



Sección de Enfermería
Universidad de La Laguna

La presencia de una “relajación social” en la prevención de infecciones de transmisión sexual en la población adolescente canaria

Trabajo de Fin de Grado

Autor: Juan Miguel Viera Torres

Tutora: Margarita Hernández Pérez

Titulación: Grado en Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud:

Sección de Enfermería

Sede: Tenerife

Universidad de La Laguna

Junio 2020

RESUMEN

Los distintos sistemas de vigilancia epidemiológica muestran un importante incremento de casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) en adolescentes de nuestro país. Los estudios más recientes atisban una preocupante relajación social por parte de los adolescentes en aspectos relacionados con la prevención de ITS.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar las conductas sexuales y conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS en los adolescentes escolarizados de Canarias, con el fin de conocer la realidad conductual de este grupo poblacional. Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal llevado a cabo como experiencia piloto en un centro educativo de la isla de Tenerife (Canarias, España). Para ello se utilizó un cuestionario con 38 ítems donde se incluyen variables sociodemográficas, así como otras relacionadas con experiencias, conductas y salud sexual, conocimientos sobre ITS y sexualidad.

En cuanto a los resultados obtenidos podemos señalar que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales es de 15,7 años y la media de parejas sexuales de 3,82. Asimismo, un 20,5% no utilizó preservativo en su primera relación sexual y el 31,8% no lo hizo en la última. La media de aciertos en cuestiones sobre ITS, sexualidad y anticoncepción fue de 82,24%, y el 79,6% recibió información sanitaria.

Como conclusión, podemos decir que los jóvenes adolescentes participantes de este estudio llevan a cabo conductas sexuales de riesgo, a pesar de haber recibido información acerca de la sexualidad, anticoncepción e ITS, y manifestar un buen nivel de conocimientos sobre dichas materias, lo que confirma la sospecha de cierta relajación social.

Palabras clave: adolescentes, sexualidad, conductas sexuales, infecciones de transmisión sexual, VIH.

ABSTRACT

Different epidemiological vigilance systems show an important increase of sexually transmitted infections (STIs) cases in teenagers in Spain. The most recent studies give a glimpse of a worrying easing by teenagers in some aspects related to the prevention of STIs.

This paper aims to analyze the sexual behavior and knowledge about sex, contraception, and prevention of STIs in teenagers attending school in the Canary Islands, with the purpose of recognizing the real behaviour of this population group. Moreover, this paper considers an observational, descriptive, and cross-sectional study

conducted as a pilot experience in a school in Tenerife (Canary Islands, Spain). In order to do so, a questionnaire with 38 items will be used, which will include socio-demographic variables, as well as others related to sexual experiences, behaviours and health, knowledge about STIs, and sexuality.

Regarding the results obtained, we can highlight that the average age at which teenagers have their first sexual relation is 15,7 years old, and the average number of sexual partners is 3,82. Additionally, 20,5% of the teenagers did not use a condom in their first sexual relation, and 31,8% did not use one in their last sexual relation. On the students surveyed on STIs, sexuality and contraception, the average score received was 82,24%, yet only 79,6 received health information.

In conclusion, it can be stated that the teenagers who participated in this study undergo risky sexual behaviors, despite having received information about sexuality, contraception, and STIs. The demonstration of a high level of knowledge about these topics shows a certain social relaxation.

Keywords: teenagers, sexuality, sexual behavior, sexually transmitted infections, HIV

	Pág.
ÍNDICE	
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Marco teórico.....	1
1.1.1. La adolescencia como un factor de riesgo.....	1
1.1.2. Conceptualización de las infecciones de transmisión sexual.....	4
1.2. Antecedentes y estado actual del tema.....	8
1.2.1. Transición epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual.....	8
1.2.2. El comportamiento sexual de los adolescentes.....	8
1.2.3. Situación epidemiológica.....	10
1.2.3.1. <i>Situación epidemiológica en Europa</i>	10
1.2.3.2. <i>Situación epidemiológica en España</i>	10
1.2.3.3. <i>Situación epidemiológica en Canarias</i>	11
1.2.4. Planes estratégicos.....	12
1.2.4.1. <i>Plan estratégico de la OMS: hacia el fin de las ITS</i>	12
1.2.4.2. <i>Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS</i>	13
1.2.4.3. <i>Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva</i>	14
2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS	16
2.1. Justificación del problema.....	16
2.2. Objetivo general.....	16
2.3. Objetivos específicos.....	16
3. HIPÓTESIS	16
4. METODOLOGÍA	17
4.1 Tipo de estudio.....	17
4.2 Población y muestra.....	17
4.3. Criterios de inclusión/exclusión.....	17
4.4. Variables e instrumento de medida.....	17
4.5. Recogida de datos.....	18
4.6. Análisis estadístico de los datos.....	18
4.7. Aspectos éticos.....	19
4.8. Limitaciones del estudio.....	19
5. RESULTADOS Y DICUSIÓN	20
5.1. Proporción de jóvenes que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.....	20
5.2. Nivel de conocimiento y conductas sexuales de riesgo.....	21
5.3. Motivos más frecuentes por los que se llevan a cabo conductas de riesgo.....	22
5.4. Principales fuentes de información en materia de salud sexual.....	22
6. CONCLUSIONES	24
6.1. Conclusiones generales.....	24
6.2. Soluciones a la problemática.....	24
7. BIBLIOGRAFÍA	26
8. ANEXOS	29

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco teórico

1.1.1. La adolescencia como un factor de riesgo

Pubertad y adolescencia son términos que suelen tratarse conjuntamente, sin embargo, se hace imprescindible destacar las características diferenciales propias.

La pubertad hace referencia al proceso en el que tienen lugar cambios físicos y psicológicos, mediante los cuales el cuerpo del niño se transforma en adulto, capacitándolo así para la reproducción sexual. Durante la primera etapa de la pubertad se acelera el crecimiento físico, pero no alcanza el máximo desarrollo hasta el final. Las diferencias corporales entre niñas y niños antes de que tenga lugar la pubertad son, prácticamente, a nivel de sus genitales; sin embargo, una vez finalizada la pubertad, encontraremos grandes diferencias en el tamaño, forma, composición y desarrollo funcional de sus sistemas y estructuras corporales, siendo las más evidentes las características sexuales secundarias.

Por lo tanto, en el sentido más estricto, la pubertad hace referencia a los diferentes cambios corporales en el proceso de maduración sexual, más que los cambios psicosociales y culturales. Estos últimos son más característicos de la adolescencia, que abarca la mayor parte del proceso puberal, aunque sus límites están menos definidos, ya que dichas características tienen una mayor influencia. ⁽¹⁾

En la adolescencia, por lo tanto, el desarrollo físico es solo una pequeña parte del proceso, cobrando una mayor importancia los aspectos psicosociales: independencia de los progenitores, elaboración de estrategias de comunicación para establecer relaciones maduras, desarrollo intelectual, consolidación de la identidad, inicio de las relaciones sexuales, creación de ideas propias, control emocional, responsabilidades sociales e individuales, y otros muchos cambios. ⁽²⁾ La suma de estos puede llegar a dar lugar a una situación de crisis, requiriendo de adaptación, la cual podrá tener lugar de forma fisiológica o patológica. ⁽¹⁾ Estos aspectos convierten a los adolescentes en un grupo de población que requiere del interés preventivo, área en la que la Enfermería tiene un importante papel, en conjunto con otros profesionales del ámbito de la salud, como la Psicología, la Pedagogía y la Sociología.

La sexualidad es uno de los aspectos más complejos de la adolescencia. Comienza a desarrollarse durante la infancia y en su evolución podemos diferenciar tres etapas (*Tabla 1.1.1.1*): ⁽²⁾

Tabla 1.1.1.1. Relación entre la evolución de la sexualidad en la adolescencia y las características sexuales

Etapa de adolescencia (edad)	Características sexuales
Adolescencia temprana (10-13 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio de la maduración sexual. • Curiosidad por su cuerpo. • Fantasías sexuales. • Exploración acentuada del autoerotismo. • Al final de este periodo comienzan las primeras experiencias sexuales.
Adolescencia media (14-17 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Completa maduración sexual. • Narcicismo. • Manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico. • Conductas sexuales exploratorias (se presentan tanto las experiencias homosexuales como relaciones heterosexuales no planificadas). • Negación de las consecuencias de la conducta sexual.
Adolescencia tardía (mayores de 18 años)	<ul style="list-style-type: none"> • Completa maduración física y socio-legal. • Logros definitivos en la maduración psicológica. • Conductas sexuales más expresivas. • Relaciones íntimas más estables, con definición de su rol sexual.

Fuente: Martínez Bueno C, Falguera Puig G. *Pubertad y adolescencia: EpS ante comportamientos de riesgo*, 2017.

De la misma forma, el comportamiento atrevido y poco sereno forman parte del carácter del adolescente. Esto le ayuda a desarrollarse, pero en contraposición, le dificulta reconocer los posibles riesgos, llegándolos a ver como un concepto “abstracto” y no como algo que le puede afectar. ⁽¹⁾ Otro aspecto importante es el nivel de confusión informativa en cuestiones relacionadas con la sexualidad, así como las propias necesidades de los adolescentes, que hacen que, en materia de comportamientos y conductas sexuales, sean considerados un “grupo de riesgo”.

Actualmente, el término “grupo de riesgo” está en desuso, siendo más específico el término “conductas de riesgo”, puesto que son los comportamientos sexuales los generadores de riesgo, y no el pertenecer a un grupo determinado. Sin embargo, es imposible negar las características relacionadas con su desarrollo biológico y social, que provocan que, en determinadas circunstancias, tengan una elevada predisposición para llevar a cabo conductas de riesgo. Los siguientes aspectos están relacionados directamente con la adopción de comportamientos de riesgo:

- **Cambios corporales:** la aparición de los rasgos sexuales secundarios da lugar a la búsqueda de la identidad sexual y el aprendizaje de roles sexuales, dando comienzo la exploración de la propia sexualidad.
- **Necesidad de experimentación:** su desmesurada curiosidad por conocer y experimentar, sumado a su inclinación a actuar, da lugar a que los adolescentes pasen rápidamente del pensamiento al acto.

