [Internet]. 2015 [Consultado 4 Abr 2023]; 33 (3): 1064-72. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v33n3/art56.pdf>
59. OpoVirtual. Sesgos en la investigación [Internet]. [Actualizado 2 May 2021; consultado 5 Abr 2023]. Disponible en: <https://opovirtual.com/sesgos/>
60. Universitat Oberta de Catalunya. Módulo 4: Educación afectivo-sexual [Consultado 5 Abr 2023]. Disponible en: http://cv.uoc.edu/UOC/a/moduls/90/90_166d/web/main/m4/31a.html

61. Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191. Disponible en: <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>
62. Psychometrica. Effect Size Calculators [Internet]. [Consultado 30 Abr 2023]. Disponible en: https://www.psychometrica.de/effect_size.html.

8. ANEXOS

ANEXO I: ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Fecha	Base de datos	Ecuación de búsqueda	Artículos buscados	Artículos seleccionados	Límites de búsqueda
23/10	CINAHL	“Educación sexual”	830	9	-Texto completo en español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
23/10	CINAHL	“Educación sexual en adolescentes”	5	0	-Texto completo en español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
23/10	CINAHL	“Prácticas sexuales de riesgo”	13	1	-Texto completo en español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
23/10	CINAHL	“Riesgos para la salud sexual y reproductiva”	3	0	-Texto completo en español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
24/10	Medline	“Enfermedades de Transmisión Sexual”	59	2	-Idioma: español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
24/10	Medline	“Educación sexual” AND “Enfermedades de Transmisión sexual”	2	0	-Texto completo en español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
24/10	Medline	“Incidencia de las infecciones de transmisión sexual” AND “Adolescentes”	40	3	-Idioma: español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
24/10	Medline	“Educación afectivo-sexual”	13	0	-Idioma: español e inglés -Resumen disponible -Antigüedad <10 años
25/10	Dialnet	“Educación afectivo-sexual en adolescentes”	232	12	No limitada
25/10	Dialnet	“Conductas sexuales de riesgo en adolescentes”	393	9	No limitada
25/10	Dialnet	“Enfermedades de Transmisión Sexual en Adolescentes”	146	11	No limitada

26/10	<i>Cochrane Plus</i>	“Salud sexual y reproductiva” AND “Anticoncepción”	51	2	-Idioma: español -Antigüedad <10 años
26/10	<i>Cochrane Plus</i>	“Salud sexual y reproductiva” AND “Infecciones de transmisión sexual”	26	1	-Idioma: español -Antigüedad <10 años
27/10	<i>PubMed</i>	“Salud sexual y reproductiva en adolescentes”	16	0	-Idioma: español e inglés -Antigüedad <10 años
27/10	<i>PubMed</i>	“Educación afectivo-sexual”	2	1	-Idioma: español e inglés -Antigüedad <10 años
27/10	<i>PubMed</i>	“Métodos anticonceptivos”	39	7	-Idioma: español e inglés
28/10	<i>PubMed</i>	“Anticoncepción de emergencia”	21	3	-Idioma: español e inglés
28/10	<i>PubMed</i>	“Enfermedades de Transmisión Sexual”	47	0	-Idioma: español e inglés -Antigüedad <10 años

ANEXO II: CUESTIONARIO DE SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

BLOQUE 1: Perfil socio-demográfico

1. Sexo.
2. Edad (en años).
3. Estrato socioeconómico familiar.
4. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios de enseñanza general y/o formación profesional que ha terminado su padre? ⁽³⁸⁾.
5. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios de enseñanza general y/o formación profesional que ha terminado su madre? ⁽³⁸⁾.
6. Antes de comenzar sus estudios universitarios, ¿Recibió algún tipo de Educación Afectivo-Sexual en sus anteriores etapas formativas?

BLOQUE 2: Educación Afectivo-Sexual y Fuentes de Información

7. ¿En cuál de sus anteriores etapas formativas (Primaria, ESO, Bachillerato...) recibió Educación Afectivo-Sexual?
8. En términos generales ¿Considera que le fue útil y, qué se impartió con la frecuencia y duración necesarias?
9. En una escala del 1 a 4, señale en qué grado considera que le ha sido útil la Educación Afectivo-Sexual recibida.
10. ¿Qué temas trataron en su centro formativo durante estas actividades/iniciativas destinadas a proporcionar una adecuada Educación Afectivo-Sexual? ⁽³⁹⁾.
11. ¿Qué mejoras implementaría en la Educación Afectivo-Sexual que recibió o que le gustaría haber obtenido durante su formación educativa previa a la universidad?
12. Desde su punto de vista, ¿A qué edad considera que se debería hablar de salud sexual y reproductiva con los jóvenes en los centros educativos? ⁽³⁹⁾.
13. En su caso, ¿Cuál ha sido la principal fuente de información en materia Afectivo-Sexual? ⁽³⁸⁾.
B. Enumere cuáles han sido sus otras fuentes de información en materia afectivo-sexual ⁽³⁸⁾.
14. ¿De qué otra fuente de información (persona o medio) hubiera preferido aprender acerca de temas sexuales? ⁽³⁸⁾.

