



**PROPUESTA DE PROYECTO DE EDUCACIÓN
AFECTIVO-SEXUAL:
EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DESDE LOS 14
HASTA LOS 16 AÑOS**

Grado en enfermería

Facultad de ciencias de la salud, sección de enfermería

Universidad de La Laguna

Tenerife

Curso 2021/2022

Oriana González Hernández

Tutor: Mario de Bonis Redondo

RESUMEN:

La adolescencia comprende un período bastante confuso en cuanto a lo que sexualidad y reproducción se refiere. Con el comienzo de los cambios hormonales y la inclusión de nuevos aspectos socioculturales que aluden al sexo, se requiere un abordaje de educación afectivo sexual necesario para que los adolescentes puedan consolidar prácticas seguras tanto a nivel fisiológico como psicológico.

Mediante este proyecto de investigación lo que se busca es proponer la necesidad de valorar qué conocimientos tienen los adolescentes sobre el tema, con el fin de evaluar esta iniciativa de propuesta de cambios en los programas educacionales actuales sobre edades tempranas.

Concretamente se ha propuesto trabajar con los alumnos de 14, 15 y 16 años de los centros educativos IES Canarias Cabrera Pinto y IES Santa María de Taco donde se evaluarán no únicamente los conocimientos de los alumnos sino además los factores externos influyentes en comparativa de las diversas zonas como los factores laborales, económicos, niveles de estudios poblacionales, etc. Se realizará una encuesta de carácter cuantitativo y los resultados determinarán si existe la necesidad de asegurar un desarrollo adaptado a lo largo de la vida sexual poblacional.

Palabras Clave (DeCs): Educación social, adolescencia, enfermedades de transmisión sexual, gestión de riesgos, conducta sexual.

ABSTRACT

Adolescence is a rather confusing period in terms of sexuality and reproduction. With the onset of hormonal changes and the inclusion of new social and cultural aspects that allude to sex, an affective-sexual education approach is required so that adolescents can consolidate safe practices at both the physiological and psychological levels.

The aim of this research project is to propose the need to assess what knowledge adolescents have on the subject, in order to evaluate this initiative to propose changes in current educational programmes at an early age.

Specifically, it has been proposed to work with 14, 15 and 16 year old students from the educational centres IES Canarias Cabrera Pinto and IES Santa María de Taco, where not only the knowledge of the students will be evaluated, but also the influential external factors in comparison with the different areas, such as work factors, economic factors, levels of studies, etc. A quantitative survey will be carried out and the results will determine whether there is a need to ensure adapted development throughout the population's sexual life.

Key words (DeCs): Social education, adolescence, sexually transmitted diseases, risk management, sexual behaviour.

“Si Freud centró las cosas en la sexualidad, es porque en la sexualidad, el ser parlante balbucea” - Jacques Lacan

ÍNDICE

1. Antecedentes.....	5-22
1.1. Situación actual de la educación sexual española.....	5-8
1.2. Evolución de la sexualidad.	8-11
1.3. Evolución de la educación sexual en España.....	11-14
1.4. Desarrollo sexual durante la adolescencia.....	14-15
1.5. Conceptualización de la sexualidad según diversos autores.....	15-18
1.6. Métodos anticonceptivos y embarazos indeseados	18-20
1.7. Incidencias de ETS entre la población adolescente	20-22
2. Justificación.....	22
3. Objetivos.....	23
4. Metodología.....	23-30
4.1. Diseño.....	24
4.2. Población de estudio.....	24-25
4.2.1. Criterios de inclusión y exclusión.....	25-26
4.3. Método de muestreo	26-27
4.4. Variables objeto de estudio	27-28
4.5. Métodos de recogida de la información	28-29
4.6. Métodos estadísticos.....	29-30
5. Consideraciones éticas	30
6. Procedimiento.....	31-32
6.1. Presupuestos.....	31
6.2. Cronograma	32
7. Bibliografía	33-36
8. Anexos	37-44

1.1 Introducción: situación actual de la educación sexual española.

Uno de los períodos más significativos para el desarrollo del ser humano, es el que comprende la adolescencia. Si todo este evento evolutivo tuviese que encasillarse en una sola palabra probablemente sería confusión, dado que los grandes cambios tanto anatómicos, como psicológicos, engloban un constante descubrimiento en todas las áreas que consolidarán nuestro desarrollo. La búsqueda de un equilibrio entre las condiciones anatómicas y psicoafectivas se verá continuamente influenciada por elaboraciones del lenguaje y otras influencias presentes en el ambiente, puesto que toda conducta humana viene predominantemente establecida a través de diversos manifiestos comunitarios que consolidan las dimensiones del comportamiento social.

Así mismo, la sexualidad constituye un constructo sociocultural que durante la fase de desarrollo puberal implica las primeras interacciones sexuales con las ideas e influencias que se han mencionado previamente, implicando situaciones y conocimientos que muchas veces dificultan un desarrollo correcto de las prácticas sexuales en edades tempranas. De esta forma, con este proyecto se busca transmitir no sólo los conocimientos, sino también llegar a los alumnos con un abordaje integral educativo; desde la libertad, la responsabilidad y el bienestar para conseguir que se ejerzan prácticas seguras y que por ellos mismos sepan conocer e identificar el comportamiento sexual humano y sus dimensiones.

Tal como define la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud sexual se basa en el bienestar y no meramente en la ausencia de enfermedad, sino en la implicación del respeto, la seguridad y la libertad frente a la discriminación y a la violencia. La salud sexual depende del goce de determinados derechos humanos. (1)

Existen también conflictos relacionados con las deficiencias formativas, que no solo reflejan la importancia de la conducta social y las influencias sobre el entorno, sino que además son de otra índole. Durante el intervalo de la adolescencia, ocurre de una manera muy adulta el desarrollo del cuerpo sobre las funciones sexuales adultas, mientras que las funciones a nivel psicosocial siguen caracterizándose por su tendencia pueril, lo que puede traducirse como una predisposición a una mayor vulnerabilidad entre estos grupos de edad, lo que dará lugar a una mayor incidencia de prejuicios, desconocimiento, estereotipos y en una mayor escala casos de trastornos sociales, aumento de las enfermedades de transmisión sexual, mayor riesgo de embarazos no deseados, etc. (2)

Actualmente en la sociedad, se han dado una serie de cambios que ofrecen una visión más completa y diversa sobre la sexualidad de la que conocíamos anteriormente. La orientación sexual y la identidad de género son conceptos que se han reinventado a lo largo del tiempo, experimentando una evolución de mayor amplitud, no únicamente a nivel de experimentación sexual, sino a escala de aceptación e implicación social con el fin de conseguir que se conciba el amplio abanico de pluralidad sexual como un derecho fundamental a lo largo de todo el mundo.

Pero, pese a todos estos grandes avances que han encaminado las conductas sociales, existen aún múltiples factores que resultan un inconveniente para la obtención de prácticas sexuales seguras. En primer lugar, factores biológicos: el epitelio vulvar es menos resistente. El cérvix en la post-menarquia ofrece una mayor ectopia por lo que se facilita el asentamiento de gérmenes además de la escasa inmunidad a los organismos patógenos. En segundo lugar, factores psicosociales: la adolescencia es una etapa caracterizada por la experimentación y búsqueda de nuevas emociones a lo que se suma a la poca percepción del riesgo. Y finalmente los factores que serán nuestro objeto principal de estudio, los factores educativos, donde los adolescentes están poco o mal informados sobre los riesgos que existen a nivel sexual, ya que existe el pensamiento de que hablándoles de estas prácticas se les incita a tener relaciones; y factores conductuales: cada vez se produce de forma más temprana el inicio de la edad sexual que tiene como consecuencias negativas el riesgo de contraer y difundir una ETS. (2,3)

También este inicio precoz favorece la promiscuidad entre jóvenes, pues según un estudio realizado por la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña (AIFiCC), la edad media de inicio en las primeras relaciones sexuales con penetración es 13,8 años. Este estudio llevado a cabo en un instituto de Terrassa, Barcelona, se realizó con el fin de evaluar la salud y las competencias sexuales de casi 250 alumnos de cuarto de la ESO cuya edad media rondaba sobre los 15 años (siendo el 51% chicas, el 47% chicos y 2% de sexo no binario). Entre los adolescentes que afirmaron haber mantenido relaciones sexuales con penetración, el 62% aseguraron haber empleado algún tipo de método anticonceptivo, aunque igualmente, el 25% utilizó la píldora de emergencia, con una media de uso de dos veces. (4)

En la actualidad, los adolescentes se encuentran muy confundidos con respecto al tema de la sexualidad pues reciben demasiada información de demasiadas fuentes que además son muy diversas entre sí. Únicamente un 9% de los encuestados habían recibido formación sexual durante la educación primaria y cabe destacar que precisamente este porcentaje empleó anticonceptivos en su primera relación sexual. Además, el 83% de estos

adolescentes se consideraban bastante formados en temas de sexualidad. De hecho, de este porcentaje, la edad media en la que recibieron su primera formación sexual a nivel escolar fue a los 12 años. El 80,4% afirmó que dicha formación les había aclarado múltiples dudas y el 34,3% expresó querer recibir más información acerca de métodos anticonceptivos y riesgos de las ITS, pues sus fuentes principales se basaban en los amigos (35%), internet (19%) y los padres (19%). (4)

Esto último supone un problema dividido en dos partes: principalmente, el tema del acceso ilimitado a internet. La sexualidad y sus manifestaciones son un tema que siempre se ha empleado con el fin de vender de forma deliberada, ya sea a través de medios comunicativos, marketing, libros, redes sociales, etc. Y teniendo en cuenta que cada vez más los jóvenes adquieren de forma más ágil cualquier habilidad tecnológica, el internet es un medio que permite a los niños investigar acerca del tema de la sexualidad y generalmente, esto resulta en búsquedas ineficientes con información inadecuada, que causa más confusión aún o incluso en páginas de pornografía donde a través del consumo de esta, se fomentan las prácticas de riesgo, ya no sólo a nivel de ITS y embarazos no deseados sino a nivel perceptivo sobre los roles sexuales asociándose con diferentes aspectos como la permisividad sexual, la violencia y la coerción sexual, entre otros. (5) (6) (7)

Según un escrito de Valkenburg & Peter, los adolescentes priorizan las búsquedas y la comunicación a través del mundo cibernético ante las situaciones cara a cara debido a que tratar temas íntimos como el amor, el sexo y otros tópicos pueden llegar a generar situaciones incómodas que causan vergüenza. En la práctica, el 49% de adolescentes de entre 15 y 16 años visualizan contenidos sexuales a través de diversas plataformas como las redes sociales. Gracias a factores como el anonimato y la accesibilidad, los adolescentes encuentran internet como un medio seguro para buscar y compartir consejos sobre salud sexual y asuntos emocionales, como temas de orientación sexual o la exploración de su sexualidad sin el miedo de ser identificados. Aunque esto también puede derivar en conductas escasas en parámetros a nivel moral que pueden llegar a vulnerar su propia integridad, como ya detallaremos más adelante. (6, 7)