- **Deseo de riesgo:** los cambios físicos y psicológicos llevan al adolescente a la búsqueda del riesgo y placeres de forma inmediata, minimizando así las consecuencias negativas, percibidas como algo lejano, que jamás les pueda ocurrir. Por ello, aunque saben que existe la posibilidad de un embarazo o el contagio de una ITS mediante una relación sexual sin protección, las llevan a cabo con la convicción de que no les sucederá, saliendo reforzados cuando la situación de riesgo no ha tenido consecuencias.
- **Influencia del grupo de iguales:** el adolescente tiende a alejarse de su núcleo familiar y emprende un acercamiento acentuado a su grupo de amigos, quienes influyen y presionan sobre el comportamiento individual.
- **Conductas en base a estereotipos:** la existencia de creencias estereotipadas da lugar a actitudes contrarias o a favor de diferentes actuaciones, como por ejemplo: “sin preservativo no se siente lo mismo”, “del SIDA solo se contagian drogadictos y homosexuales” o “si no tienes relaciones sexuales eres un/a estrecho/a”.⁽²⁾

El inicio de las relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas, la acentuada promiscuidad y el uso muy irregular de los métodos de barrera, son el motivo de la alta tasa de prevalencia de ITS en la adolescencia en nuestro país. Aparte de las características mencionadas anteriormente, hay que sumarle un aspecto muy importante, y es que la inmadurez del tracto genital de los adolescentes los hace aún más susceptibles. En adolescentes sexualmente activos existe un mayor riesgo de infección por *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae* y una exposición temprana al Virus del Papiloma Humano (VPH) aumenta el riesgo de displasias cervicales.⁽³⁾

Para prevenir este grave problema de Salud Pública, la Enfermería juega un papel fundamental desde la prevención. Por ello, la consulta de enfermería se convierte en el espacio idóneo para acercarse a los aspectos afectivo-sexuales del adolescente. A través de la entrevista, la enfermera puede ser capaz de aconsejar y motivar al adolescente acerca de la sexualidad (métodos anticonceptivos, síntomas de alerta, manuales, anticoncepción...), al tiempo que puede detectar posibles conductas de riesgo, embarazos o ITS, con el fin de llevar a cabo un diagnóstico precoz, prevenir enfermedades o embarazos no deseados.

En determinadas comunidades autónomas de España, existen una serie de recursos asistenciales específicos (consulta joven, teléfonos abiertos, espacios de asesoramiento, buzón de dudas, etc.) en la mayoría de los centros educativos mediante

los profesionales de la salud. Es importante que la enfermera trabaje aspectos clave como la accesibilidad y la discreción en estos recursos, ya que la vergüenza, las inseguridades y los miedos por parte de los adolescentes hacen que en la mayoría de las ocasiones no accedan a ellos ⁽⁴⁾.

No obstante, el ámbito escolar y sanitario, en materia de salud sexual, presenta una serie de dificultades, entre las que se encuentran la falta de apoyo institucional, escasa cobertura y protagonismo de talleres externos y la falta de apoyo de los libros de texto. ⁽⁵⁾

1.1.2. Conceptualización de las infecciones de transmisión sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son un conjunto de patologías causadas por un grupo heterogéneo de patógenos, cuyo denominador común es el mecanismo de contagio: la transmisión sexual. Cabe destacar que, a pesar de que esta es la principal vía de infección, existen otras vías como pueden ser la sangre, el canal de parto o a través de la leche materna.

Es muy importante tener en cuenta que, independientemente del agente que produzca la ITS, todas comparten características muy similares:

- Son capaces de afectar de forma repetida a un mismo individuo: no generan protección ni existen vacunas contra ellas, a excepción del virus del papiloma humano (VPH).
- En casos de diagnóstico tardío o tratamiento inadecuado, las consecuencias pueden ser graves e irreversibles, dando lugar a esterilidad, alteraciones nerviosas, ceguera, afecciones sistémicas variadas o, incluso, la muerte.
- La sintomatología tiende a ser inespecífica y extremadamente difícil de identificar por el individuo. ⁽⁶⁾

En la *Tabla 1.1.2.1* se muestra de forma resumida los principales agentes patógenos causantes de ITS, siendo las que más afectan directamente a este grupo poblacional los condilomas acuminados (VPH), la infección por *Chlamydia trachomatis*, la infección por gonococo y la sífilis, con especial interés en el aumento de su incidencia y resistencias microbianas: ⁽⁷⁾

A. Condilomas acuminados

La infección por el VPH es la ITS más común en todo el mundo y se estima que, hasta tres cuartas partes de la población se infectará en algún momento de su vida ⁽⁸⁾.

Se han descrito hasta 100 genotipos de VPH, de los cuales 40 afectan directamente al ser humano. ⁽³⁾ En cuanto a su clínica, suele ser una infección asintomática, pero en determinados grupos de pacientes pueden llegar a desarrollarse condilomas acuminados que cursan con picor en la zona y la aparición de las características lesiones papulosas, con superficie papilomatosa y coloración variada, levemente rojiza o color piel (VPH 6 y 11). El introito en la mujer, y el frenillo en los hombres no circuncidados son los sitios de aparición más frecuentes en personas que no utilizan preservativo.

Se contagia por contacto directo, por lo que el preservativo no ofrece protección total. ⁽⁷⁾

También pueden producir neoplasias en diversas zonas como cérvix, vulva, vagina, ano, perineo, escroto, pene y zona orofaríngea (VPH 16, 18 y 31). ^(7, 3)

Se estima que, en España, 2.103 mujeres son diagnosticadas de cáncer de cérvix al año, siendo el séptimo cáncer más frecuentes en mujeres de cualquier edad de nuestro país, y el primero si nos centramos en el rango de edad de entre 15 y 44 años. ⁽⁹⁾

Existen tres vacunas frente al VPH: bivalente (protección frente al VPH 16 y 18, asociadas al cáncer de cérvix), tetravalente (protección frente al VPH 6, 11, 16, y 18) y la nonavalente, recientemente aprobada (protección frente al VPH 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58 con una cobertura adicional del 20% frente al cáncer de cérvix) ⁽³⁾. En España, el calendario de vacunación solo contempla vacunar a las niñas entre los 11 y los 12 años, sin embargo, existen países donde también se incluye a los varones. ⁽⁷⁾

B. Infección por *Chlamydia trachomatis*

Chlamydia trachomatis es una bacteria que infecta el epitelio del cérvix, uretra, faringe y conjuntiva. La mayor parte de la incidencia se centra en mujeres de 18 a 24 años. Sin embargo, el aspecto más preocupante radica en que el 75% de los casos cursa de forma totalmente asintomática, situándola como la enfermedad bacteriana de origen sexual más frecuente en la población joven. ^(7, 10)

En los últimos años, las infecciones por *Chlamydia trachomatis* han llegado a tal situación, que las guías del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan un control anual para este agente en mujeres sexualmente activas hasta los 25 años. Un diagnóstico tardío incrementa las posibilidades de la aparición de EIP y posibles complicaciones como dolor pélvico crónico, salpingitis y, finalmente, esterilidad. ⁽⁷⁾

C. Infección por *Neisseria gonorrhoeae*

Neisseria gonorrhoeae es una bacteria que puede infectar el epitelio del cérvix, uretra, faringe y conjuntiva.

Suele ser un cuadro asintomático cuando afecta a faringe (relaciones sexuales orales), mientras que en casos de relaciones sexuales anales puede provocar proctitis, produciendo tenesmo, dolor, secreción purulenta o mucosa en heces.

Requiere contacto íntimo, por lo que usando preservativo se previene la infección.

La incidencia de infección por gonococo está en aumento, especialmente en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) ya que, en el sexo oral, al ser una práctica en la que generalmente no se usa preservativo, es cuando se produce la mayor parte de las infecciones. ⁽⁷⁾

El aspecto más preocupante radica en la resistencia frente a los fármacos. Por ello, las guías de tratamiento de ITS elaboradas por la CDC de Atlanta actualizan información acerca de la situación actual de resistencia y tratamientos. ^(7, 11)

D. Sífilis

Producida por *Treponema pallidum*, la sífilis es una enfermedad sistémica cuyo principal mecanismo de transmisión es el contacto directo con lesiones liberadoras de treponemas. De forma menos común, la transmisión materno-fetal produce, finalmente, la enfermedad y, de forma muy ocasional, puede producirse un contagio mediante transfusiones sanguíneas o mediante pequeñas roturas de la epidermis que entran en contacto con lesiones sifilíticas. ^(7, 12)

Clásicamente, la sífilis adquirida se divide en cuatro etapas o estadios: sífilis primaria, secundaria, latente y terciaria o avanzada.

En la sífilis primaria, *Treponema* se introduce en el cuerpo humano mediante pequeñas lesiones cutáneo-mucosas. El periodo de incubación abarca entre los 9 y los 90 días, siendo la lesión inicial una especie de pápula que, en pocos días se ulcera, con bordes suaves y fondo limpio. No es dolorosa y a la palpación es dura (chancro duro). Suele ser único, aunque no es despreciable la incidencia de dos o varios chancros. Cursa con un cuadro de adenopatía satélite inguinal, unilateral o bilateral sin supuración. De forma espontánea, el chancro sifilítico se cura en un lapso de unas 3-12 semanas. Esta etapa es muy contagiosa.

Al cabo de entre 3 y 6 semanas se desarrolla la sífilis secundaria, caracterizada por una sintomatología sistémica moderada, astenia, febrícula, adenopatías generalizadas y roséola sifilítica, un exantema de predominio en tronco y miembros superiores. También aparecen lesiones papulosas palmo-plantares.

Una vez comienza la etapa de sífilis latente, no hay manifestaciones clínicas y la situación perdura en el tiempo, caracterizada por una infectividad reducida, pero con reactividad serológica. En la fase avanzada, o también conocida como sífilis terciaria (hasta 10 años después), puede presentarse de forma mucocutánea, ósea, cardiovascular o neurológica (neurosífilis), aunque esta última puede darse en cualquier punto temporal de la infección. ⁽⁷⁾

Tabla 1.1.2.1. Agentes causantes de las principales ITS

	Agente etiológico	Infección de transmisión sexual
Bacterias	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), faringitis, conjuntivitis
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos D-K	Uretritis, epididimitis, cervicitis, proctitis, EIP, faringitis, artritis reactiva
	<i>Chlamydia trachomatis</i> serotipos L1, L2 y L3	Linfogranuloma venéreo
	<i>Ureaplasma urealyticum</i> , <i>Haemophilus influenzae</i>	Uretritis
	<i>Mycoplasma genitalium</i>	Uretritis, cervicitis, EIP
	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Chancro blando
	<i>Klebsiella granulomatis</i>	Granuloma inguinal
	<i>Campylobacter</i> spp., <i>Salmonella</i> spp., <i>Shigella</i> spp.	Enterocolitis
	<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis
Virus	Virus del papiloma humano	Condilomas acuminados, papiloma faringe. Displasias y cáncer de cérvix, ano, vagina, vulva y pene
	Virus del Herpes Simple	Herpes genital, neonatal
	<i>Molluscum contagiosum</i>	Molluscum contagiosum
	VIH	Infección por VIH
	Virus de la hepatitis B, A y C	Hepatitis B, A y C
Protozoos	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Vaginitis, uretritis, cervicitis
	<i>Entamoeba histolytica</i>	Amebiasis
	<i>Giardia lamblia</i>	Giardiasis
Hongos	<i>Candida</i> spp.	Vulvovaginitis, balanitis
Artrópodos	<i>Phthirus pubis</i>	Pediculosis
	<i>Sarcoptes scabiei</i>	Sarna

Fuente: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2020.