BLOQUE 3: Sexualidad, Relaciones Sexuales, Ausencia de Relaciones Sexuales Completas y Hábitos en sus Relaciones Afectivo-Sexuales

15. ¿Con qué orientación sexual se siente más identificado? ⁽⁸⁾.
B. En términos generales, ¿Cómo definiría su orientación sexual?
16. ¿Se identifica con el género de sus órganos sexuales? ⁽⁴¹⁾.
17. ¿Ha tenido alguna vez relaciones sexuales completas? ⁽⁴⁰⁾.
18. ¿Qué edad tenía cuando tuvo su primera relación sexual completa? ⁽⁴⁰⁾.
19. Indique la edad de la pareja con la que mantuvo su primera relación sexual completa (con penetración) ⁽⁴¹⁾.
20. ¿Cómo considera que fue para usted aquella primera relación sexual completa? ⁽⁴¹⁾.
21. ¿Qué relación tenía en ese momento con esa persona? ⁽⁴¹⁾.
22. ¿Cuál fue el principal motivo de aquella primera relación sexual? ⁽⁴¹⁾.
23. ¿Cuál ha sido la principal razón por la que no ha mantenido nunca relaciones sexuales coitales (con penetración)? ⁽⁴¹⁾.
B. ¿Qué otros motivos pueden haber influido en que nunca haya mantenido relaciones sexuales coitales (con penetración)? ⁽⁴¹⁾.

24. ¿Cuál es su actual situación sentimental? ⁽³⁸⁾.
25. ¿Cuál de las siguientes prácticas realiza principalmente? ⁽⁴¹⁾.
B. ¿Qué otras prácticas suele realizar habitualmente? ⁽⁴¹⁾.
26. Frecuencia con la que mantiene relaciones sexuales en la actualidad (completas o no) ⁽⁴²⁾.
27. Actualmente, ¿Cómo son sus relaciones sexuales? ⁽⁴¹⁾.
28. ¿Con cuántas parejas diferentes ha tenido relaciones sexuales a lo largo de su vida?

BLOQUE 4: Métodos Anticonceptivos, Anticoncepción de Urgencia y Efectos de la Anticoncepción de Emergencia.

29. ¿Suele utilizar algún tipo de método anticonceptivo en sus relaciones sexuales? ⁽⁴²⁾.
30. ¿Qué tipo de métodos anticonceptivos utiliza habitualmente? ⁽⁴¹⁾.
31. ¿Qué método anticonceptivo utiliza principalmente? ⁽⁴²⁾.
32. ¿Ha tomado alguna vez la “píldora del día después”? ⁽⁴⁰⁾.
33. ¿Cuántas veces la ha utilizado en el último año? ⁽⁴¹⁾.
34. ¿Por qué motivo necesitó utilizar “la píldora del día después”? ⁽⁴¹⁾.
35. ¿Conoce los posibles efectos secundarios del consumo de este tipo de anticonceptivos de emergencia?, ¿Alguna vez los ha experimentado?

BLOQUE 5: Prácticas Sexuales de Riesgo, Relaciones Sin Protección y Embarazo

36. La última vez que tuvo relaciones sexuales, ¿Utilizó preservativo o algún otro método de anticoncepción? ⁽⁴⁰⁾.
37. ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales sin el uso de un método anticonceptivo? ⁽⁴²⁾.
38. ¿Por qué no utiliza método anticonceptivo siempre? ⁽⁴¹⁾.
39. ¿Alguna vez usted o su pareja ha estado embarazada?
40. ¿Cuántas veces ha estado embarazada usted o su pareja? ⁽⁴⁰⁾.
41. ¿Cuál ha sido su actuación ante esta circunstancia?

BLOQUE 6: ITS

42. ¿Le han diagnosticado a lo largo de su vida alguna Infección de Transmisión Sexual (ITS)?
43. ¿Cuál de las siguientes ITS se le ha diagnosticado a lo largo de su vida? ⁽³⁸⁾.
44. ¿Cuánto tiempo hace que tuvo la ITS? ⁽³⁸⁾.

BLOQUE 7: Conocimientos Generales

45. ¿Qué nivel de conocimientos considera que tiene sobre sexualidad, métodos anticonceptivos, conductas sexuales de riesgo e ITS? ⁽⁴³⁾.
46. Una mujer no puede quedarse embarazada si está con la regla ⁽⁵⁸⁾.
47. ¿Cuánto tiempo aproximadamente pueden sobrevivir los espermatozoides en el cuerpo tras una eyaculación? ⁽⁵⁸⁾.
48. ¿Cuál es la vida útil promedio de un preservativo? ⁽⁵⁸⁾.
49. ¿Qué hormona libera el cerebro durante la excitación sexual? ⁽⁵⁸⁾.
50. ¿Cuál es la ITS con mayor incidencia en nuestro país? ⁽⁵⁸⁾.
51. ¿Cuál sería la mejor estrategia para evitar el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS)? ⁽⁴⁴⁾.
52. ¿Qué factores favorecen la transmisión de este tipo de infecciones? ⁽⁴⁴⁾.
53. ¿Sabe si actualmente, en España, existe alguna Ley educativa que incluya la Educación Afectivo-Sexual como parte importante de los programas formativos?