En segundo lugar, las influencias sociales provenientes de amigos y familiares pueden resultar en puntos débiles para los propios adolescentes. El 9% de los adolescentes encuestados afirmaron haber mantenido su primera relación sexual por una influencia externa y el 16% declaró la probabilidad de dejarse convencer para evitar el uso del preservativo. El 79,4% había mantenido algún tipo de relación sexual besos (31%), petting (12,3%), sexo oral (14,6%), sexo vaginal (16%), o sexo anal (4,6%). Pese a todos estos datos recogidos, el 35% de los adolescentes no tienen confianza con sus familiares para mantener conversaciones

acerca de la sexualidad. Diferentes carencias, como la falta de comunicación en el ámbito familiar también suponen un factor de riesgo para una vida sexual sana, la importancia de contar con una figura parental de referencia ante todas las dudas posibles, así como el poder compartir los diferentes temas que engloban la sexualidad, implican y radican en la construcción de la información y de los valores adecuados conformes a la edad, género y orientación sexual de cada adolescente, construyendo así un desarrollo efectivo sobre las actitudes y las necesidades que garanticen prácticas seguras. (4, 7)

Para finalizar, este proyecto tratará sobre estos temas, con el fin de potenciar una educación sexual íntegra y que verdaderamente valore aquellas necesidades e intereses de todos aquellos alumnos a los que se dirige.

María Lameiras y María Victoria Carrera, recogen en su libro “*Educación sexual: de la teoría a la práctica*” que el enfoque escolar no recoge las verdaderas necesidades de los alumnos, sino que únicamente trata todo lo relacionado con la reproducción sexual, la reproducción en plantas y la reproducción animal. La LOGSE (1990) comenzaba a introducir la apertura de programas en educación sexual, afectiva y reproductiva y en la LOE de 2006 aventuraban principios de la transversalidad incluyendo contenidos en educación para la ciudadanía. Sin embargo, con la LOMCE de 2012 todos estos avances fueron retractándose a raíz de nuevas reformas educativas que se ceñían únicamente a los principios reproductivos que hablábamos previamente. (8)

Es por ello que, tratando de potenciar todas estas carencias, la enfermería tiene un papel muy importante, enfocándose en la impartición de las materias necesarias en salud sexual y en la prevención de las enfermedades en su papel comunitario, el cual mediante un ofrecimiento de información sistemática sobre los temas más fundamentales de la sexualidad, fomentando acciones adecuadas y adaptadas respetando los valores familiares y de cada adolescente, impartiendo valores éticos universales se puede llegar a proteger la integridad sexual de los jóvenes.

1.2. Evolución histórica de la sexualidad

El concepto de la sexualidad se ha ido redefiniendo a lo largo de toda la historia de la humanidad. Su evolución principalmente va de la mano con la evolución de la mentalidad del ser humano, lo que constituye un cambio constante de su conceptualización y sus prácticas. Antiguamente, la idea de la sexualidad consistía en un razonamiento puramente instintivo, en la época de la prehistoria, el acto sexual consistía en un hecho puramente impulsivo, cuyo fin era la satisfacción sin una mayor trascendencia. Conforme la humanidad sigue evolucionando, las creencias religiosas comienzan a interferir en las prácticas e

ideologías acerca de la sexualidad, llegando incluso a ser perseguida y reprimida socialmente. (9)

Actualmente, la civilización trata de desarrollar la sexualidad de forma plena y racional, siendo su manifestación un acto muy importante dentro de la vida cotidiana, pues mediante la sexualidad no sólo empleamos prácticas en búsqueda del placer, sino que afianzamos otros conceptos como la comunicación, la confianza, la intimidad, etc. Dentro de nuestros valores como civilización moderna, tenemos claro que un desarrollo libre y pleno es claramente necesario para consolidar una sexualidad sana que complazca a sus participantes.

La psicología evolucionista consiste en el estudio de conducta y psicología de humanos y primates a través de su propia evolución, Cosmides y Toby la definen como “un acercamiento a la psicología, en el cual el conocimiento y los principios de la biología evolutiva son usados en la investigación acerca de la estructura de la mente”. Enfocada desde el punto evolutivo de la sexualidad, esta disciplina trata de determinar un punto común en la naturaleza biológica de los humanos y de evidenciar su origen en clave adaptativa. El autor David M. Buss, consideró en una de sus obras acerca de la psicología evolucionista, que la configuración de la mente humana consistía en un conglomerado de mecanismos psicológicos que habían surgido a lo largo de la evolución. Bajo su criterio, la resolución de problemas como la elección de pareja, la adquisición del lenguaje, los vínculos familiares y demás estaban moldeados bajo la acción de la selección natural y el modo de vida característicos del Pleistoceno. Metodológicamente, el autor recoge análisis estadísticos con los que establece una comparación de los datos recogidos entre antecedentes acerca de las costumbres y modos de vidas de culturas conocidas que se obtuvieron y la ejecución de encuestas y entrevistas dirigidos a una selección de estudiantes universitarios, incluyendo a su vez, el análisis de escenarios creados y promulgados a través del cine, la escritura y el teatro. (10) (11)

Si analizamos superficialmente la evolución del concepto de la sexualidad y las prácticas según esta conceptualización, partimos de una base donde el sexo se establecía con el fin de la procreación para formular una familia y prolongar el lazo evolutivo de la comunidad. La figura del hombre se fundamenta en una dualidad donde éste establece vínculos conyugales y sociales a la vez, primando los valores de los deberes matrimoniales enfocándose al motivo existencial de toma de valor para las personas. El juicio de la época establecía que el placer estaba subordinado a todas aquellas obligaciones maritales e incluso a las ciudadanas. La historia de la sexualidad evidencia dos rupturas que marcan un antes y un después en las prácticas sexuales de la sociedad: la primera nace a raíz del siglo XVIII

donde se produce “*el nacimiento de las grandes prohibiciones, valoración de la sexualidad adulta y matrimonial únicamente, imperativos de decencia, evitación obligatoria del cuerpo, silencios y pudores imperativos del lenguaje*” siendo este el nacimiento de las prácticas enfocadas en el coitocentrismo con fines reproductivos y donde se reprimen símbolos como el placer, la libertad sexual, la protección sexual y se acentúan los roles de género particularmente. La segunda brecha nace durante el siglo XX: “...*los mecanismos de presión habrían comenzado a aflojarse; se habría pasado de las prohibiciones sexuales apremiantes, a una tolerancia relativa respecto a las relaciones prenupciales o extramatrimoniales...*” (9) (11)

Conforme el sexo comienza a suponer una reconstrucción social, donde se empezaba a asociar con ideas positivas y aludiendo de nuevo a Foucault, “*el individuo moderno puede hacer la experiencia de sí mismo, como objeto de una “sexualidad”, era indispensable despejar antes la forma en que, a través de los siglos, el hombre occidental se vio llevado a reconocerse como sujeto de deseo*”. Ocurre un movimiento que supone el ápice del cambio que consolidará el principio de lo que hoy conocemos como sexualidad: el movimiento feminista. Con el surgimiento de las ideologías que desechan la centralización del mantenimiento de relaciones sexuales desde un enfoque coitocentrista y cuya finalidad principal no consistía en la reproducción y se centraba más en el placer sexual, además de la supresión por completo de la imagen de la mujer como tal, donde el enfoque siempre fue mayoritariamente una designación como objeto sexual-reproductivo, simultáneamente comienzan a surgir cambios a nivel de libertad sexual. (9) (12)

A todo este movimiento, se le suma el gran avance de los métodos anticonceptivos. Según el paso del tiempo, con la pérdida de focalidad en la reproducción únicamente, con la figura de un empoderamiento femenino más llevado a la práctica y mediante avances médicos, comienzan a surgir las preocupaciones por el control de la natalidad. Con la liberación por parte del sexo femenino y su introducción en la sociedad con un papel contribuyente en el mercado laboral, se descarta la obligación de la mujer en el papel de la natalidad y con ello se emplean mejores técnicas de anticoncepción femenina. (11) (12)

Inicialmente, existían múltiples mitos en los que las mujeres empleaban utensilios de cocina e ingredientes que según las creencias populares evitaban las gestaciones, así como tampones de hilaza mezclados con miel, también se realizaban rituales como derramamientos sobre la tierra, se empleaban amuletos o técnicas con el fin de endurecer las paredes uterinas para evitar que el esperma penetre en el útero de forma que se aplicaban aceites de oliva, de cedro o de inciensos. Una vez las leyes civiles primaron ante las leyes de moralidad cristianas, los métodos de contracepción ineficaces pasaron a dejarse de lado y comenzaron a crearse

métodos seguros, fue así el surgimiento del preservativo eficaz en 1843. Posteriormente, en 1916 la enfermera Margaret Sanger abrió la primera clínica en EEUU para el control de la natalidad. (12)

Podemos concluir, que la sexualidad no es más que una idealización propia de la sociedad. Las formas de manifestar la sexualidad en la actualidad son muy diversas, por una parte, se rigen por la conducta impulsiva e instintiva que mantenemos desde los inicios de esta y por otro lado las conductas sexuales se ahorman al sistema de valores, preceptos y prácticas que actualmente se enmarcan en la libertad. (13)

1.3. Evolución de la educación sexual en España

Con la creación de los fundamentos de planificación familiar y teniendo como fondo las políticas de población los países occidentales comenzaron a introducir en sus sistemas educativos la educación social en ámbitos de socialización y planes de enseñanza. En España concretamente, a través de los programas y decretos oficiales del Ministerio de Educación que se emplearon en consecuencia de la transición democrática, se comienza a recomendar la inclusión de planes de educación sexual en el cerco de primaria, concretamente entre primero y segundo de primaria. Esta innovadora propuesta surge de la incidencia de casos de SIDA en la época y su objetivo es la prevención de este y de otras enfermedades e infecciones de transmisión sexual, pero sobretodo los embarazos indeseados entre adolescentes (en esta década se registraron entre 30.000 y 50.000 embarazos no deseados) que consolidan efectos desintegradores en los núcleos convencionales familiares. (14)