1.2. Antecedentes y estado actual del tema

1.2.1. Transición epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual

Desde que a principios del verano de 1981 se comenzaron a publicar los primeros casos de neumonía por *Pneumocystis* spp. y sarcoma de Kaposi, hasta hoy, todos los esfuerzos por conocer las características de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), han sido la base para establecer las estrategias de prevención más importantes que se han llevado a cabo en nuestro país.⁽¹³⁾

Durante las primeras décadas de la epidemia en España, el mayor peso de los casos de VIH y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) correspondía a la categoría de transmisión de usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP); sin embargo, asistimos a una *sexualización* de la epidemia: la vía de transmisión más frecuente actualmente es la sexual.⁽¹⁴⁾ El origen de esta transición se remonta a finales de 1996, con la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), produciéndose un punto de inflexión en el curso de la epidemia y el interés epidemiológico debido a la disminución drástica del SIDA y su mortalidad asociada, dejando de ser la principal preocupación y haciendo también que la infección por VIH se convirtiera en un problema crónico.

En esta misma línea, las ITS en población joven han aumentado en los últimos años en el mundo occidental. La principal causa de este incremento se debe al abandono de conductas de “sexo seguro” debido, probablemente, a la falsa sensación de seguridad consecuente con los más modernos tratamientos antirretrovirales. Esta situación es, probablemente, el origen de la relajación social en adolescentes que los distintos sistemas de vigilancia de ITS confirman. Así lo ha puesto de manifiesto la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) realizada por el Instituto Nacional de Estadística (2002): “los jóvenes disponen de muchísima información relacionada con los riesgos que supone una relación sexual sin preservativo; sin embargo, perciben el propio riesgo de embarazo, infección por VIH y otras ITS como algo de otros, que difícilmente les pueda pasar.”⁽¹³⁾

1.2.2. El comportamiento sexual de los adolescentes

Sin duda alguna, el comportamiento sexual de los adolescentes preocupa mucho a los científicos expertos en la materia. Si hacemos un breve análisis de los estudios llevados a cabo en la geografía nacional en los últimos años, las conclusiones tienden a unificarse en una misma dirección.

Los investigadores de un estudio llevado a cabo en Andalucía (2012), concluyeron que los adolescentes mantienen relaciones sexuales cada vez a edades más tempranas, con más parejas sexuales, y con conductas de exposición al riesgo de un embarazo no deseado o al contagio de una ITS, así como también poseen escasos conocimientos sobre estas, lo cual hace reflexionar seriamente sobre la necesidad de reforzar la educación sexual que están recibiendo los jóvenes. Asimismo, ponen de manifiesto la necesidad de implementar la educación sexual a edades más tempranas, centrada en aspectos más realistas que tengan en cuenta los innumerables cambios de la adolescencia. ⁽¹⁵⁾

Por otro lado, en otro estudio de similares características llevado a cabo en Sevilla (2018), se pone de manifiesto que, a pesar de que diferentes estudios afirman que aquellos jóvenes que disponen de mayor información sobre sexo están expuestos a menos situaciones de riesgo, la formación no siempre es sinónimo de cambio de actitudes y conductas ya que, afirman: “a pesar del acceso a la información a través de los medios, sigue existiendo una alta prevalencia de errores entre los jóvenes en materia de sexualidad, prevención de ITS, anticoncepción y prevención de embarazos no deseados”.

Finalmente, los autores del estudio concluyen que, es necesario cuestionar la verdadera efectividad de la formación sobre educación sexual que se está llevando a cabo, puesto que “nuestros jóvenes siguen adoptando conductas de riesgo”. ⁽¹⁶⁾

Por otro lado, entre las conclusiones de una revisión llevada a cabo por enfermeras asociadas al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla (2015), se muestran resultados muy alarmantes respecto a los comportamientos sexuales de los adolescentes: “los estudios apuntan que, aunque los adolescentes afirman que el preservativo es el método más conocido entre ellos, su uso es nulo o incorrecto por la reducción de placer, el hecho de tener parejas estables y porque generan desconfianza a la pareja”, “cuando se utilizan otros métodos anticonceptivos, los jóvenes terminan usando menos preservativos porque les preocupa más un posible embarazo que un posible contagio”.

En cuanto a la eficacia de las intervenciones educativas concluyen que, si bien es cierto que se ha demostrado que mejoran considerablemente los conocimientos, la realidad es que esta mejora no se convierte en un cambio de actitud, ya que la mayoría sigue llevando a cabo prácticas de riesgo, como no utilizar preservativo. ⁽¹⁷⁾

1.2.3. Situación epidemiológica

1.2.3.1. Situación epidemiológica en Europa

Al transformar este problema en cifras, nos encontramos con datos muy preocupantes. A nivel europeo, el European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) muestra un considerable aumento en los casos de gonorrea, sífilis y linfogranuloma venéreo (LGV) en el periodo 2013-2017. Desde el año 2013, los casos de infección gonocócica han aumentado un 55%, un 45% en cuanto a sífilis, un 73% en LGV y un 4% en infecciones por *Chlamydia trachomatis*.⁽¹⁸⁾

Además, el *HIV/AIDS Surveillance in Europe*, elaborado por el ECDC y la oficina regional de la OMS en Europa (2019), concluyen:

- El 10,6% de nuevos diagnósticos de VIH corresponden al rango de edad comprendido entre los 15 y 24 años.
- El total de nuevos diagnósticos de VIH en la Región Europea fue de 141.552, mientras que en el Espacio Económico Europeo (EEA) fue de 26.164 casos.
- El número de nuevos diagnósticos de VIH en la Región Europea se ha incrementado un 22% en la última década, pero si hacemos referencia únicamente a los países miembros del EEA, se ha producido una disminución del número de nuevos diagnósticos (17%) desde el año 2009.⁽¹⁹⁾

1.2.3.2. Situación epidemiológica en España

El Centro Nacional de Epidemiología y el Instituto de Salud Carlos III, en su boletín *Vigilancia Epidemiológica de las ITS en España, 2017*, publicado en junio de 2019, muestra una tendencia creciente de la infección gonocócica y sífilis desde la década del 2000 que hoy en día se mantiene. Asimismo, existe una clara diferencia por sexos, observándose una mayor afectación a hombres respecto a las mujeres en todas las categorías de ITS, salvo en infección por *Chlamydia trachomatis*. Se observa un máximo de nuevos casos por *Chlamydia trachomatis* y un mínimo en LGV (Tabla 1.2.4.1).⁽²⁰⁾

Tabla 1.2.3.2.1. Cifras sobre ITS en España

ITS	Total nuevos casos	Jóvenes (15-24 años)
Infección gonocócica	8.722	2.213
Sífilis	4.941	542
<i>Chlamydia trachomatis</i>	9842	3780
Linfogranuloma venéreo	412	35

Fuente: *Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones de Transmisión sexual en España, 2017*

En la misma línea, el último estudio de vigilancia epidemiológica de VIH y SIDA, llevado a cabo por el *Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH* (SINIVIH) en 2018 concluye que, respecto a la tasa global de nuevos diagnósticos, España sigue estando por encima de la media de la Unión Europea y los países de Europa Occidental. Teniendo en cuenta el rango de edad entre los 15 y 24 años, 377 jóvenes fueron diagnosticados de infección por VIH. El total de casos de VIH en España en el año 2018 fue de 3.244 casos. ⁽²¹⁾

1.2.3.3. Situación epidemiológica en Canarias

A nivel insular, el *Boletín Epidemiológico sobre VIH* del Servicio de Epidemiología y Prevención del Gobierno de Canarias, publicado en 2019, arroja cifras alarmantes. Desde el año 2000, el número acumulado de nuevas infecciones (NI) por VIH (hasta el 31 de diciembre de 2018) es de 5.213 casos (2.747 casos en la provincia de Las Palmas de Gran Canaria y 2.466 en la provincia de S/C de Tenerife). De los 5.213 casos registrados, 642 corresponden al grupo de edad entre los 15 y 24 años, representando el 12,3% del total de NI. Si hablamos del grupo de edad correspondiente a los menores de 15 años, preocupantemente se han registrado 20 casos, es decir, un 0,4% de NI.

Tomando como referencia el año 2018, por ser el último del que se tienen registros hasta el momento, el número total de NI fue de 272 casos. Los jóvenes (15-24 años) representan el 12,5%, es decir, 34 jóvenes se infectaron por VIH en nuestro archipiélago. Además, en 9 de ellos se produjo un retraso diagnóstico (RD), es decir, en la primera determinación de linfocitos CD₄ tras el diagnóstico, el recuento era inferior a 350 células/ μ l. De la misma forma, en el momento del diagnóstico, 3 jóvenes tenían un recuento de linfocitos CD₄ menor de 200 células/ μ l, es decir, se encontraban en una etapa avanzada (EA) de la enfermedad.

En cambio, si hablamos de costos sanitarios en materia de antirretrovirales durante el año 2018, concretamente, en la isla de Tenerife, al Complejo Hospitalario Universitario de Canarias le costó tratar a los 932 pacientes que reciben tratamiento la cantidad de 5.724.400 €. Asimismo, el coste en el Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria fue de 8.736.703,35 € para 1681 pacientes. En la *Fig. 1.2.5.1* podemos observar como el gasto sanitario en antirretrovirales ha ido en aumento en los dos hospitales de referencia de la isla: ⁽²²⁾

Fig. 1.2.3.3.1. Gasto sanitario (en euros) en antirretrovirales en los hospitales de referencia de la isla de Tenerife



Fuente: Boletín Epidemiológico sobre VIH nº9, 2019.

Servicio de Epidemiología y Prevención del Gobierno de Canarias.

En cuanto a otras ITS, el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de la Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica arroja los datos del año 2019, recogidos en la siguiente tabla (Tabla 1.2.3.3.1.):⁽²³⁾

Tabla 1.2.3.3.1. ITS declaradas en Canarias (2019)

ITS/Isla	Lanzarote	Fuerteventura	Gran Canaria	Tenerife	La Palma	El Hierro	Total Casos
Chlamydia trachomatis	2	1	118	44			165
Infección Gonocócica	16	14	135	66	6		237
Linfogranuloma venéreo			1	3			4
Sífilis	6	9	80	120		1	216

Fuente: Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica, 2019

1.2.4. Planes estratégicos

Con el fin de reducir las anteriores cifras expuestas, en el marco internacional y nacional existen diferentes planes estratégicos y organismos encargados en poner fin a las ITS.

1.2.4.1. Plan estratégico de la OMS: hacia el fin de las ITS

A nivel internacional, la Organización de las Naciones Unidas aprobó en 2015 la Agenda 2030 sobre el Desarrollo Sostenible, que cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En esta misma línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha creado el proyecto Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de

Transmisión Sexual, 2016-2021: hacia el fin de las ITS, diseñada para contribuir al logro de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, y centrándose en el Objetivo 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades».

Mediante este proyecto, basado en los principios de los derechos humanos, igualdad de género y equidad sanitaria, se describen importantes medidas y contribuciones para guiar a los países a hacer frente a las ITS de forma radical, disminuyéndolas y poniendo fin a las muertes relacionadas con dichas infecciones. Al mismo tiempo, se pretende mejorar la salud sexual de hombres y mujeres mediante iniciativas de prevención basadas en datos científicos, facilitar el acceso a la información sobre ITS, mejorar el acceso a tratamientos y cuidados integrales, así como hacer frente a la estigmatización y discriminación generalizadas. ⁽²⁴⁾

1.2.4.2. Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS

En España, en 2013 se pone en marcha el “*Plan Estratégico de Prevención y Control del VIH y otras ITS 2013-2016*” con el fin de mejorar el conocimiento científico, las buenas prácticas y la innovación de los procedimientos acorde a las necesidades de los grupos de mayor riesgo de exposición, estableciendo las líneas estratégicas principales para responder contundentemente a la epidemia de VIH y otras ITS. De esta forma, durante los años 2013-2016 este plan ha sido el marco de referencia para la respuesta a la epidemia y la creación de planes autonómicos del SIDA, así como el establecimiento de marcos de relación con los organismos internacionales y la sociedad civil, produciéndose una renovación del Comité Asesor y Consultivo de ONG (COAC) y reforzando la colaboración con sociedades científicas.

Debido a la innegable consecución de logros conseguidos, y tras el consenso de todos los agentes implicados en la lucha contra la epidemia, se aprobó prorrogar el Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por VIH y otras ITS 2013-2016 hasta el año 2020, elaborando una lista de principales retos pendientes, entre los que se encuentran:

- Sumarse al compromiso internacional de poner fin a la epidemia de SIDA en el 2030.
- Superar el primer 90 (diagnosticar a más del 90% de personas con VIH), ya que el segundo y tercer 90 ya se han logrado (tratar al 90% de las personas diagnosticadas y lograr la supresión viral en el 90% de las personas tratadas).
- Evaluar el impacto de las nuevas modalidades de detección del VIH como el auto test.

- Potenciar los programas de salud afectivo-sexual y reproductiva, especialmente en los jóvenes. ⁽²⁵⁾

1.2.4.3. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

En líneas generales, la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* (ENSSR) fue aprobada en 2011 mediante una serie de sociedades científicas y profesionales, organizaciones sociales, población usuaria, personas expertas y presentaciones de las comunidades autónomas con el fin de abordar la salud sexual y reproductiva de la población mediante programas y proyectos enfocados directamente en mejorar la salud sexual. Las principales líneas estratégicas son:

- **Línea estratégica 1:** promoción de la salud.
- **Línea estratégica 2:** atención sanitaria.
- **Línea estratégica 3:** formación de profesionales.
- **Línea estratégica 4:** investigación, innovación y buenas prácticas.

El *Plan Operativo 2019-2020*, enmarcado en esta Estrategia, incluye ocho nuevas medidas que se consideran prioritarias para seguir desarrollando las cuatro líneas estratégicas mencionadas. Estas medidas son:

1. Reforzar la coordinación entre el sector educativo para incluir la educación sexual en el currículo a lo largo de todas las etapas.
2. Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la salud sexual.
3. Fomentar la atención a la salud sexual incluyendo la historia sexual dentro de la historia clínica de Atención Primaria.
4. Promover el acceso equitativo a anticonceptivos de última generación.
5. Elaborar criterios comunes de calidad para la formación en materia de salud sexual y metodologías educativas recomendadas.
6. Elaborar y ofertar cursos online sobre salud sexual para profesionales de Atención Primaria.
7. Actualizar el conocimiento sobre la situación de la salud sexual a la población a través de encuestas, registros y estudios declarados de interés para el Sistema Nacional de Salud (SNS).
8. Identificar las buenas practicas en el marco de la ENSSR. ⁽²⁶⁾

En la misma línea, la última campaña (*Anexo 8.1.*) enmarcada dentro de la ENSRR, que ha actualizado el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, fue lanzada en junio de 2019, dirigida a la población más joven con el objetivo fundamental “que los jóvenes y las jóvenes usen siempre el preservativo en sus relaciones sexuales,

en cualquier situación y circunstancia”, respondiendo a la actual problemática del incremento de la incidencia de ITS en población joven. ⁽²⁷⁾

Además, en el marco legislativo, la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2010)* regula el aborto y establece acciones de promoción y atención de la salud sexual, formación e investigación; sin embargo, desde su creación, su aplicación ha sido prácticamente nula, especialmente en los aspectos referidos a la salud sexual.

Desde el 2009, tras la realización de la última *Encuesta Nacional de Salud Sexual*, no se han publicado nuevos estudios sobre sexualidad y salud sexual a nivel nacional, desconociéndose, por tanto, la situación actual de la población más allá de los estudios concretos llevados a cabo por distintas comunidades autónomas. ⁽⁵⁾

2. JUSTIFICACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Justificación del problema

Desde la importante labor de la enfermería en materia de prevención, y tras lo expuesto anteriormente, se hace imprescindible analizar la salud sexual de los adolescentes y jóvenes, así como sus conocimientos y comportamientos relacionados con la sexualidad.

Los distintos sistemas de vigilancia epidemiológica siguen arrojando cifras muy preocupantes a nivel internacional, nacional e insular, que ponen de manifiesto la “relajación social” acentuada en este grupo poblacional, en la que el número de nuevas infecciones en la mayoría de las ITS se incrementa casi exponencialmente año tras año.

Estudios de naturaleza similar se han llevado a cabo por todo el territorio nacional, pero nunca en la Comunidad Autónoma de Canarias. Sin duda alguna, conocer los comportamientos sexuales de este grupo de población nos permitirá sentar las bases para futuros proyectos de intervención y planes estratégicos, así como establecer relaciones entre otras comunidades autónomas, pioneras en esta materia, como Asturias y Cataluña, quienes cuentan con potentes y estructurados planes estratégicos en materia de sexualidad juvenil.

2.2. Objetivo general

Analizar las conductas sexuales y conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS en adolescentes escolarizados de Canarias.

2.3. Objetivos específicos

- Analizar la proporción de jóvenes que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo.
- Describir el nivel de conocimientos sobre salud sexual.
- Determinar los motivos más frecuentes por los que se llevan a cabo conductas de riesgo.
- Identificar las principales fuentes de información en materia de salud sexual a las que acuden.

3. HIPÓTESIS

En la población adolescente canaria existe una relación directa entre un mayor conocimiento en materia de anticoncepción, sexualidad e ITS, y la menor práctica de conductas de riesgo (uso irregular del preservativo, consumo de alcohol u otras drogas).

4. METODOLOGÍA

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal que se llevará a cabo en la población adolescente escolarizada de Canarias.

4.2. Población y muestra

La población de estudio lo conforman los alumnos de los niveles educativos de 4º de la ESO, y 1º y 2º curso de bachillerato de Canarias, y la muestra los alumnos pertenecientes a un centro educativo de la isla de Tenerife situado en el municipio de San Cristóbal de La Laguna (Tenerife, España). Se trata de una experiencia piloto.

El muestreo fue no probabilístico e intencional, y debido a su tamaño (n=54) no representa al conjunto poblacional.

4.3. Criterios de inclusión/exclusión

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta:

- Edad comprendida entre 16 y 24 años.
- Aceptación y firma del consentimiento informado por parte del alumno y/o padre/madre/ tutor/a legal.
- Asistir a la jornada lectiva los días en los que se lleve a cabo la encuesta.

Los criterios de exclusión, por tanto, serán no cumplir con los criterios de inclusión.

4.4. Variables e instrumento de medida

Como variables se recogieron:

- **Características sociodemográficas:** sexo, edad, tipo de centro educativo (privado o público), etc.
- **Experiencias, conductas y salud sexual:** incluyen cuestiones acerca de la primera y última relación sexual, así como las fuentes de información utilizadas en materia de sexualidad.
- **Conocimientos sobre ITS y sexualidad:** nivel de conocimientos acerca de la sexualidad e ITS.

Como instrumento de medida se utilizó un cuestionario (*Anexo 8.2*), basado en otros diseñados y validados con el fin de evaluar las prácticas sexuales y el conocimiento sobre ITS en muestras de adolescentes españoles:

- Para la elaboración del bloque de ítems en relación con las características sociodemográficas, experiencias, conductas y salud sexual se tomó como

referencia el cuestionario elaborado por Teva, Bermúdez y Casal (2007) ⁽²⁸⁾, cuyo fin es analizar los conocimientos sobre ITS y comportamientos sexuales de los jóvenes.

- Para la elaboración de las cuestiones relacionadas con los conocimientos sobre ITS, se tomó como referencia el cuestionario elaborado por León y Gómez (2018), tras su diseño y validación ⁽¹⁶⁾; y el elaborado por Espada, Guillén, Morales et.al (2014) ⁽²⁹⁾, cuyo fin es validar una escala de conocimientos sobre VIH y otras ITS.

El cuestionario resultante cuenta con 38 ítems, estructurados en consonancia con las distintas variables del estudio. Además, y para evitar la deseabilidad social, se formularon cuestiones tanto en positivo como en negativo.