Estas iniciativas sexo-pedagógicas se enfocan principalmente en el ámbito escolar pero también se dirigen al doméstico. Las bases de los comienzos de estas campañas divulgativas consistían en el uso de preservativos y su difusión entre adolescentes para mantener un sexo seguro. Sin embargo, se han producido constantes cambios en las programaciones debido a la dualidad que existe entre los contenidos y los métodos pues un amplio grupo consideraba que este estilo pedagógico supeditaba el placer sexual a una finalidad moral relevante, no ineludiblemente religiosa, que se estima distinta, pues generalmente los partidarios de este tipo de ideología defienden que el goce sexual debe mantener un fin preestablecido. Por otro lado, los defensores “libertarios” promueven que la educación sexual científica, debe convertir el disfrute sexual “*en un ámbito privilegiado para acceder a la felicidad y a la plena realización de la personalidad*”. Este discurso generalmente se basa en valores neutros, caracterizados por el laicismo y la ciencia, pues propone la correcta información completa para una mayor prevención de los riesgos sociosanitarios que

acompañan la vida sexual. Pero ambos grupos consideraban la educación sexual un abordaje necesario en la educación. (8) (14)

Se abordó la sexualidad como un conjunto de preocupaciones que abarcaba dos puntos esenciales y distintos entre sí: como concepto individualizado la afectación de la vida sexual al organismo particular y como concepto comunitario la implicación de la sexualidad y la reproducción. En 1853 surge el primer escrito en el país acerca de la higiene conyugal, iniciando un nuevo apartado en el género de literatura higienista española y aunque estos textos se encuentran lejos del posterior desarrollo de las propuestas de décadas posteriores, se anuncian lo que se establece como los primeros ecos de la eugenesia. Se llegó a considerar “*el manual sexual de numerosas familias de españoles*” y comenzaron a ser difundidos como manuales de higiene escolar en los centros autorizados. En 1880, comienzan las recomendaciones en las que se prioriza la información anatómica y fisiológica en los infantes prepúberes obteniendo resultados beneficiosos de esta función implementada principalmente por uno de sus fundadores, Gumersindo de Azcárate, quien relató la importancia que había dedicado a educar sexualmente a sus hijos. (8) (14)

Sin embargo, no debemos olvidarnos de que las ideas principales de la época no permitían realizar un abordaje integral de las materias sobre el ámbito sexual. En la década de los 80 existían abordajes sexuales que excluían el onanismo, por un seguimiento más estricto de lo que Foucault define como biopolíticas y no es hasta 1895 cuando comienzan a dejarse a un lado los miedos sobre la mitificación de la masturbación y empiezan a interponerse los miedos hacia la sexualidad precoz, las visitas a los lupanares de la época, el homosexualismo y demás “perversiones”. (14)

En la literatura también comienza a introducirse el tema de la educación sexual y con ella comienza a exigirse al estado su implantación en materia escolar y en las aulas de magisterio, esquematizando planes al efecto. Los primeros programas escolares y domésticos comprenden campañas masivas al conjunto poblacional de los acontecimientos y circunstancias biológicas que posteriormente pasan a su divulgación mediante los medios de comunicación siendo el eje central la intervención hacia grupos y los factores de riesgo, pero no el individuo personalizado y sus necesidades, además que se seguía manteniendo las ideologías discriminatorias de la época. (8) (15)

No es hasta 1919-1930 donde comienza lo que se denomina como “el reformismo sexual”, donde comienzan a reflejarse las influencias del erotismo que invade occidente e influye en el género sexológico español. Este cambio importante de costumbres, se conocen por medio de historiadores lo que produce un efecto dominó que resulta en una introducción en la esfera erótica por parte de la población y no únicamente como materia exclusiva para

el gremio de los artistas e intelectuales de la época. Las nuevas costumbres penetran por las grandes ciudades a través de varias revelaciones: el auge de la novela erótica, el comienzo de la inclusión de métodos anticonceptivos y profilácticos que comentábamos previamente, el brote de la sicalipsis y de medios comunicativos con recursos audiovisuales como la pornografía o por medio de revistas como "*Generación consciente y salud y fuerza*". Aún con estas nuevas inclusiones, mediante la propagación de educación sexual por la población se seguía realizando propaganda sobre lo que era un mal comienzo en el ámbito sexual: enfocado a las escuelas se trataban temas como el inicio precoz del mantenimiento de las relaciones sexuales, el homosexualismo, enfermedades venéreas y la importancia de la estabilidad familiar. (14)

A todo esto se suma el factor sociopolítico que en los años 20, las reformas políticas no permitieron de nuevo la inclusión de un programa de salud sexual e higiene en programas escolares y con la posterior llegada de Franco al poder, el sexo se volvió un tabú en la sociedad que produjo un efecto de mutismo acerca del tema de educación sexual y todas las propuestas implantadas por la república quedan anuladas, de forma que, durante toda esta etapa franquista, en España se produce un retroceso de todos los avances del reformismo sexual: se cancelaron todos los proyectos de educación sexual en las escuelas, esas campañas masivas e incluso en la propia literatura y textos de divulgación. Los manifiestos de la sexualidad pasaron a ser exclusivamente acerca de la higiene conyugal enfocada a la medicina familiar. Mientras, en otros países del continente se comienza a implantar en las aulas materia sexual: el primer país europeo en incluir una asignatura exclusiva para la educación afectivo-sexual con una instrucción previa de los alumnos ante su ingreso de la universidad, fue Suecia (1955) y esto produjo que los demás países fuesen incluyéndose en el planteamiento de añadirla a su programa escolar, de forma que los países nórdicos y algunos de Europa occidental, en la década de los 70 comienzan a sumarse a esta iniciativa. En 1968 Alemania implanta la materia y en 1970 lo hacen Dinamarca y Finlandia. Finalmente, los últimos en sumarse fueron: Eslovaquia (1996), Francia (1998), Portugal (1999) e Irlanda (2003). (14) (16)

Por tanto, la evolución de la implantación de programas sexuales en España se encuentra a la cola. Con una influencia política muy grande sobre este contenido en materia, se sigue debatiendo entre los propios partidos y la sociedad si es necesario que se imparta educación sexual en clase, lo que a su vez influenciado por factores como el actual pin parental donde las familias pretenden la participación de todos los aspectos extracurriculares en materia sexual, de género o diversidad que afecte a sus hijos, se produce una oscilación constante que desvincula la iniciativa con lo realmente importante: abordar unas

competencias pendientes que la sociedad requiere a gritos. En 1990 se incluía la LOGSE que recogía muy poco contenido en materia, al igual que la LOE de 2006 y ambas fueron reformadas por la LOCE de 2002 y la LOMCE de 2013 que directamente no incluían la materia. (14) (15)

1.4 Desarrollo de la sexualidad durante la adolescencia

Con el comienzo de la sexualidad en la adolescencia se produce una adquisición de dos puntos muy importantes: los caracteres secundarios que generan un desarrollo físico, principalmente hablando de aquellos que no se relacionan con los órganos reproductores, así como la nuez en los hombres y el ensanchamiento de caderas en mujeres, y un desarrollo mental que desemboca en el comportamiento sexual que convierte a los adolescentes en seres sexuales primerizos. (3) (17)

Pero comprender y puntualizar que significa verdaderamente convertirse en un ser sexual es una tarea que suele confundir a los adolescentes. Generalmente, la sexualidad suele entenderse como el acto de reproducción y realmente es un aspecto que durante esta etapa de desarrollo particularmente importante conlleva mucho más. En primer lugar, la identidad sexual significa un proceso de introspección vital para que el individuo pueda reconocerse y de esta forma actuar en base a sus deseos, fantasías y emociones que le permitirán ejecutar un correcto papel como ser sexual. (16)

Etapas de desarrollo sexual

No únicamente el físico y la maduración mental se forman gradualmente, sino que la sexualidad es un procedimiento que ocurre de la misma forma. Estos cambios que describiremos a continuación se enmarcan en las etapas de desarrollo pubescente donde estas transformaciones físicas y mentales consolidarán el desarrollo de la sexualidad individual. (16)

- Adolescencia temprana (desde los 11 hasta los 13 años): ***Fase de autoexploración***

Esta etapa se caracterizará principalmente por el abrupto proceso de desarrollo físico, donde los adolescentes presenciarán cambios muy rápidos en estos caracteres secundarios que mencionamos previamente y el desarrollo de los genitales. No se producen cambios a nivel de deseo sexual, pues aún se considera que el joven no desarrolla el deseo sexual adulto. Se denomina fase de autoexploración dado que a través de los nuevos cambios del propio cuerpo (donde a menudo se produce la primera etapa de exploración con la

masturbación y la espermarquia) y los cambios psíquicos (como la aparición de los primeros impulsos sexuales) y también de exploración con el otro sexo. (16)

- Adolescencia “media” (14-17 años): ***Fase de incremento del deseo sexual***

Tras un desarrollo prácticamente completo, los órganos sexuales se encuentran preparados para la etapa de reproducción y además se produce un mayor impulso en el deseo sexual, llegando a mantenerse las primeras relaciones sexuales a través de la búsqueda de contacto con el otro. Suelen darse modelos conductuales basados en la invulnerabilidad y el egocentrismo en las relaciones con el otro, aunque también existen consideraciones que dictan que en este período se establecen más fantasías románticas pues aún no se ha terminado de producir un desarrollo completo del pensamiento adulto, de forma que la manera de expresión emocional del adolescente será a raíz de sus emociones. (16)

Es esta etapa la que interesa para el programa intervencionista, ya que es aquí donde comienza la preponderancia de factores externos como el internet, los amigos, los mitos sexuales, etc. frente a los valores y a la educación que se les oferta tanto en la escuela como en el núcleo familiar. De forma que la incidencia de relaciones de riesgo es mayor.

- Adolescencia tardía (17-21 años): ***Fase de maduración sexual***

Se completa el desarrollo del adolescente en ambos campos (físico y mental) obteniéndose la amplia capacidad de pensamiento abstracto y conciencia, lo que resultará en una mayor precaución y entendimiento para el mantenimiento de las prácticas sexuales seguras. Además, la búsqueda del mantenimiento de relaciones sexuales comienza a tener otros alicientes tras ella: los comportamientos y deseos impulsivos dejan de ser los que determinan la índole del deseo sexual pues los adolescentes comienzan a centrarse mayoritariamente en la búsqueda de valores como la confianza, la seguridad y la reciprocidad. (16)

1.5. Conceptualización de la sexualidad según diversos autores

Tal como se expuso en la introducción del proyecto, la adolescencia comprende un proceso gradual en el que los adolescentes comienzan a identificarse propiamente como seres sexuales en sus inicios, lo que consiste en una práctica que durante su desarrollo implicará una resolución de conflictos y desafíos individuales propios de la conformación y el progreso de la identidad y personalidad en relación con la comunidad que les rodea. La

adolescencia constituye este período clave de evolución, atendiendo a la definición de Ruoti en la adolescencia “ocurre un rápido crecimiento y desarrollo, a través del cual se pasa de la infancia a la adultez, se inicia con los cambios en la pubertad y termina cuando emerge un adulto joven, autónomo que funciona a nivel intelectual, sexual y que posee actitudes adecuadas para la sociedad”. (18)

Múltiples autores consideran que la mayoría de los adolescentes inician y mantienen prácticas sexuales a lo largo de los veinte años e incluso otros reflejan que “un incremento anual de un 10% inician las relaciones sexuales a partir de los 12 años, lo que se considera la principal conducta de riesgo por exponerlos a convertirse en madres o padres o a abortar, entre otros peligros”. De forma que la educación sexual debe incluir todos aquellos aspectos educativos que puedan contribuir a la prevención de embarazos de riesgo, ITS y prácticas discriminatorias mediante un espacio interdisciplinar con un planteamiento que abarque la complejidad de la materia y la necesidad de un programa de enseñanza que promueva el entendimiento de todas las problemáticas de los integrantes y los conocimientos y habilidades que se requieren para una toma de decisiones conscientes y juiciosas sobre las relaciones interpersonales, los manifiestos de la sexualidad y las diversas formas de prácticas de esta contemplando una buena coordinación entre familia, escuela y educador sexual (en este caso el personal de enfermería comunitaria) y excluyendo ideologías acerca de políticas públicas, cosmovisiones, tendencias religiosas y tradiciones culturales. Quesada Juan sostiene que: “La educación sexual se puede definir como un proceso cuyo objetivo básico es posibilitar que cada persona viva su sexualidad de forma positiva, sana, feliz y responsable. Cuando hablamos de educación de niños, niñas y jóvenes, hablamos también de la educación de la sexualidad, pues ésta es un aspecto más de la educación global de la persona”. Finalmente concluye que “Hablar de Educación Sexual es fundamentalmente hablar del hecho sexual humano, es hablar de mujeres y hombres que son seres sexuados, que se viven como sexuados y que se expresan y relacionan como tales. Por ello, el principal objetivo de la educación sexual es favorecer que la persona se conozca, se acepte y valore su placer, no sólo la prevención de embarazos no deseados o la transmisión de las enfermedades. Si una persona se valora a sí misma, no se expondrá a riesgos innecesarios”. (19) (20)

Hernández y Jaramillo expusieron que “la sexualidad es la forma en la que cada cual expresa, comunica, siente, íntima, da y recibe placer con la palabra y los cinco sentidos”. Las propias autoras reflejaron en el mismo manifiesto que la sexualidad no es algo que el ser humano obtenga, sino que nace con él, de forma que se define como algo intrínseco y por este motivo somos considerados seres sexuados. Uno de los aspectos relevantes de esta investigación está en hacer llegar a los adolescentes la cuestión de los principales conceptos

que engloban la sexualidad, con el propósito de evitar la procreación de malentendidos en torno a los diferentes conceptos que engloban el asunto. (21) (22)

Para ello haremos una puntualización sobre tres aspectos fundamentales cuya diferenciación constituye una parte importante para su entendimiento: siguiendo la referencia de los autores Padrón, Fernández, Infante y París, que a través de su guía o Libro Blanco que estudia diversas cuestiones acerca de la sexualidad desde la sexología, donde se establece que existen tres realidades que consolidan el hecho sexual humano, siendo la sexualidad, el sexo y la erótica cuya definición consiste según los autores en: (23)

“De la sexología surge el Hecho Sexual Humano como el Hecho de los Sexos, con sus tres realidades: la Sexuación, la Sexualidad y la Erótica. Estas tres realidades, que pueden estudiarse por separado, son vividas conjuntamente por todo ser humano”.

“El sexo, que sería el conjunto de elementos que, engarzados, gradualmente, configuran a una persona como sexuada en masculino o en femenino (proceso de sexuación, género)”.

“La sexualidad sería el modo de vivirse, verse y sentirse como persona sexuada (calidad), el modo o modos con que cada cual vive, asume, potencia y cultiva o puede cultivar el hecho de ser sexuado. Cada persona vivirá su sexualidad de manera distinta y su sexualidad estará en continua evolución”.

“Se vivirá en todas las etapas de la vida y se expresará de múltiples formas y hacia muchas finalidades (placer, ternura, comunicación, conocimiento, vitalidad, reproducción...), de nuevo influenciado por la socialización particular con aspectos comunes a muchas otras personas”.

“La erótica es la forma concreta de expresar todo lo anterior, lo que somos y lo que vivimos y que, como es lógico, tiene múltiples y variadas posibilidades. Es la forma de actuar, sentir, comunicar, dar y recibir, la manera en la que las personas como seres sexuados se relacionan consigo mismas y con los demás (caricias, besos, palabras, masturbación...)”

Matizando la influencia sobre la sexualidad con el aspecto de la socialización del individuo y su interacción con la sociedad, el ser humano plantea los diversos términos y aspectos de la sexualidad mediante un manifiesto distintivo de la humanidad: la simbología. El filósofo Ernest Cassirer recogió en su libro *“Antropología filosófica”* que en términos de estímulos y respuestas el sistema simbólico es aquel que actúa de mediador y por el cual mediante esta condición, ejercemos el pensamiento. Establece que la capacidad simbólica es aquella que establece una diferenciación en la actuación impulsiva característica del mundo animal y la forma de actuación frente a los estímulos como humanos. De esta manera,

la interpretación simbólica de la sexualidad es producto de una construcción humana y cuenta con innumerables formas y manifestaciones que además son muy variables entre sí pues a través de variables culturales como el cine, los mitos, la religión, el lenguaje y la ciencia se encuentran vinculadas a las características distintivas que establecen el concepto acerca de la sexualidad al acogerse como un simbolismo que al ser elaborado y razonado mediante la acción de su pensamiento se comunica y termina caracterizando un sentido cultural compartido epocalmente. (10)

1.6. Métodos anticonceptivos y embarazos indeseados:

La salud afectiva, sexual y reproductiva de los adolescentes ha resultado un motivo de preocupación de manera internacional a lo largo de las diversas etapas de esta, llegando a considerarse un desafío la protección anticonceptiva dual. (24)

Teniendo en cuenta que los adolescentes mantienen generalmente relaciones con carácter espontáneo e inesperado, el uso del preservativo masculino no se considera una estrategia que sea del todo efectiva debido a que es necesario obtenerlo previo al acto. Con el paso de los años se han promovido otras clases de métodos anticonceptivos que eviten la incidencia de embarazos no deseados, aunque muchos no cubran de ITS (únicamente el preservativo puede asegurar una protección mayor frente a enfermedades) con el fin de garantizar una mayor probabilidad de anticoncepción. Para ello los adolescentes requieren de un asesoramiento clínico ante la elección del método de anticoncepción reversible más adecuado que pueda llegar a adaptarse a sus necesidades y cumplir con sus preferencias y valores. Al mantener relaciones tan irregulares, espaciadas y con falta de previsión los adolescentes se someten a una situación de alto riesgo. A través del INE se registró que la tasa de embarazos no planificados fueron 12 nacimientos de un muestreo de mil adolescentes de entre 15 y 19 años. Acorde al mismo estudio, en el año 2013, el porcentaje de interrupciones de embarazos no deseados fue del 12,3% en menores de 19 años. (25) (26) (27)

Para elegir un método de contracepción se requiere realizar una anamnesis sobre el adolescente donde se recogen una serie de variables influyentes: (28)

1. Estado de salud.
2. Madurez psicológica.
3. Necesidades anticonceptivas ante la situación personal o en pareja.
4. Consideración de valores y creencias.

5. Asesoramiento acerca de los diferentes métodos anticonceptivos que existen: eficacia, posibles costes y cómo emplearlos.

Como profesionales siempre debemos recomendar la doble protección ante riesgo de embarazo y de ITS. A través de la guía de *“Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos”* se ofrece una visión por parte de la OMS basada en la evidencia científica acerca de cómo usar adecuadamente los diferentes métodos anticonceptivos de forma segura. (27)

Los resultados de la encuesta de fecundación realizada por el INE en 2018 reflejan que el 80% de las mujeres en edad fértil no utiliza un método que pueda asegurar eficazmente una doble protección frente a las infecciones de transmisión sexual y embarazos. El método de elección más empleado por las adolescentes son los anticonceptivos orales (56%), seguido por los gestágenos inyectables (20%), el parche transdérmico (10%) y finalmente el anillo vaginal (5%). El Comité de Adolescencia de la Academia Americana de Pediatría afirma que en la última década se ha producido un aumento en anticoncepción prolongada reversible en adolescentes de entre 15 y 19 años, dispositivos como el DIU (dispositivo intrauterino) e implantes. Además, se registró que más de un 13% de las adolescentes encuestadas habían empleado la anticoncepción de urgencia. (26) (27) (29)

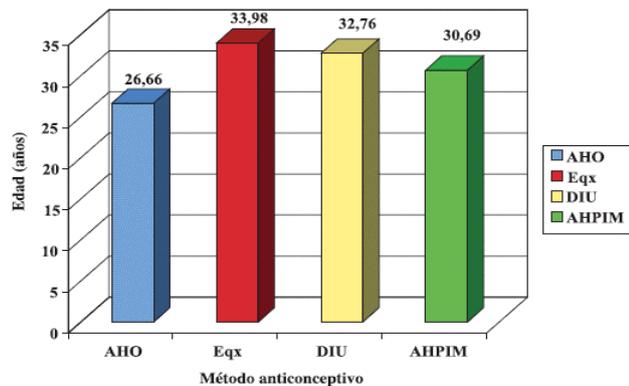


Figura 1. Promedio de edad según método anticonceptivo utilizado.
AHO: anticoncepción hormonal oral
Eqx: esterilización quirúrgica femenina
DIU: dispositivos intrauterinos
AHPIM: anticoncepción hormonal parenteral intramuscular

Figura 1. Promedio de edad según método anticonceptivo utilizado. Fuente: Rev. Obstétrica Ginecológica Venezuela v.69 n.1 Caracas mar. 2009.