4.5. Recogida de datos

En una primera instancia (*Anexo 8.3*), se contactó con el equipo directivo del centro educativo seleccionado para solicitar una reunión, en la cual se detalló el objeto del estudio, los beneficios para la sociedad y la ciencia, su ejecución (cronograma, permisos del consejo escolar y padres y madres de los menores de edad, publicación de resultados estadísticos, etc.), así como el compromiso con el cumplimiento de la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*, mediante la cual se mantuvo el anonimato del alumnado.

Se detalló además el carácter voluntario del cuestionario, así como se insistió en que las respuestas serían tratadas únicamente por los investigadores para la finalidad de este estudio, y que durante el desarrollo de la actividad se garantizaría la privacidad del alumnado, separándolos a una distancia considerable con el fin de que no pudieran observar las respuestas de sus compañeros.

4.6. Análisis estadístico de los datos

En primer lugar, se llevó a cabo una tabulación de los datos recogidos a partir del cuestionario con el programa Microsoft Excel 2010. Estos datos fueron exportados posteriormente al programa estadístico IBM SPSS Statistics 23 para su procesamiento.

Posteriormente se realizó un análisis descriptivo del contenido del cuestionario usando medidas de tendencia central (mediana y/o media aritmética), dispersión (rango intercuartílico y/o desviación estándar) para las variables continuas, así como distribución de frecuencias (tabla de frecuencias) para las variables categóricas. Para determinar si hay diferencias entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas de los grupos, en relación con las categorías de sus respuestas, se utilizó la

prueba del Chi-cuadrado de Pearson (χ^2). El intervalo de confianza que se estableció fue del 95%, por lo que el nivel de significación se fijó en $p \leq 0,05$.

4.7. Aspectos éticos

El estudio contó con la aprobación de la Dirección del Centro Educativo, a la vez que se insistió en que se garantizarían el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad de los alumnos participantes (*Anexos 8.4 y 8.5*).

4.8. Limitaciones del estudio

Como principal limitación se destaca el tamaño muestral, fruto de la negativa de hasta 20 centros públicos y privados del área metropolitana de Tenerife a participar en este estudio, excusados por la falta de tiempo o por estar involucrados ya en otro tipo de investigaciones. A esto hay que sumarle la actual crisis sanitaria por COVID-19, que tras la aplicación del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declaró el estado de alarma con la consiguiente suspensión de la actividad escolar, la población objeto de estudio se redujo a un único centro educativo participante hasta la fecha.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En primer lugar, se analizó la media de edad de inicio de las relaciones sexuales, situándose en nuestro caso en los 15,7 años ($\pm 2,095$), con un mínimo de 11 y un máximo de 21. En cuanto a la segmentación por sexos, la media se sitúa en 16,39 ($\pm 1,638$) años para los hombres y 13,73 ($\pm 2,102$) años para las mujeres. Si comparamos estos resultados con los obtenidos en otros estudios similares llevados a cabo en el territorio nacional, éstos tienden a parecerse a los del estudio de Traverso Blanco y Rodríguez Carrión (2012) que sitúan la media en 14,2⁽¹⁵⁾, pero se alejan ligeramente de los resultados del estudio de León Larios y Gómez Baya (2018) que señalan una media de 17,03 años.⁽¹⁶⁾

5.1. Proporción de jóvenes que llevan a cabo conductas sexuales de riesgo

Si hablamos del número de parejas sexuales, la media es de 3,82 parejas sexuales ($\pm 4,597$), con un mínimo de 1 y un máximo de 27, siendo para los hombres 3,27 ($\pm 4,584$) y 5,45 ($\pm 4,435$) para las mujeres, en contraposición a otros estudios que la sitúan ligeramente por encima de la nuestra (2 en el caso de los chicos y 1,6 en las chicas).⁽¹⁵⁾

En cuanto a la característica que mejor definía su primera y última relación sexual, se obtuvo mayores porcentajes para una relación fija y habitual, frente a la ocasional o esporádica (*Tabla 5.1.1, Anexo 8.6*).

Al preguntar a los jóvenes sobre el uso del preservativo durante la primera y última relación sexual, se observan en general altos porcentajes de utilización, si bien en cuanto a la no utilización de este método anticonceptivo se observa un ligero incremento desde la primera (20,5%) hasta la última relación sexual (31,8%) (*Tabla 5.1.2, Anexo 8.6*). Estos resultados comparados con los de otros estudios (14-15%) sugieren un uso irregular del mismo.^(15, 16)

En cuanto al consumo de drogas (cannabis, alcohol, drogas sintéticas, etc.), las respuestas muestran que un 11,4% consumió alguna durante su primera relación sexual, mientras que un 18,2% lo hizo durante la última, lo que supone un incremento del 6,8% (*Tabla 5.1.3, Anexo 8.6*). Sin embargo, otros estudios sitúan esta práctica en porcentajes más bajos (9,2%).⁽¹⁵⁾ No se encontraron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico entre el uso del preservativo y el consumo de drogas ($p=0,965$), si bien dentro del grupo de alumnos que no utilizó preservativo, un 21,4% sí consumió drogas (*Tabla 5.1.4, Anexo 8.6*).

Los resultados encontrados están en consonancia con lo esperado en los jóvenes, cuya preparación e información sobre las responsabilidades que conlleva el inicio de relaciones sexuales, el uso de métodos anticonceptivos seguros, las personas con las que lo practican, y la información acerca de la ITS, entre otras, no es del todo satisfactoria.

5.2. Nivel de conocimiento y conductas sexuales de riesgo

Se preguntó a los alumnos cuestiones relativas a las ITS y sexualidad (*Tabla 5.2.1, Anexo 8.3*). La media de respuestas acertadas fue de un 82,24%, frente al 17,76% de errores, siendo las cuestiones con mayor porcentaje de error: “*El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH*” (55,8%), “*El preservativo femenino no es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del VIH*” (54,9%), “*La gonorrea, en personas sanas sin patologías de base, se cura sola en la mayoría de los casos*” (30%), “*El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias*” (29,2%), y “*El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar la transmisión de VIH*” (25%).

Cuando se relacionó la cuestión “*El preservativo femenino no es tan eficaz como el preservativo masculino*” con el uso del preservativo, no se encontró significancia estadística ($p=0,133$). Paradójicamente los resultados mostraron que dentro del grupo de alumnos que no usó preservativo, un 33,3% falló la respuesta, frente al 66,7% que la acertó, y del grupo de alumnos que sí utilizaron preservativo, un 64,7% falló la respuesta, mientras que solo un 35,5% la acertó (*Tabla 5.2.2, Anexo 8.6*).

Tampoco se encontró significancia estadística entre la cuestión con mayor número de fallos: “*El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión del VIH*”, y el haber recibido o no educación sanitaria ($p=0,205$), si bien los resultados muestran que dentro del grupo de alumnos que no recibió información sanitaria, sólo un 16,7% acertó la pregunta frente al 83,3% que la falló (*Tabla 5.2.3, Anexo 8.6*).

También se indagó sobre la consideración que tenían acerca de los distintos métodos anticonceptivos (*Tabla 5.2.4, Anexo 8.6*), siendo destacable que un 90,7% de los alumnos considerara al preservativo masculino como un método anticonceptivo, y solo el 77,8% considerara también al preservativo femenino. Menos considerados fueron el diafragma, los parches hormonales, la píldora del día siguiente, el anillo vaginal y el DIU.

Ante la pregunta acerca de la relación existente entre los métodos anticonceptivos y la prevención de ITS, los alumnos consideraron como principales métodos anticonceptivos para prevenir ITS el preservativo masculino y el femenino, con un 81,5% y 70,4% respectivamente. Por otro lado, se enunció una lista de ITS y se preguntó a los alumnos cuál podría ser adquirida a través de una relación sexual sin protección. Las respuestas señalaron que las ITS más susceptibles de ser adquiridas a través de una relación sexual sin protección fueron: VIH/SIDA (83,3%), gonorrea (81,5%), herpes genital (77,8%) y sífilis (72,2%), y las menos: tricomoniasis (18,5%), EIP (31,5%), hepatitis B (37%) y VPH (44,4%) (Tabla 5.2.5, Anexo 8.6).

Estos resultados señalan que la información que tienen nuestros jóvenes acerca de la sexualidad e ITS no es del todo completa, al margen de algunos aciertos encontrados, lo que sugiere que se necesita profundizar más en esta área y dar una información veraz a través de los canales más adecuados para ello.

5.3. Motivos más frecuentes por los que se llevan a cabo conductas sexuales de riesgo

Si hacemos referencia a los motivos que incitaron a los jóvenes a no utilizar preservativo en su primera relación sexual, por orden decreciente, estos fueron: “No hablamos del tema” (55,6%), “Conocía a la otra persona” (11,1%), “La persona no quería usarlo” (11,1%), y “Sin preservativo se siente más” (11,1%) (Tabla 5.3.1, Anexo 8.6).

En cuanto a la última relación sexual, los datos varían significativamente, siendo el principal motivo “Utilizamos otro método” (28,6%), al que le siguen: “No teníamos en aquel momento” (14,3%), “Yo no quería usarlo” (14,3%), “Creí que no corría riesgo” (14,3%), “Sin preservativo se siente más” (14,3%), “Era muy difícil para mí proponerlo” (7,1%), y “Tenía un deseo incontrolado” (7,1%) (Tabla 5.3.2, Anexo 8.6).

A las propias características de la etapa adolescente donde la conciencia de riesgo es menor, la presión significativa de grupo, el poder y el deseo de la aventura y la experimentación mayor, se une la falta de figuras de apego adecuadas, los conflictos familiares y la falta de una verdadera educación sexual, lo que puede justificar en parte la asunción de conductas sexuales de riesgo.

5.4. Principales fuentes de información en materia de salud sexual

Según los datos obtenidos, el 79,6% de los alumnos que respondieron a esta cuestión (n=43) afirmaron haber recibido algún tipo de información sanitaria en materia de sexualidad e ITS, en contraposición al 20,4% (n=11) que reconoció no haber recibido

ningún tipo de información. Estos resultados están en consonancia con los obtenidos en otros estudios nacionales (60,9-65,3%).^(15,16)

Si hacemos referencia al alumnado que sí recibió información, las principales fuentes de información fueron, en orden decreciente: por un profesional sanitario (46,5%), por alguno de sus progenitores (18,6%), otras fuentes (18,6%), internet o TV (14%) y amigos (2,3%) (*Tabla 5.4.1, Anexo 8.6*). A pesar de que los profesionales de la salud juegan un papel importante en materia de educación sanitaria, éstos deberían colaborar con la familia y la escuela en la prevención de riesgos y transmisión de conocimientos profesionales, siendo los programas comunitarios uno de los mejores escenarios donde poder integrarlos a todos. Se necesita una verdadera conciencia social de la dimensión de este problema para su abordaje. Por otra parte, los mensajes que se dan a través de medios con gran impacto como la TV o Internet deberían ser revisados por personal cualificado y establecer políticas de control, que no de libertad de expresión.