1.7. Incidencia de enfermedades de transmisión sexual entre la población adolescente:

Es considerada una enfermedad de transmisión sexual aquella “*que se contagia durante el sexo vaginal, oral y anal a través de fluidos como el semen, el flujo vaginal o la sangre de una persona infectada a otra*”. Las ETS pueden producirse por cuatro tipos de agentes patógenos diferentes: virus, parásitos, hongos y bacterias. (30)

Según una encuesta realizada por la marca de preservativos Durex se descubrió que uno de cada cuatro adolescentes contraerá una ETS antes de abandonar el instituto. El registro de estas cifras indica que la presencia de infecciones en los institutos españoles es más frecuente de lo que se suele pensar, particularmente entre jóvenes con diferentes parejas sexuales que mantienen relaciones sin protección. (30)

Todas las infecciones de transmisión sexual presentan un riesgo, especialmente por la sencillez de contagio que existe y que cada vez afectan a un mayor número de personas, pero algunas tienen una mayor frecuencia en su incidencia sobre la población. Existen 20 tipos distintos de infecciones diferentes, las más frecuentes entre los adolescentes de España son: (30) (31) (32)

1. Virus del papiloma humano (VPH): Según la Academia Española de Dermatología y Venereología, afecta a una de cada cuatro adolescentes no sólo en España, sino que es una de las infecciones más frecuentes en todo el mundo. Esta enfermedad puede llegar a clasificarse en bajo y alto riesgo ya que existen diferentes tipos de VPH en el cual a través de su contagio pueden llegar a tener lugar consecuencias más graves como la aparición de diversos tipos de cáncer cervical o de cuello uterino. Además, cabe puntualizar que esta enfermedad carece de tratamiento. (30) (32)

2. Clamidia: Esta enfermedad bacteriológica puede llegar a alterar varias zonas del cuerpo, siendo la sintomatología más común afecciones en la zona de la garganta y el recto (en mujeres también por el cuello del útero y en hombres en zonas como la uretra). Los resultados recogidos por el Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos II indican que las infecciones han incrementado en un 654% en 5 años en España. También puede llegar a producir graves consecuencias tras su contagio, así como infertilidad o embarazos ectópicos. Según la OMS 131 millones de personas son infectadas por clamidia cada año. (30) (32)

3. Herpes genital: Puede producir afecciones en las zonas de los labios o contagiarse a los genitales. Esta distinción se determinará según qué virus causan,

pero ambos tienen en común la aparición de úlceras. En España, la prevalencia del VHS-1 y el VHS-2 sobre la población general es de entre el 5-10%. (30) (33)

4. **Gonorrea:** Según los datos recogidos por la OMS, 78 millones de infecciones de gonorrea se producen a nivel mundial cada año, produciendo un crecimiento del 303% en 5 años con respecto a los casos de infección en España. Esta bacteria produce síntomas infecciosos en zonas genitales, el recto y la garganta de quien la contrae, pudiendo llegar a graves consecuencias como una inflamación dolorosa en los conductos testiculares e incluso la infertilidad en ambos sexos. (30)

5. **VIH:** Esta infección es una de las que más riesgo tiene de entre las enfermedades de transmisión sexual, el motivo es la capacidad que posee este virus de permanecer en el organismo sin producir síntomas durante un largo período de tiempo y puede llegar a causar el fallecimiento de quien lo contrae tras deprimir por completo su sistema inmunológico. El virus de la inmunodeficiencia humana afecta a 37,9 millones de personas (ONUSIDA). (30) (33)

6. **Sífilis:** Finalmente, esta bacteria causante de esta ETS se contagia a través del mantenimiento de contacto con las llagas de la persona infectada. Estas se localizan en los genitales o la boca y es muy importante su detección precoz según su aparición porque con el tiempo esta enfermedad puede llegar a desarrollar daños cerebrales manifestados a través de ceguera o parálisis. (30)

Este crecimiento de la incidencia de ETS entre la población adolescente constituye una problemática que genera preocupación entre los profesionales del país. En un informe del Centro Nacional de Epidemiología se registró que entre 2016 y 2019, las infecciones de gonorrea, clamidia y sífilis se duplicaron entre la población adolescente, concretamente entre los grupos de edades de 15 a 19 años. La doctora Cristina Epalza Ibarondo quien forma parte del grupo de trabajo de VIH e ITS de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP), dictaminó que *“estos datos son especialmente alarmantes en otras ITS sin cura a día de hoy, como es la infección por VIH. Los adolescentes constituyen uno de los pocos grupos de población a nivel mundial en los que no se ha conseguido un descenso en los nuevos diagnósticos. En ellos, además, el diagnóstico tardío es una realidad preocupante, ya que afecta al 30%”*. (31) (34)



2. **Justificación**

Existen multitud de factores que influyen en el mantenimiento de las prácticas sexuales de riesgo, como el inicio temprano de la edad sexual, la promiscuidad, acceso a información incontrolada en internet, desinformación, mitos, etc. Es por este motivo que los adolescentes constituyen un grupo muy vulnerable a todas las incidencias que pueden causar las conductas sexuales inseguras. De la misma manera que pueden verse acentuadas por demás factores externos que además de influyentes constituyen en sí mismos hábitos perjudiciales como el consumo de alcohol y drogas, la ausencia de métodos de protección, etc. Es importante que todas estas conductas sean erradicadas, y como profesionales de la salud promovamos las conductas positivas, para ello, los adolescentes deben estar correctamente informados y poder sentirse cómodos en un ambiente seguro donde poder expresar sus miedos, dudas e inseguridades frente al sexo.

La estrategia del siguiente proyecto de investigación se basa en, si existe necesidad ante el planteamiento de un abordaje íntegro acerca de la sexualidad, y las repercusiones negativas como los embarazos adolescentes y la transmisión de ETS, mediante la implantación de una disciplina sexual escolar, con el fin de que este aprendizaje contribuya al mantenimiento de unas prácticas seguras sexuales entre los rangos de edad establecidos.

La orientación del proyecto se efectuará desde la ATP de los centros más cercanos en cuestión a la proximidad de los centros escogidos. El equipo multidisciplinar compuesto por el personal de enfermería de familia dispondrá de una serie de actividades cuyos objetivos principales en materia serán la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos de riesgo entre adolescentes y el mantenimiento de prácticas seguras enfocadas hacia la libertad, la diversidad y el consentimiento.

3. Objetivos

3.1. Objetivos generales

- Valorar el nivel de conocimiento de la población adolescente, con un rango de edad de entre 14 hasta los 16 años, acerca de las infecciones de transmisión sexual, los embarazos de riesgo y la diversidad sexual.
- Analizar los resultados en función de si es necesario implantar un programa de educación afectivo-sexual en las aulas intervenidas.

3.2. Objetivos específicos:

- Recoger datos sobre la primera vez que los adolescentes mantienen relaciones sexuales y si emplean adecuadamente el uso de anticonceptivos.
- Examinar si los adolescentes respetan y aceptar las diferentes orientaciones sexuales.
- Catalogar con qué identidad sexual se identifican los adolescentes y si establecen esta identificación mediante los valores convenientes del autoconcepto y la autoestima.
- Conocer si los adolescentes identifican las diferentes enfermedades de transmisión sexual.
- Comprobar en qué medida los adolescentes comprenden el comportamiento sexual humano y sus dimensiones.

METODOLOGÍA

8.1. Diseño:

Esta investigación es de carácter cuantitativo, pues se centra en fenómenos capaces de ser medidos. Hunde sus raíces en el paradigma positivista, el cual plantea la necesidad de observar a la sociedad y al individuo como objeto de estudio científico. Centraremos nuestro planteamiento bajo la explicación y predicción de los sucesos observables y medibles. El fin es analizar si la prevalencia de prácticas sexuales de riesgo y el desconocimiento de los adolescentes ante la información necesaria del mundo sexual, está relacionada con la ausencia de una materia sexual en el programa educativo y si, además, las diferencias educacionales de la población suponen una problemática. De esta forma se valora si existe una asociación de causalidad entre el factor de exposición y el impacto del riesgo relativo.

En consecuencia, se propone un estudio de tipo observacional analítico longitudinal y prospectivo. Este consiste en un análisis y evaluación de la presunta relación causa-efecto que se detalló con anterioridad, entendiendo que existe un lapso entre ambas variables pues se puede detallar qué variables ocurren primero (en este caso la ausencia de una docencia con carácter sexual adolescente y la diferencia de instrucción educativa entre los habitantes de las diferentes zonas) y cuáles tienen lugar en consecuencia (incidencia de prácticas sexuales de riesgo). A su vez, el equipo investigador no manipulará las variables de estudio, sino que se limita a observar su proceso de forma natural, sin restricciones ni criterios impuestos por el equipo.

8.2. Población de estudio y muestra:

La propuesta de investigación se llevará a cabo en dos institutos públicos de la isla: en primer lugar, se recogerán los datos mediante unos cuestionarios cuantitativos para evaluar los conocimientos acerca de la sexualidad objeto de evaluación del IES Canarias Cabrera Pinto y en otra jornada se recogerán los del IES San Matías para ser evaluados. Concretamente, la población de muestra serán todos los alumnos pertenecientes a los cursos 3º, 4º y 1º de bachillerato de ambos institutos (correspondiéndole a las edades reflejadas anteriormente: 14, 15 y 16 años).

La elección de los diversos centros viene determinada según la diversidad de la actividad económica según la proyección territorial. Los datos recogidos desde 1996 para la evaluación del crecimiento sociodemográfico, en La Laguna, muestran a partir de ese momento y en función de la ocupación del terreno disponible, a raíz de factores como una ralentización del movimiento migratorio, el compás de aumento de habitantes se reduce de forma progresiva. (35)

Por el contrario, se ha registrado un mayor crecimiento demográfico en Taco y en sus inmediaciones, lo cual se ha presentado como una problemática en este sector demográfico. La evolución se ha producido de manera dispar, pues Taco registra una densidad demográfica mayor y, sin embargo, en su conjunto ofrece más inconvenientes sobre el plano territorial, socioeconómico y una mayor degradación ambiental. (35)

De la misma forma, existen diferencias evidenciadas en el nivel educativo:

Población de 10 y más años según estudios realizados

	TOTAL	ESTUDIOS REALIZADOS				
		Analfabetos	Sin estudios	Educación Infantil y Primaria	Educación Secundaria y Enseñanzas Especiales	Enseñanzas Universitarias
Canarias	1,417,473	54,011	255,589	347,131	650,770	109,972
Tenerife	589,455	21,666	125,459	115,759	279,015	47,556
La Laguna	107,678	3,330	19,221	20,247	53,493	11,387
URBAN	25,231	759	4,692	5,297	12,767	1,716
URBAN/La Laguna	23.43	22.79	24.41	26.16	23.87	15.07

FUENTE: ISTAC.

Tras este estudio y análisis del nivel de instrucción de los habitantes de la Zona URBAN (se estima una aproximación de 25.231 habitantes de la zona) revela que este ámbito geográfico es concretamente el que registra la peor situación a nivel educativo poblacional dado que el 21,6% del muestreo se define como sin estudios o analfabeta. Esta situación resulta aún más grave en el barrio de Taco donde el nivel de ausencia de estudios asciende al 25%, mientras que por otro lado La Cuesta presenta un 19,2%. (35)

En cuanto al análisis de diferenciación por sexos, los datos revelados muestran que existe una diferencia de más de 1000 habitantes entre hombres y mujeres, suponiendo del total de población analfabeta o sin estudios una mayor incidencia las mujeres, constituyendo un 56,4% del total. Excluyendo la variante de sin estudios y teniendo en cuenta únicamente la del nivel del analfabetismo, el porcentaje de mujeres analfabetas suponen un 73% del total de la población. El número de féminas, en todos los niveles tratados, únicamente supera al de los hombres en la situación de la formación en enseñanza primaria, universitario medio y superior para el sector URBAN, y enseñanza primaria y universitario medio para el total del municipio. (35)

8.2.1. Criterios de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

- Alumnos pertenecientes a los institutos seleccionados.
- Alumnos que estén entre el rango de edad desde los 14 hasta los 16 años.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que decidan no participar voluntariamente.

8.3. Método de muestreo:

La muestra se obtendrá mediante conglomerados o grupos ya establecidos. Al no disponer de un listado de individuos concreto, la referencia es muy dispersa ya que se conoce

cuántos alumnos disponen las clases y en cuántas aulas está dividido cada curso, pero una de las desventajas de este tipo de muestreo es la imposibilidad de conocer con exactitud las listas de individuos que supondrán el tamaño de la muestra (debido a que se desconoce que individuos participarán y quiénes rehusarán a la obtención de sus datos). (36)

Por este motivo, precisamos de un muestreo más amplio dividido entre las agrupaciones predispuestas: (36)

Este tipo de muestreo probabilístico estratificado nos permite dividir los datos de los que se predisponen mediante los diferentes grupos de población, como se muestra en el ejemplo (figura 3). En nuestro caso los conglomerados se dividirán en los diferentes grupos de edades, correspondiéndole $N_1 = 14$ años; $N_2 = 15$ años y $N_3 = 16$ años. Dado que utilizamos más de un tipo de muestreo probabilístico, se trata de una técnica de muestreo polietápica. (36)

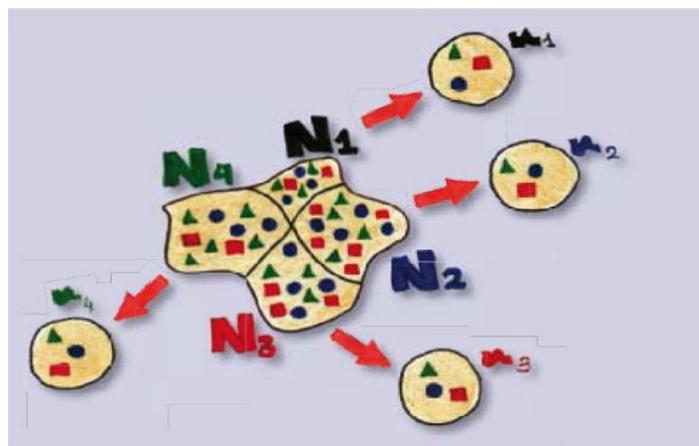


Figura 3.24. Representación gráfica de un muestreo por conglomerados
(Adaptado de: Robledo Martín J. Población de estudio y muestreo en la investigación epidemiológica. Nure Inv [Internet]. 2004 Nov).

Calculando el tamaño del muestreo podremos determinar una representatividad de la muestra de forma aproximada. Determinando el número de sujetos aproximado podremos evitar errores de muestreo, para ello emplearemos el nomograma de Altman, que nos permitirá obtener un cálculo estimado del tamaño muestral con una distribución normal de los datos:

Estableciendo que la hipótesis será de carácter bilateral (en la que compararemos diferentes parámetros) y también que existe el riesgo de cometer tanto un error de tipo I (α) como un error de tipo II (β), comprobamos que con un valor de $\alpha = 0,05$ y un poder $1-\beta = 0,8$ para un efecto estimado mediano (0,3) deberemos seleccionar, aproximadamente 300 sujetos por cada instituto. (36)

Teniendo en cuenta que cada clase cuenta aproximadamente con 30 alumnos y está dividida en cuatro aulas por cada curso, el valor de estimación total de alumnos con el que se trabajará se aproxima a la muestra obtenida, ya que en total son un valor aproximado de 360 alumnos por cada instituto (sin excluir aquellos que de forma voluntaria no quieran participar).
(36)

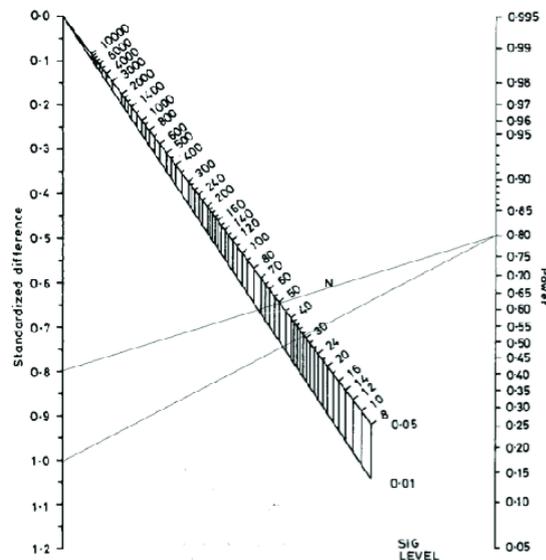


Figura 5. Perera, Harshani & Shiratuddin, Mohd Fairuz & Wong, Kok & Fullarton, Kelly. (2017). Altman's Nomogram sample size calculation EEG signal analysis of passage reading and rapid automatized naming between adults with dyslexia and normal controls. 104-108. 10.1109/ICSESS.2017.8342874.

8.4. Variables objeto de estudio

Los datos se obtendrán mediante la difusión de un cuestionario anónimo con una serie de preguntas sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y las prácticas sexuales de riesgo.

Variables sociodemográficas

Necesarias para determinar el perfil sociodemográfico de las personas con hábitos sexuales de riesgo.

- Sexo: variable cualitativa con siete opciones de respuesta.
- Edad: variable cuantitativa expresada en años.
- Estado civil: variable cualitativa dicotómica.
- Ocupación parental: variable cualitativa de respuesta abierta.

Variables relacionadas con la información y la experiencia sexual

Prevalencia y distribución de los distintos patrones de conducta sexual. Necesario en la encuesta como filtro para pasar al entrevistado a determinadas preguntas.

- Primera relación sexual: variable cuantitativa de respuesta abierta.
- Número de parejas sexuales: variable cuantitativa de respuesta abierta.
- Conocimientos de educación sexual: variable cualitativa multirrespuesta.

Variables relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos

Validación de la conducta sexual declarada. Es preciso que haya sido diagnosticado. Indicador de conducta sexual de riesgo o no protegida.

- Métodos anticonceptivos utilizados: variable cualitativa multirrespuesta.
- Incidencia de relaciones sin protección: variable cualitativa multirrespuesta.
- Conocimientos de anticonceptivos: variable cualitativa en formato V/F
- Padecimiento de alguna ETS y conocimiento de vías de transmisión: variable cuantitativa de respuesta abierta y/o multirrespuesta.
- Uso de métodos para prevenir embarazos: variable cuantitativa multirrespuesta.
- Empleo correcto del preservativo: variable cualitativa de respuesta abierta.

Variables relacionadas con la identidad y orientación sexual:

Evaluación de las competencias referidas a la identificación personal y la capacidad de reflexión y aceptación según los conocimientos propios.

- Identidad sexual: variable cuantitativa multirrespuesta.
- Orientación sexual: variable cuantitativa multirrespuesta.

8.5. Métodos de recogida de la información

Como método de recogida de la información se emplearán cuestionarios escritos estructurados que nos ayudarán a recoger esta información de forma más específica y formal. Se emplearán diversos tipos de preguntas: preguntas dicotómicas, preguntas de opción múltiple y preguntas abiertas.

Estos cuestionarios evaluarán las diferentes variables, que se enumeran a continuación, de forma longitudinal mediante un cuestionario planteado a través de 31 preguntas extraídas de una recopilación de cuestionarios anteriores validados a través de entidades como el INE (3 preguntas), la Revista Española de Salud Pública (10 preguntas), la Revista Cubana de Medicina General Integral (12 preguntas), la Consejería de la Mujer y

la Igualdad (3 preguntas) y el Instituto Nacional de Salud Educacional LGBT de Boston (3 preguntas). (37) (38) (39) (40) (41)

Previamente se llevará a cabo una validación del cuestionario:

Proceso de validación y adaptación de escalas de medida: (43)

1. Traducción
2. Prueba piloto de la versión adaptada
3. Validación-adaptación de las ponderaciones
4. Validación estructural
5. Sensibilidad a las distintas poblaciones
6. Fiabilidad interna (consistencia)
7. Fiabilidad entre observadores
8. Sensibilidad al cambio

Se llevará a cabo de manera voluntaria y anónima indicándose al inicio del cuestionario cuando se realice una breve descripción de este. La supervisión se llevará a cabo por los tutores disponibles y el personal del centro de AP que se encuentre en el momento de la recogida de datos. Se repartirán los formularios en cada sobre y se dispondrá de una hora para realizarlos. Al terminar se recogerán las encuestas metidas en sus respectivos sobres para preservar el anonimato en su máxima posibilidad. Una vez se realice una interpretación a través de una plataforma que permita la tabulación automática de datos, se proporcionarán los datos mediante infografías y reportes cuantitativos que determinarán si existe una necesidad de intervención educativa sobre el ámbito sexual. En caso de resultar positiva esta necesidad, se realizará una propuesta de actividades que tratarán temas acerca de diversidad y salud sexual, la cual se efectuará durante el transcurso del calendario escolar.