No se obtuvo relación estadísticamente significativa ($p=0,619$) entre el uso del preservativo y la educación sanitaria recibida. Sin embargo, dentro del porcentaje de alumnos que no utilizó preservativo, un 77,8% sí recibió información sanitaria, frente al 22,2% que no lo hizo (*Tabla 5.4.2, Anexo 8.6*), lo que indica que no hay una relación directa entre haber recibido educación sanitaria y poner en práctica conductas sexuales de menor riesgo. Esto sugiere que, al margen de tener en cuenta la conducta propia de la etapa adolescente, hay que perder el miedo al acercamiento, creando un clima de confianza donde el adolescente pueda expresarse libremente y se sienta escuchado, rompiendo viejos y nuevos mitos acerca de la sexualidad, dejando a un lado modelos obligatorios represivos o prescriptivos, e implicando a la familia y agentes sociabilizadores.

6. CONCLUSIONES

6.1. Conclusiones generales

1. La media de edad de inicio en las relaciones sexuales de nuestra muestra se encuentra ligeramente por debajo de la obtenida en otros estudios similares, así como el número medio de parejas sexuales por encima, lo que confirma la premisa de que los jóvenes inician cada vez, de forma más precoz, relaciones sexuales.
2. La asunción de conductas sexuales de riesgo como las observadas en nuestros jóvenes puede estar justificada, en parte, por las propias características de la etapa adolescente, a las que puede unirse la falta de figuras de apego adecuadas, los conflictos familiares y la falta de una verdadera educación sexual.
3. La población objeto de estudio sigue unos patrones similares al resto de la población adolescente, donde un buen nivel de conocimientos en materia de sexualidad e ITS no conlleva necesariamente un cambio en sus conductas sexuales de riesgo, traduciéndose en nuestro caso en conductas de sexo poco seguras. Por tanto, no se cumple la hipótesis planteada.
4. Para abordar una buena educación sanitaria en materia de sexualidad e ITS se necesita previamente una verdadera conciencia social de la dimensión de este problema y recurrir a los medios más adecuados para ponerla en práctica. No contar con una formación y educación sexual adecuada, puede provocar una relajación preocupante a la hora de asumir conductas de riesgo.
5. La enfermería juega un papel crucial en la prevención de este tipo de infecciones, participando de manera activa y cercana con los adolescentes desde la Atención Primaria y los distintos centros educativos.
6. Aunque los resultados de nuestra muestra no son extrapolables al resto de la población, éstos nos invitan a conocer la naturaleza conductual y social de los adolescentes canarios con la propuesta de futuras investigaciones, y nos sirve de base para poder implantar potentes y ambiciosos planes estratégicos de prevención en materia de sexualidad e ITS.

6.2. Soluciones a la problemática

La evidencia preliminar sugiere que los esfuerzos para abordar aspectos como derechos humanos y de género, y problemas sociales como el machismo y la LGTBIfobia, en materia de educación sexual tienen resultados positivos para múltiples relaciones. Además, debe comenzar a impartirse entre los 5 y los 8 años, antes de que las normas sexuales y de género se impongan ⁽³⁰⁾.

Ante la innegable problemática planteada, las autoridades deben plantearse qué educación sanitaria en materia de salud sexual se está impartiendo y cómo es la accesibilidad a los recursos en este aspecto (consultas jóvenes, métodos anticonceptivos, etc.) ya que ambas intervenciones son la principal y urgente prioridad.

La educación sexual debe ser universal, con perspectiva de derechos humanos y de género. Debe impartirse como una materia oficial en el sistema educativo, o como parte esencial de materias en centros educativos, unidas a políticas útiles de prevención, y con especial interés en aspectos como el machismo y la homofobia, elementos clave para garantizar que la adolescencia ejerza sus derechos sexuales y disfrute de una vida sexual placentera y saludable.

Su impartición debe fomentar las habilidades de pensamiento crítico. Además, esta debe comenzar a edades más tempranas, desde los 5 años, antes de que las normas sexuales y de género se consoliden.

Fortalecer el acceso universal a la planificación familiar, los métodos anticonceptivos y la educación sexual en las consultas de Enfermería son el punto clave para crear servicios de salud amigables para adolescentes.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Pedraza Anguera AM, González Bodeguero MP. Sexualidad y conductas de riesgo en la Adolescencia. En: Rodríguez López MA, González Fernández CT, Megías Plata D. Enfermería del niño y el adolescente. Vol. II. 3ª ed. [Internet] Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2019. p. 1071-87 [Consultado el 20 enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/3dnj5WZ>
2. Martínez Bueno C, Falguera Puig G. Pubertad y Adolescencia: EpS ante comportamientos de riesgo. En: Martínez Bueno C, Torrens Sigalés RM. Enfermería de la mujer. Vol. II. 3ª ed. [Internet] Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 383-422 [Consultado el 20 de enero 2020] Disponible en: <https://bit.ly/35DnOkT>
3. Grupo de Estudio del SIDA (GESIDA). Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes [Internet] Madrid: Sociedad Española de Infecciones y Microbiología Clínica; 2017 [Consultado el 20 de febrero 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2W6li25>
4. Navarro Rodríguez MC, Marrero Montelongo MM. El cuidado de la salud en la adolescencia y la juventud. En: Darías Curvo S, Campo Osaba MA. Enfermería Comunitaria. Vol. II. 3ª ed. [Internet] Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2015. p. 535-550. [Consultado el 27 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2WLPYGn>
5. García-Vázquez J, Quintó Domech L, Nascimento M, Agulló-Tomás E. Evolución de la salud sexual de la población adolescente española y asturiana. Rev. Esp. Salud Pública. [Internet] 2019 [Consultado el 27 de marzo de 2020]; 93 (1) e1-e14. Disponible en: <https://bit.ly/3dk2eEs>
6. Tapia González R, García Jiménez MC. Infecciones de transmisión sexual. En: De la Fuente Ramos M (coord.). Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol. V. 3ª ed. [Internet] Madrid: Difusión de Avances de Enfermería (DAE); 2017. p. 3449-68 [Consultado el 20 de febrero de 2020]. Disponible: <https://bit.ly/3djCsAj>
7. Comunión Artieda A. Hablemos de infecciones de transmisión sexual. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; p. 65-72.; 2020 [Consultado el 25 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2W6ZdBM>
8. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [Internet]. Atlanta: Departamento de Salud y Servicios Humanos. Gobierno U.S.A; 2018 [Consultado el 20 de marzo de 2020] Enfermedades de transmisión sexual. Información para los adolescentes. Disponible en: <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-teens-spa.htm>
9. García S, Domínguez M, Gayete J, Rojo S, Muñoz JL, Salas J et al. Prevalencia del virus del papiloma humano en mujeres españolas de un programa de cribado poblacional. Rev. Esp. Quimioter [Internet] 2017 [Consultado el 27 de febrero de 2020]; 30 (3) 177-182. Disponible en: <http://www.seq.es/seq/0214-3429/30/3/garcia10may2017.pdf>
10. López Corbeto E, González V, Bascunyana E, Humet V, Casabona J y Grupo de estudio CT/NG y CT/NG-Prisiones. Tendencia y determinantes de la infección genital

por Chlamydia trachomatis en menores de 25 años en Cataluña 2007-2014. *Enferm Infecc Microbiol Clín* [Internet] 2015 [Consultado el 23 de marzo de 2020]; 34 (8): 499-504. Disponible en: <https://bit.ly/2ZNIsoN>

11. Barberá M, Serrá-Pladevall J. Infección gonocócica: un problema aun sin resolver. *Enferm Infecc Microbiol Clin* [Internet] 2019 [Consultado el 24 de marzo de 2020]; 37 (7) 458-466. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0213005X19300023>
12. Lasagabaster Arando M, Otero Guerra L. Sífilis. *Enfer Infecc Microbiol Clin*. [Internet] 2019 [Consultado el 20 marzo de 2020]; 37 (6): 398-404. Disponible en: <https://bit.ly/2TJsOQ4>
13. Zarco Montejó J, Bermúdez Montero E. ¿Se está produciendo una "relajación social" en la prevención del sida? *Jano. Med y Hum*. [Internet] 2010 [Consultado el 22 de enero de 2020]; N° 1758. 56-62. Disponible en: <https://bit.ly/2xJfJc>
14. Chamorro L. VIH y SIDA en España. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2004 [Consultado el 28 de enero de 2020]; 78 (6): 665-668. Disponible en: <https://bit.ly/2L7Xkye>
15. Rodríguez Carrión J, Traverso Blanco CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit* [Internet] 2012 [Consultado el 8 febrero de 2020]; 26 (6): 519-524. Disponible en: <https://bit.ly/35DWDq8>
16. León Larios F, Gómez Baya D. Diseño y validación de un cuestionario sobre conocimientos de sexualidad responsable en jóvenes. *Rev. Esp. Salud Pública* [Internet] 2018 [Consultado el 8 febrero de 2020]; 92: e20180628. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100408&lng=es
17. Guerrero Hernández, Ramos González-Serna. Conocimientos, actitudes y creencias de los adolescentes sobre el VIH/sida. *Metas Enferm* [Internet] 2015 [Consultado el 9 febrero de 2020]; 18(9): 68-75. Disponible en: <https://bit.ly/3eiMcLN>
18. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Annual Epidemiological Report for 2017: Sexually Transmitted Diseases. [Internet] Solna: ECDC; 2019 [Consultado el 17 enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/3g9SgI3>
19. European Centre for Disease Prevention and Control & World Health Organization. HIV/AIDS Surveillance in Europe 2019. [Internet] Stockholm: ECDC & OMS; 2019 [Consultado el 17 enero de 2020]. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/hiv-surveillance-report-2019.pdf>
20. Unidad de Vigilancia del VIH y comportamientos de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en 2017. [Internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2019 [Consultado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2AdadF4>
21. Unidad de Vigilancia de VIH y comportamientos de riesgo. Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España. [Internet] Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III; 2019 [Consultado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2zTofvA>