8.6. Métodos estadísticos

Para poder llevar a cabo el análisis probabilístico debemos tener en cuenta que, al tener un tipo de estudio epidemiológico cuantitativo la herramienta de la estadística para poder obtener los datos. Concretamente nos centraremos en la parte de la estadística que se encarga de las inferencias o generalizaciones a partir de la obtención muestral (ya que el estudio de la población al completo resulta imposible). (36)

Concretamente, para analizar los datos que se obtendrán en el estudio, se emplea un análisis estadístico de contraste de hipótesis donde la hipótesis nula formulada (H_0) será nuestra teoría acerca de que los adolescentes necesitan un mayor abordaje en temática sexual y se contrastará con los datos obtenidos en la muestra con el fin de comprobar si H_0

es falsa y se rechaza la hipótesis o si por otro lado H_0 es verdadera y se acepta la hipótesis nula. Se dispondrán de programas informáticos analistas, que sirvan de herramienta para analizar los datos cuantitativos, como, por ejemplo, *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) o la aplicación R. (36)

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En relación con los aspectos éticos antes de comenzar con el estudio se solicitará la autorización del Comité de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria y Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Se realizará mediante una carta o correo electrónico, en el cual se explicarán los objetivos, anteriormente comentados, de la investigación (ANEXO II). De esta manera se garantiza la confidencialidad, la voluntariedad y la autorización de la realización de este estudio, ya que así los datos recogidos no podrán ser usados por otros órganos u organizaciones que no cumplan las condiciones establecidas por el comité. Asegurándonos de que podemos garantizar la reserva de datos a todo el alumnado que decida colaborar. La investigación se adaptará estrictamente a la normativa vigente en el Estado Español. (36) (42)

Una vez obtenido el permiso del Comité de Investigación, se procederá a solicitar el permiso correspondiente para la participación de los menores de los centros escogidos que tengan 14 y 15 años. Se solicitará mediante una circular informativa sobre el proyecto y un documento adjunto de consentimiento informado dónde se pedirá la participación de cada hijo. Si fuese necesario se adjuntarán las preguntas para que los progenitores puedan conocer el contenido y la calidad de la encuesta. A partir de los 16 años se consideraría la denominada “mayoría de edad sanitaria” y se considera que los sujetos poseen la suficiente autonomía para la toma de decisiones sin necesidad de intervención por parte de ningún adulto (ANEXO III). (36) (42)

PROCEDIMIENTO

6.1. Presupuestos:

Se destinará a recursos útiles para el análisis de los datos, la recogida de la información en físico y el transporte del personal disponible del centro de salud.

Teniendo en cuenta que las encuestas se realizarán en un período de tres meses y que la muestra es de 350 alumnos aproximadamente deberemos tener en cuenta los siguientes gastos:

			CONCEPTO	COSTO UNIT.	CANTIDAD	TIEMPO	TOTAL	
RECURSOS	MATERIAL	FUNGIBLES	SPSS	100	1	1 mes.	100	208,37 €
			Paquete de folios (500)	2,79	3	-	8,37	
			Cartucho de tinta	10	6	-	60	
			Sobres	0,10	400	-	40	
VIAJE PARA	LA RECOGIDA	DE DATOS	Bonos guagua	15	2	2 sem.	30	30 €
								238,37 €

6.2. Cronograma:

La proposición de fechas para la realización del proyecto se ha realizado según el calendario escolar.

ACTIVIDADES / MESES	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Sep
Solicitud de Permisos y Validación del Cuestionario.								
Recolección de Datos								
Análisis estadísticos								
Redacción del informe de investigación								

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. Salud sexual [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health>
2. Arrobas M, Dal Din L, Matthaeis M de. Educación sexual integral: propuestas para sentirnos y pensarnos. 2020.
3. Figuro CGR, Muñoz GG, Fuentes MG. Atención al adolescente. Ed. Universidad de Cantabria; 2008. 892 p.
4. Un 35 % de los adolescentes no habla con la familia sobre la sexualidad [Internet]. La Vanguardia. 2021. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20210629/7564697/35-adolescentes-habla-familia-sobre-sexualidad.html>
5. ¿El sexo vende en publicidad? Sí, pero ¡ajo! La sexualidad es ahora mucho más poliédrica [Internet]. Marketing Directo. 2020. Disponible en: <https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/publicidad/sexo-vende-publicidad-si-pero-ojo-sexualidad-es-ahora-mucho-mas-poliedrica>.
6. ¿Cómo viven los adolescentes la sexualidad en Internet? [Internet]. Contigo Conectados. 2018. Disponible en: <https://contigoconectados.com/sexualidad/como-viven-los-adolescentes-la-sexualidad-en-internet/>.
7. Caldera MIF. SEXTING: NUEVOS USOS DE LA TECNOLOGÍA Y LA SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES. . ISSN. :14.
8. Lameiras Fernández, María., Lameiras Fernández, María., Carrera Fernández, María Victoria. Educación sexual : de la teoría a la práctica. Madrid: Pirámide.; 271 p. (Ojos solares. Desarrollo.).
9. Foucault M, Foucault M. Historia de la sexualidad. Madrid: Siglo XXI veintiuno de España; 1991. (Teoría).
10. Cassirer E. ANTROPOLOGÍA FILOSÓFICA. :99.
11. Quintero Paredes PP. Estrategia de educación de la sexualidad en función de prevenir el embarazo en la adolescencia, orientada desde la atención primaria de salud por los médicos y las enfermeras de la familia. Editorial Universitaria; 2015.

12. Historia evolutiva de la anticoncepción - Anales RANM. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina de España. 2018
13. Nogueira LC, Ibáñez MÁT. La evolución de la sexualidad humana. :12.
14. García FV, Mengibar YAM. GE LOGIA DE LA EDUCACIÓN SE L EN ESPAÑA. DE LA PEDAGOGÍA ILUSTRADA A LA CRISIS DEL ESTADO DEL BIENESTAR. :28.
15. Llandres NL. La evolución de la sexualidad en el ser humano [Internet]. Cadena SER. 2016. Disponible en:
https://cadenaser.com/emisora/2016/04/14/ser_madrid_norte/1460618752_351494.html
16. España, a la cola de Europa en Educación sexual [Internet]. Magisnet. 2021 Disponible en: <https://www.magisnet.com/2021/04/espana-a-la-cola-de-europa-en-educacion-sexual/>
17. ¿Cómo desarrolla la sexualidad un adolescente? [Internet]. CuidatePlus. Disponible en:
<https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/diccionario/sexualidadadolescencia.html>
18. Ruoti M, Ruoti A. Sexualidad y embarazo en adolescentes. Instituto de Investigaciones de Ciencias de la Salud. Paraguay: Universidad de Ciencias de la Salud, Universidad de Asunción.; 1992. 80-120 p. p.
19. Quintero Paredes, Pedro Pablo. Estrategia De Educación De La Sexualidad En Función De Prevenir El Embarazo En La Adolescencia, Orientada Desde La Atención Primaria De Salud Por Los Médicos Y Las Enfermeras De La Familia. Havana CUBA: Editorial Universitaria; 2015.
20. Carrera-Fernández, María Victoria, Lameiras-Fernández, M., L.Foltz, M., Núñez-Mangana, A. y, Rodríguez Castro, Y. International Journal Of Clinical and Health Psychology. En: 3ª edición. 2007. p. 739-751 p.
21. Hernández Morales, G. & Jaramillo Guijarro, C. La educación sexual de niñas y niños de 6 a 12 años: Guía para madres, padres o profesorado de Educación Primaria. 2006;
22. Rathus, S. A, Nevid, J. S. & Fichner-Rathus, L. Sexualidad humana. 6ª edición. Madrid, España: Pearson Educación.; 2005.

23. Padrón Morales, M^a del Mar, Fernández Herrera, Lola, Infante García, Ana, París Ángel, Ángela. Libro blanco sobre la Educación Sexual de la provincia de Málaga. Málaga; 2009.
24. Anticoncepción en la adolescencia y situaciones especiales. Rev. Esp. Endocrinología y Pediatría. Mayo de 2015
25. Equipo multidisciplinario del instituto nacional de educación sexual. Metodología y Educación Sexual. Editor INES. Col.: Educación sexual. Vol. Vol. VIII. Sto. Domingo; 1976. 14 p.
26. Ileana Vázquez Pérez. La Educación de la sexualidad en adolescentes. Tesis para optar por el Título de Master en atención integral al niño. 2007;1-44 p.
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Nacional de la Juventud. Informe de la Juventud en España. 2012.
28. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 4^a Edición. Ginebra. 2009.
29. Villalobos A, Ávila-Burgos L, Hubert C, Suárez-López L, de la Vara-Salazar E, Hernández-Serrato MI, Barrientos-Gutiérrez T. Prevalencias y factores asociados con el uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes, 2012 y 2018. Salud Publica Mex. 2020;62:648-660.
30. Estas son las ETS más comunes [Internet]. Durex España. Disponible en: <https://www.durex.es/blogs/ets/ets-mas-comunes>
31. Nota de prensa de la Academia Española de Dermatología y Venerología, 8 de agosto de 2016.
32. Centro nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos II. Resultados de la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles. Informe anual 2014.
33. UNAIDS GLOBAL VIH STADISTICS. 2019.
34. Revista Pharma Market. “Los pediatras aseguran que la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual ha aumentado entre los adolescentes”.

35. SECRETARÍA DE ESTADO DE, PRESUPUESTOS Y GASTOS, DIRECCIÓN GENERAL DE, FONDOS COMUNITARIOS Y, FINANCIACIÓN TERRITORIAL. Programa Iniciativa Comunitaria URBAN. 2011.
36. Ana Belén Salamanca Castro. El aeiou de la investigación enfermera. FUDEN. 2018. 2ª edición.
37. ENCUESTA SOBRE ADOLESCENCIA Y DIVERSIDAD SEXUAL. CONCEJALÍA DE MUJER E IGUALDAD.
38. ENCUESTA DE SALUD Y HáBITOS SEXUALES. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. 2004.
39. León-Larios, Fátima, Gómez-Baya, Diego. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS DE SEXUALIDAD RESPONSABLE EN JÓVENES. Rev. Esp. Salud Pública. . 2018; Vol. 92.
40. PREGUNTAS SOBRE ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO [Internet]. NATIONAL LGBT HEALTH EDUCATION CENTER, FENWAY INSTITUTE. <https://www.lgbtqihealtheducation.org/wp-content/uploads/SOGI-Questions-Espanol-with-Cover.pdf>
41. Fernández, A, Sánchez, M, Machín, L. Revista Cubana de Medicina General Integral. Caracterización del nivel de información sobre ITS/VIH/sida en adolescentes de la escuela secundaria básica "*José Luis Arruñada*". 2012;28(1):15-25.
42. Marta Sánchez Jacob. Comité de Bioética de la AEP. Consentimiento informado en niños y jóvenes. 2019.
43. M.C. Martín Arribas Enfermera. Diseño y validación de cuestionarios Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud «Carlos III». Madrid. 2004.

ANEXOS

ANEXO I: CUESTIONARIO

Si lo necesitas, en todas las preguntas puedes marcar más de una respuesta. Al terminar la encuesta dóblala por la línea de puntos, métela en el sobre para asegurar el anonimato y entrégala al tutor/a. Sólo será leída por el equipo investigador.

1. ¿Usted se considera? (Marque uno.):

Hombre ()

Mujer ()

Hombre transgénero/Hombre trans/ Mujer a hombre (FTM) ()

Mujer transgénero/Mujer trans/ Hombre a mujer (MTF) ()

De género no conformista (genderqueer), ni hombre ni mujer exclusivamente ()

Categoría de género adicional/(u otro), por favor especifique: _____

Me niego a contestar ()

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

Mes _____

Año _____

3. ¿En qué país nació?