22. Sistema de Información de Nuevas Infecciones de VIH en Canarias. Boletín Epidemiológico sobre VIH [Internet] Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Salud Pública, Servicio de Epidemiología y Prevención; 2019 [Consultado el 17 de enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2LKjp6x>
23. Red Canaria de Vigilancia Epidemiológica. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). [Internet] Santa Cruz de Tenerife: Dirección General de Salud Pública, Servicio de Epidemiología y Prevención; 2019 [Consultado el 17 enero de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2ANocBL>
24. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual, 2016-2021 [Internet]. Ginebra: OMS; 2016. [Consultado el 10 febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/es/>
25. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras Infecciones de Transmisión sexual [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2018 [Consultado el 17 enero de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/Proroga2017_2020_15Jun18.pdf
26. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del SNS. Plan Operativo 2019-2020. [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2019 [Consultado el 23 de febrero de 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Plan_Operativo_ENSS_2019_20.pdf
27. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet] Madrid: Gobierno de España; 2019 [Consultado el 23 de marzo de 2020]. Campaña #SiemprePreservativo frente a las Infecciones de Transmisión Sexual. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4595>
28. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. Rev. Esp. Salud Pública [Internet] 2009 [Consultado el 6 febrero 2020]; 83 (2): 309-320. Disponible en: <https://bit.ly/36yKfYM>
29. Espada JP, Guillén Riquelme A, Morales A, Orgilés M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. Atención Primaria [Internet] 2014 [Consultado el 6 de febrero de 2020]; 46 (10) 558-564. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714001322>
30. Haberland N, Rogow D. Sexuality Education: Emerging Trends in Evidence and Practice. Journal Of Adolescent Health [Internet] 2015 [Consultado el 1 de abril de 2020]; 56 (1): S15-21. Disponible en: <https://www.jahonline.org/action/showPdf?pii=S1054-139X%2814%2900345-0>

8. ANEXOS

Anexo 8.1. Imagen corporativa de la campaña #SiemprePreservativo lanzada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019).

**ES NORMAL
QUE TE ENTREN
GANAS
DE HACERLO
EN LA DE TUS
PADRES**



Lo que no es normal es que te entren
ganas de complicarte la vida

CERCA DE 4.000 NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH
+ DE 17.000 DE OTRAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

NO TE COMPLIQUES
#SiemprePreservativo

Prevenir las Infecciones de Transmisión
Sexual está en tu mano.



Anexo 8.2. Cuestionario utilizado como instrumento de medida

Este cuestionario, que consta de 38 ítems, tiene como objetivo analizar la relación que existe entre las diferentes secciones que lo componen, con el fin de conocer las conductas, comportamientos y conocimientos en materia de infecciones de transmisión sexual de los jóvenes y adolescentes de nuestra comunidad.

Cada uno de los ítems contiene múltiples opciones, pero solo podrás elegir una única respuesta, salvo los ítems 36, 37, 38, en los que se acepta respuesta múltiple.

Recuerda, este cuestionario es totalmente anónimo y voluntario, y los resultados obtenidos se utilizarán únicamente con fines estadísticos y analíticos.

Responde con seriedad y sinceridad, siguiendo las instrucciones descritas y manteniendo la intimidad de tus compañeros.

Características sociodemográficas

1. Sexo:

- Hombre
- Mujer
- Otro (especificar) _____.

2. Edad: _____

3. Tipo de centro educativo:

- Privado
- Público

4. Orientación sexual

- Heterosexual
- Homosexual
- Bisexual
- Otro (especificar) _____.

Experiencias, conductas y salud sexuales

5. ¿Qué edad tenías cuando mantuviste tu primera relación sexual?

- Edad (especificar) _____
- Aun no he mantenido relaciones sexuales

6. ¿Cuál de los siguientes grupos de características describe mejor tu primera relación sexual?

- Fija, habitual (con mi pareja).
- Ocasional, esporádica (con un "ligue de una noche", con desconocido, etc.)

7. ¿Utilizaste preservativo durante tu primera relación sexual?

- Sí
- No

8. Si no utilizaste preservativo, ¿por qué motivo lo hiciste?

- No hablamos del tema antes de tener relaciones.
- Era muy difícil para mi proponerlo.
- No teníamos en aquel momento.
- Conocía a la persona.
- La persona no quería usarlo.
- Yo no quería usarlo.
- Utilizamos otro método.
- Creí que no corría riesgo.
- Solo practicamos sexo oral.
- Estaba enamorado/o.
- Sin preservativo se siente más.
- Habíamos bebido o tomado drogas.
- Tenía un deseo incontrolado.

9. ¿Consumiste algún tipo de droga (alcohol, cannabis, drogas sintéticas, etc...) la primera vez que mantuviste relaciones sexuales?

- Sí
- No

10. ¿Cuál de los siguientes grupos de características describe mejor tu última relación sexual?

- Fija, habitual (con mi pareja).
- Ocasional, esporádica (con un "ligue de una noche", con desconocido, etc.)

11. ¿Utilizaste preservativo en tu última relación sexual?

- Sí
- No

12. Si no utilizaste preservativo, ¿por qué motivo lo hiciste?

- No hablamos del tema antes de tener relaciones.
- Era muy difícil para mi proponerlo.

- No teníamos en aquel momento.
- Conocía a la persona.
- La persona no quería usarlo.
- Yo no quería usarlo.
- Utilizamos otro método.
- Creí que no corría riesgo.
- Solo practicamos sexo oral.
- Estaba enamorado/o.
- Sin preservativo se siente mas.
- Habíamos bebido o tomado drogas.
- Tenía un deseo incontrolado.

13. ¿Consumiste algún tipo de droga (alcohol, cannabis, drogas sintéticas, etc...) la última vez que mantuviste relaciones sexuales?

- Sí
- No

14. ¿Has recibido educación sanitaria respecto a las infecciones de transmisión sexual?

- Sí
- No

15. Si la respuesta es sí, ¿de qué forma la recibiste?

- Por mi padre/madre/familiar
- Profesional sanitario (médicos y/o enfermeros)
- Internet/TV
- Por mis amigos
- Otro (especificar) _____

16. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido durante toda tu vida?

- 1
- 2
- 3
- Mas de 3 (especificar) _____

17. ¿Alguna vez te ha diagnosticado una infección de transmisión sexual (ITS)?

- Sí
- No

Conocimientos sobre ITS y sexualidad

18. La marcha atrás es un método, que, si se lleva a cabo cuidadosamente, puede considerarse como un método seguro.

- Verdadero
- Falso

19. Si lavo cuidadosamente el preservativo puede llegar a utilizarse hasta 3 veces, pero nunca más de 4.

- Verdadero
- Falso

20. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método que, si se conoce bien a la pareja sexual, es seguro para evitar el embarazo.

- Verdadero
- Falso

21. Las pastillas anticonceptivas también protegen de ciertas infecciones de transmisión sexual.

- Verdadero
- Falso

22. Todas las mujeres sexualmente activas deben hacerse citologías anuales.

- Verdadero
- Falso

23. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es causado por un virus llamado VIH.

- Verdadero
- Falso

24. El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre.

- Verdadero
- Falso

25. Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas.

- Verdadero
- Falso

26. El periodo ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH.

- Verdadero
- Falso

27. El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar la transmisión de VIH.

- Verdadero
- Falso

- 28. Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales.**
- Verdadero
 Falso
- 29. El preservativo femenino no es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del VIH.**
- Verdadero
 Falso
- 30. La gonorrea, en personas sanas sin patologías de base, se cura sola en la mayoría de los casos.**
- Verdadero
 Falso
- 31. La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se tratan precozmente**
- Verdadero
 Falso
- 32. Con penetración, pero sin eyaculación se evita el embarazo y ciertas infecciones de transmisión sexual.**
- Verdadero
 Falso
- 33. No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital**
- Verdadero
 Falso
- 34. Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios**
- Verdadero
 Falso
- 35. El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio de infecciones de transmisión sexual**
- Verdadero
 Falso
- 36. De la siguiente lista, ¿cuáles son métodos anticonceptivos?**
- Preservativo masculino
 Preservativo femenino
 Píldora anticonceptiva
 Parches hormonales
 Anillo vaginal
 Diafragma
 DIU
 Píldora del día siguiente
 Vasectomía o ligadura de trompas
- 37. ¿De la siguiente lista, cuáles métodos anticonceptivos previenen las ITS?**
- Preservativo masculino
 Preservativo femenino
 Píldora anticonceptiva
 Parches hormonales
 Anillo vaginal
 Diafragma
 DIU
 Píldora del día siguiente
 Vasectomía o ligadura de trompas
- 38. ¿Qué enfermedades pueden ser adquiridas a través de relaciones sexuales sin protección?**
- Clamidia
 Gonorrea
 Enfermedad inflamatoria pélvica
 Hepatitis B
 Herpes genital
 Virus del Papiloma Humano
 Sífilis
 Tricomoniasis
 Vaginosis bacteriana
 Verrugas genitales
 VIH/SIDA.

Anexo 8.3. Instancia al centro educativo para llevar a cabo el estudio

DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

La Laguna, enero de 2020

El alumno D. Juan Miguel Viera Torres, de Cuarto Curso de Grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna, se encuentra elaborando su Trabajo de Fin de Grado del que soy su tutora y con el principal objetivo de valorar la relación existente entre ambas.

Trabajos similares se han llevado a cabo en diferentes puntos de la geografía nacional, pero ninguno hasta ahora en Canarias, lo que nos permitiría conocer cuál es el comportamiento de los jóvenes de esta comunidad y las diferencias/similitudes existentes con el de otras regiones, además de realizar una aportación más a la Ciencia acerca de un problema de salud pública que exige medidas educativas desde las primeras etapas de la vida.

Por desgracia, las infecciones de transmisión sexual han aumentado en nuestro país desde el 2001, según el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Carlos III, y las consecuencias sobre la salud se verán en los próximos años. Los profesionales de la salud tenemos el deber de informar y educar a la población en general, pero sobre todo a los jóvenes sobre qué son las ITS, cómo se contagian, qué daños provocan y cómo pueden prevenirse.

Desde este contexto educativo nace nuestro Trabajo de Investigación, para lo cual debemos realizar un diagnóstico inicial de la población joven de Canarias, seleccionando para ello algunos centros educativos públicos y privados del municipio de Santa Cruz de Tenerife, siendo el que usted dirige uno de ellos. Les estaríamos muy agradecidos que colaboraran con nosotros y nos permitieran llevar a cabo este trabajo de investigación en su centro mediante un cuestionario ya validado, y que le facilitaríamos para su conocimiento. Estamos seguros de que los resultados obtenidos servirán para proponer más medidas educativas, además de las ya existentes, que ayuden a disminuir en un futuro las cifras de población afectada por estas enfermedades.

Agradeciéndole su atención, le saluda atentamente,



Fdo. Prof. Dra. Margarita Hernández Pérez

Anexo 8.4. Solicitud de consentimiento para la Dirección del Centro educativo



Solicitud de consentimiento para la Dirección del Centro educativo

Yo, Juan Miguel Viera Torres, con DNI 42199823K, alumno de 4º curso del grado en Enfermería por la Universidad de La Laguna, estoy llevando a cabo mi proyecto de investigación. El principal objetivo del estudio es analizar los distintos comportamientos y actitudes sexuales en relación con sus conocimientos y percepción de riesgo, con el fin de analizar la población joven y adolescente.

Para ello, como instrumento de recogida de datos se ha elaborado un cuestionario, a partir de una serie de ítems ya elaborados y validados previamente por investigadores expertos de la materia.

Solicito, por tanto, la autorización de la Dirección del Centro I.E.S. DOMINGO PEREZ MURILLO....., para poder llevar a cabo la investigación en el centro educativo.

La Dirección y el profesorado están informados del objeto de la investigación, la estructura del cuestionario, así como todos los detalles del procedimiento. El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los alumnos se ajustará a lo dispuesto en la *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*.

Gracias por su colaboración.

Firma del alumno Investigador

Juan M. Viera Torres

Firma de la Dirección del Centro



En SAN CRISTÓBAL LA LAGUNA a 28 de ENERO de 2020.

Anexo 8.5. Solicitud de consentimiento para los padres/madres o tutor/a legal del/la alumno/a participante

Solicitud de consentimiento para el/la padre/madre o tutor/a legal del/la alumno/a participante

Yo, Juan Miguel Viera Torres, con DNI 42199823K, alumno de 4º curso del Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, estoy llevando a cabo mi trabajo fin de grado.

El principal objetivo del estudio es analizar los distintos comportamientos y actitudes sexuales en relación con sus conocimientos y percepción de riesgo, con el fin de analizar la población joven y adolescentes de Canarias.

Para ello, como instrumento de recogida de datos se ha elaborado un cuestionario, a partir de una serie de cuestionarios ya elaborados y validados previamente por investigadores expertos de la materia.

Solicito, por tanto, la autorización del padre/madre/ o tutor/a legal del/la alumno/a, para poder llevar a cabo la investigación en el centro educativo.

Los datos obtenidos durante la investigación se tratarán con absoluta confidencialidad. La Dirección y el profesorado están informados del objeto de la investigación, la estructura del cuestionario, así como todos los detalles del procedimiento.

Gracias por su colaboración

Firma del padre/madre/ o tutor/a legal del/la alumno/a

Anexo 8.6. Tablas de Resultados

Tabla 5.1.1. Descripción de las características definitorias de la primera y última relación sexual

Respuesta		Primera relación sexual		Última relación sexual	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Fija, habitual (con mi pareja)	28	63,6	24	54,5
	Ocasional, esporádica (con un "ligue de una noche", con un desconocido)	16	36,4	20	45,5
	Total	44	100	44	100,0

Tabla 5.1.2. Uso del preservativo en relación con la primera y última relación sexual

Respuesta		Primera relación sexual		Última relación sexual	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Sí	35	79,5	30	68,2
	No	9	20,5	14	31,8
Total		44	100	44	100,0

Tabla 5.1.3. Consumo de drogas en relación con la primera y última relación sexual

Respuesta		Primera relación sexual		Última relación sexual	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Sí	5	11,4%	8	18,2
	No	39	88,6%	36	81,8
Total		44	100	44	100,0

Tabla 5.1.4. Relaciones entre la variable consumo de alcohol y uso de preservativo

Uso de preservativo		Recuento	Consumo de drogas durante la relación sexual		Total
			Sí	No	
Uso de preservativo	Sí	Recuento	5	25	30
		% Dentro uso del preservativo	16,7	83,3	100,0
	No	Recuento	3	11	14
		% Dentro de uso del preservativo	21,4	78,6	100,0
Total	Recuento	8	36	44	
	% Dentro de uso del preservativo	18,2	81,8	100,0	

Tabla 5.2.1. Aciertos y errores en cuestiones acerca de sexualidad e ITS*

Cuestión	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	Aciertos		Errores	
Si lavo cuidadosamente el preservativo puede llegar a utilizarse hasta 3 veces, pero nunca más de 4	52	100	0	0
Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método que, si se conoce bien a la pareja sexual, es seguro para evitar el embarazo	50	98	1	2
No es conveniente mantener relaciones sexuales si se tiene una infección por herpes genital	50	94,3	3	5,7
Existe riesgo de contraer el VIH por compartir jeringuillas contaminadas	49	96,1	2	3,9
El VIH se transmite por medio de secreciones vaginales y seminales, y la sangre	47	90,4	5	9,6
La marcha atrás es un método que, si se lleva a cabo cuidadosamente, puede considerarse como un método seguro	46	88,5	6	11,5
El SIDA es causado por un virus llamado VIH	46	90,2	5	9,8
La sífilis puede dejar lesiones permanentes si no se tratan precozmente	46	92	4	8
Las pastillas anticonceptivas también protegen de ciertas infecciones de transmisión sexual	45	91,8	4	8,2
Las píldoras anticonceptivas son eficaces para prevenir la transmisión del VIH en las relaciones sexuales	45	90	5	10
Con penetración, pero sin eyaculación se evita el embarazo y ciertas infecciones de transmisión sexual	44	86,3	7	13,7
Todas las mujeres sexualmente activas deben hacerse citologías anuales	39	81,3	9	18,8
El anillo vaginal o el DIU son métodos eficaces para evitar la transmisión de VIH.	39	75	13	25
Una vez curado y tratado el herpes genital, no hay peligro de nuevos contagios	39	76,5	12	23,5
La gonorrea, en personas sanas sin patologías de base, se cura sola en la mayoría de los casos.	35	70	15	30
El uso de cremas espermicidas durante las relaciones sexuales evita el contagio por clamidias	34	70,8	14	29,2
El preservativo femenino no es tan eficaz como el preservativo masculino para evitar la transmisión del virus del VIH	23	45,1	28	54,9
El período ventana es el tiempo que tarda el cuerpo en producir anticuerpos tras la transmisión de VIH	19	44,2	24	55,8

*Los ítems sin respuesta se contabilizan como "valores perdidos" por lo que no contabilizan en el cómputo total, debido a ello hay pequeñas diferencias entre porcentajes similares.

Tabla 5.2.2. Relaciones entre la variable uso del preservativo y cuestiones acerca de sexualidad e ITS

			Cuestión "Preservativo femenino"		
			Verdadero	Falso	Total
Uso de preservativo	Sí	Recuento	22	12	34
		% Dentro de uso de preservativo	64,7	35,3	100,0
	No	Recuento	3	6	9
		% Dentro de uso de preservativo	33,3	66,7	100,0
Total		Recuento	25	18	43
		% Dentro de uso de preservativo	58,1	41,9	100,0

Tabla 5.2.3. Relaciones entre la variable educación sanitaria y cuestiones acerca de sexualidad e ITS.

			Cuestión "Periodo ventana"		
			Verdadero	Falso	Total
Educación sanitaria	Sí	Recuento	18	19	37
		% Dentro de Educación Sanitaria	48,6	51,4	100,0
	No	Recuento	1	5	6
		% Dentro de Educación Sanitaria	16,7	83,3	100,0
Total		Recuento	19	24	43
		% Dentro de Educación Sanitaria	44,2	55,8	100,0

Tabla 5.2.4. Consideración acerca de los métodos anticonceptivos

Método anticonceptivo	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Preservativo masculino	49	90,7	5	9,3
Píldora anticonceptiva	47	87	7	13
Preservativo femenino	42	77,8	12	22,2
Vasectomía o ligadura de trompas	38	70,4	16	29,6
DIU	36	66,7	18	33,3
Anillo vaginal	27	50	27	50
Píldora del día siguiente	27	50	27	50
Parches hormonales	10	18,5	44	81,5
Diafragma	10	18,5	44	81,5

Tabla 5.2.5. Respuestas sobre ITS transmisibles en una relación sexual sin protección

ITS	Sí		No	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
VIH/SIDA	45	83,3	9	16,7
Gonorrea	44	81,5	10	18,5
Herpes genital	42	77,8	12	22,2
Sífilis	39	72,2	15	27,8
Clamidia	34	63	20	37
Verrugas genitales	29	53,7	25	46,3
Vaginosis bacteriana	29	53,7	25	46,3
VPH	24	44,4	30	55,6
Hepatitis B	20	37	34	63
EIP	17	31,5	37	68,5
Tricomoniasis	10	18,5	44	81,5

Tabla 5.3.1. Motivos por los que no se usó preservativo en la primera relación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Respuesta	No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales	5	55,6
	Conocía a la persona	1	11,1
	La persona no quería usarlo	1	11,1
	Utilizamos otro método	1	11,1
	Sin preservativo se siente más	1	11,1
Total		9	100,0

Tabla 5.3.2. Motivos por lo que no se utilizó preservativo en la última relación sexual

		Frecuencia	Porcentaje
Respuesta	Era muy difícil para mí proponerlo	1	7,1
	No teníamos en aquel momento	2	14,3
	Yo no quería usarlo	2	14,3
	Utilizamos otro método	4	28,6
	Creí que no corría riesgo	2	14,3
	Sin preservativo se siente más	2	14,3
	Tenía un deseo incontrolado	1	7,1
Total		14	100,0

Tabla 5.4.1. Procedencia de la información sanitaria recibida

		Frecuencia	Porcentaje
Respuesta	Por mi padre, madre, tutor, familiar	8	18,6
	Profesional sanitario (médico, enfermero, etc.)	20	46,5
	Internet o TV	6	14
	Por mis amigos	1	2,3
	Otro	8	18,6
	Total	43	100,0

Tabla 5.4.2. Relaciones entre las variables uso de preservativo y educación sanitaria

			Educación sanitaria		
			Sí	No	Total
Uso preservativo	Sí	Recuento	30	5	35
		% Dentro del uso de preservativo	85,7	14,3	100,0
	No	Recuento	7	2	9
		% Dentro del uso de preservativo	77,8	22,2	100
Total		Recuento	37	7	44
		% Dentro del uso de preservativo	84,1	15,9	100,0