España _____ → Comunidad Autónoma _____

Otro país _____ → País _____

4. ¿Qué sexo le asignaron al nacer en su certificado de nacimiento original? (Marque uno.): Hombre () Mujer ()

5. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios de enseñanza general y/o formación profesional que ha terminado su padre? ¿Cuál es el máximo nivel de estudios de enseñanza general y/o formación profesional que ha terminado su madre?

1. Analfabeto _____

2. Estudios primarios completos o incompletos _____

3. Enseñanza general secundaria de primera etapa _____

4. Enseñanzas de grado medio de Formación Profesional _____

5. Enseñanza general secundaria de segunda etapa _____

6. Enseñanzas de grado superior de Formación Profesional _____

7. Estudios universitarios _____

8. No sabe el nivel de estudios de su padre o de su madre _____

6. ¿Has recibido algún tipo de formación sobre sexualidad y/o planificación familiar?

Si () No ()

Dónde (Especificar) _____

7. Si tienes alguna duda sobre sexualidad y/o planificación familiar.

¿A quién recurre? _____

8. ¿Usted se considera? (Marque uno.):

Heterosexual (ni gay, ni lesbiana) ()

Lesbiana, gay u homosexual ()

Bisexual ()

Algo distinto ()

No sé ()

Me niego a contestar ()

9. ¿Tienes actualmente pareja? Si () No ()

Duración de la relación en meses _____ meses

10. En tus relaciones sexuales, ¿a qué grado de intimidad sexual has llegado?

No he tenido ningún tipo de contacto () Solamente besos () Caricias íntimas sin llegar a la penetración () He llegado al coito/ penetración completa ()

Edad de la primera relación sexual en años _____

11. ¿Con quién tuviste la primera relación sexual?

Novio/a () Desconocido/a () Otros (especificar) _____

12. ¿Usaste algún método anticonceptivo en la primera relación?

Si () No ()

Cuál (especificar) Marcha atrás/ coito interrumpido () Preservativo () Otro (especificar)

¿Quién de los dos llevaba consigo el preservativo? Especificar _____

13. ¿Qué método utilizas actualmente?

Marcha atrás/ coito interrumpido () Preservativo () Anticonceptivos hormonales ()

Otro (especificar) _____

14. ¿Has tenido relaciones sexuales coitales/anales sin protección?

No he tenido nunca relaciones sexuales () Nunca () Algunas veces () Siempre ()

15. Respecto a los siguientes métodos anticonceptivos, contesta lo que consideres verdadero o falso:

1. La marcha atrás es un método anticonceptivo bastante seguro V () F ()
2. Si se lava con cuidado podemos utilizar el preservativo varias veces V () F ()
3. Para utilizar anticonceptivos hormonales se ha de acudir a un centro sanitario V () F ()
4. Tener relaciones sexuales completas durante la regla es un método seguro para evitar el embarazo V () F ()
5. Las pastillas anticonceptivas son eficaces si se toman antes de cada relación V () F ()
6. Tomar pastillas anticonceptivas protege frente a las ITS V () F ()
7. El único método anticonceptivo que protege de las ITS es el preservativo V () F ()
8. Todas las mujeres sexualmente activas tienen que hacerse citologías anuales V () F ()
9. Las ITS son poco frecuentes en nuestra sociedad V () F ()

16. ¿Alguna vez en la vida le ha diagnosticado un médico una enfermedad de transmisión sexual (ETS)? Es preciso que haya sido diagnosticado. _____

¿Cuánto tiempo hace que tuvo la última enfermedad de transmisión sexual? _____

¿Cuál fue esa última enfermedad de transmisión sexual? _____

16. ¿Ha recibido información sobre las infecciones de transmisión sexual?

_____ Sí _____ No

17. Obtuvo la información sobre las infecciones de transmisión sexual por:

_____ Medios de difusión masiva _____ Consultorio _____ Familia _____ Revistas _____ Escuela
_____ Amigos _____ Promotores de salud

18. ¿Se puede saber a simple vista si una persona padece de una infección de transmisión sexual? _____ Sí _____ No _____ A veces

19. Marque con una X las infecciones que se consideran de transmisión sexual:

_____ Moniliasis

_____ Sífilis

_____ Tricomoniasis

_____ Gardenia

_____ Diabetes mellitus

_____ Pediculosis púbica (ladilla)

_____ Clamidas

_____ Hepatitis B

_____ Gonorrea

_____ VIH/sida

_____ Úlcera péptica

_____ Herpes simple

20. ¿Sabe cómo utilizar eficazmente un preservativo para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual? _____ Sí _____ No

21. ¿Se siente usted capaz de utilizar el preservativo para evitar un embarazo o una infección de transmisión sexual? _____ Sí _____ No

22. ¿Los anticonceptivos protegen contra las ITS? _____ Sí _____ No

23. ¿La probabilidad del contagio a través del sexo oral es?
a. Grande _____ b. Pequeña _____ c. Nula _____

24. Marque con una X cuál o cuáles de las siguientes ideas usted comparte:

Los condones...

_____ inhiben el acto sexual.

_____ no son románticos.

_____ son un método seguro para prevenir las ITS.

_____ si hay amor no constituye una barrera.

_____ usarlo es cosa de viejos.

25. ¿En la relaciones sexuales sin penetración, hay placer? _____ Sí _____ No

26. De las siguientes prácticas sexuales, cuál opina que ofrezca más riesgo para contraer las ITS/VIH/sida:

_____ Sexo oral

_____ Sexo vaginal

_____ Sexo anal

27. ¿Sabe usted qué es sexo seguro? Si su respuesta es afirmativa, marque con una X según su criterio, cuáles pueden considerarse así:

_____ Sí _____ No

a. _____ Conversaciones eróticas.

b. _____ Juegos sexuales sin penetración.

c. _____ Caricias.

d. _____ Besos.

e. _____ Masturbación.

f. _____ Uso del condón.

28. Referido a la orientación sexual:

Has escuchado o presenciado → Has realizado o utilizado → Te han dicho o hecho

Insultos: maricón, bollera, sarasa, tortillera, travelo... () () ()

Hablar mal, comentarios negativos, rumores... () () ()

Burlas, imitaciones, gestos... () () ()

Amenazas. Tírar cosas, golpes, empujones... () () ()

Palizas. () () ()

Dejar de hablar, ignorar, no dejar participar, aislar... () () ()

29. ¿Qué te parece que una pareja de dos hombres muestre sus sentimientos en público de la misma manera que una pareja de hombre y mujer (besos, abrazos, caminar de la mano...)?

Me parece mal, no deberían hacerlo. ()

Me da asco verlo. ()

Me da igual que lo hagan, pero no en público. ()

Me parece bien. ()

30. ¿Qué te parece que una pareja de dos mujeres muestre sus sentimientos en público de la misma manera que una pareja de hombre y mujer (besos, abrazos, caminar de la mano...)?

Me parece mal, no deberían hacerlo. ()

Me da asco verlo. ()

Me da igual que lo hagan, pero no en público. ()

Me parece bien. ()

31. ¿Crees que es correcto tratar con desprecio a personas a las que les gustan las personas de su mismo sexo?

NO es correcto.

SI es correcto.

Depende del caso. ¿En qué casos crees que sería correcto?

ANEXO II: CARTA PARA EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

Buenos días,

Mi nombre es Oriana González Hernández, estudiante de cuarto grado de enfermería, facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de la Laguna.

En nombre del equipo de enfermería que dirigirá la investigación, me dirijo a usted, debido a que estamos realizando un proyecto de investigación, cuyo tema de estudio es el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes de 14, 15 y 16 años pertenecientes a los centros estudiantiles IES Canarias Cabrera Pinto e IES Santa María de Taco.

Tenemos especial interés en realizar esta investigación en ambos centros puesto que consideramos que existen ciertos factores influyentes en las variables que queremos estudiar, como son las barreras socioeconómicas existentes entre ambas zonas. Al finalizar el análisis y la recogida de datos, se entregará un informe con todos los resultados.

Me gustaría destacar que este estudio no ocasionará ningún tipo de gasto para su institución y que se tomarán todas las medidas necesarias para que no afecte al funcionamiento normal de las actividades propias de la institución.

De cualquier manera, se entregará a todo el alumnado encuestado un consentimiento y una carta en la que se explicará de manera detallada en qué consistirá la evaluación y los objetivos del estudio.

Esperamos su respuesta y en caso de necesitar cualquier información adicional, puede contactarnos vía correo electrónico; estaremos a su disposición.

Un saludo.

ANEXO III: SOLICITUD DE PERMISOS ESCOLARES

Estimada dirección del centro,

Deseo informar que soy alumna en el Departamento de Ciencias de la Salud, concretamente en el área de Enfermería de la Universidad de La Laguna, y estoy bajo la supervisión del Comité de Investigación de Atención Primaria.

Mi tema de investigación es “El nivel de conocimientos acerca de la sexualidad de la población adolescente”. El mismo está basado en un análisis detallado de la situación actual de la educación sexual aquí en Canarias.

En este sentido, estoy realizando encuestas para la recopilación de datos entre los alumnos pertenecientes a los centros de enseñanza IES Canarias Cabrera Pinto e IES Santa María de Taco. Concretamente se pretende realizar sobre los alumnos pertenecientes a los cursos de 3º, 4º de la E.S.O y 1º de bachillerato.

El objetivo principal de esta investigación es realizar un estudio del nivel de conocimientos acerca de la sexualidad que poseen, basándonos en el nivel socioeconómico que poseen los alumnos e identificar factores clave a través de esta comparativa que puedan determinar si existe una necesidad de implantación de esta materia en las aulas.

Por lo tanto, le solicito que tenga la amabilidad de otorgar permiso para realizar encuestas entre el alumnado perteneciente a los cursos mencionados previamente de su centro estudiantil.

La información proporcionada por los alumnos se mantendrá confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos.

Agradeciéndole, atentamente,

Oriana González Hernández.

ANEXO IV: MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRE O TUTOR

Declaro que el equipo de investigación asistencial perteneciente al Centro de Salud Laguna-Mercedes, ha informado que se está realizando una investigación sobre ITS, embarazos de riesgo y orientación e identidad sexual en adolescentes, en el IES San Matías y el IES Canarias Cabrera Pinto, que incluye una encuesta, la cual contempla temas sobre la sexualidad en esta etapa de la vida.

Se me ha solicitado que colabore, permitiendo que mi hijo responda a los diferentes instrumentos, y me aseguraron que los datos obtenidos serán confidenciales y anónimos, y que los resultados solo serán mostrados en eventos de carácter científico.

Por lo anterior, no tengo inconvenientes en dar mi consentimiento para que mi hijo o hija se incluya en dicho estudio.

Padre o tutor _____ (Nombre, apellidos y firma)

Investigador principal _____ (Nombre, apellidos y firma)

Fecha: ___ de _____ del año _____