



DOCENCIA - INVESTIGACIÓN

Una manera diferente de abordar la sexualidad, la contracepción y la prevención de infecciones de transmisión sexual desde la escuela en la Costa da Morte

A different approach to sexuality, contraception and prevention of sexually transmitted infections from school on Costa da Morte

*Luces Lago, Ana María **Porto Esteiro, Marta ***Mosquera Pan, Lucía
****Tizón Bouza, Eva

*Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Centro de salud de Cee (A Coruña). Miembro del Grupo de Investigación de Enfermería en Educación para la Salud (Enfermería Avanza). E-mail: ana_luces@hotmail.com **Graduada Universitaria en Enfermería. Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Ferrol (EOXI Ferrol). ***Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Hospital Virxen da Xunqueira de Cee (A Coruña). Miembro del Grupo de Investigación de Enfermería en Educación para la Salud (Enfermería Avanza). ****Graduada en Enfermería. Doctoranda por la Universidade da Coruña. Coordinadora del Grupo de Investigación de Enfermería en Educación para la Salud (Enfermería Avanza) – Observatorio de Enfermería basado en la Evidencia de la Fundación Index. A Coruña. España.

Palabras Clave: Sexualidad; anticoncepción; Enfermedades de Transmisión Sexual; Adolescente; Educación; Enfermería; Escuela

Keywords: Sexuality; contraception; Sexually Transmitted Diseases; adolescent; education; nursing; school

RESUMEN

Introducción: La actividad sexual en edad precoz se relaciona con conductas de riesgo que pueden dar lugar a embarazos no deseados (END) o infecciones de transmisión sexual (ITS). Los centros de enseñanza son los espacios idóneos para realizar actividades educativas en materia de sexualidad. Nuestro estudio tiene como objetivos: averiguar los conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción e ITS de los alumnos de 2º, 3º y 4º de la ESO, generar conocimientos y actitudes adecuadas en torno a la sexualidad y valorar los resultados de nuestra intervención educativa.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal que cuenta con la participación de 686 alumnos con edades comprendidas entre los 13 y 16 años pertenecientes a centros educativos de A Costa da Morte. Realizamos sesiones educativas sobre sexualidad, anticoncepción e ITS con

exposiciones teórico-prácticas. Elaboramos dos tipos de cuestionarios: uno de conocimientos, pre y post-intervención, y otro de satisfacción.

Resultados: Los adolescentes conocen la mayoría de los métodos anticonceptivos, aunque la información que manejan es dispar. Existe un déficit de conocimientos respecto a las ITS importante; los jóvenes no conocen sus signos/síntomas, las medidas de prevención, los mecanismos de transmisión, ni las actitudes a seguir con la población portadora.

Conclusión: La enfermería tiene un papel clave como impulsora de actitudes positivas en la salud sexual de los jóvenes. Es fundamental, para favorecer la adquisición de conocimientos en torno a la sexualidad, transformar a los adolescentes en los protagonistas de su historia a través de intervenciones innovadoras y participativas.

ABSTRACT

Aim: Sexual activity at an early age is associated with risk behaviors that can lead to unwanted pregnancies or sexually transmitted infections (STIs). Schools are the ideal for educational activities in relation to sexuality. Our study aims to find out knowledge about sexuality, contraception and STIs to the students of 2nd, 3rd and 4th of Secondary School, generate appropriate knowledge about sexuality and evaluate the results of our intervention attitudes.

Methods: A descriptive cross-sectional study with the participation of 686 students aged between 13 and 16 years old, belonging to schools in Costa da Morte. We offered educational sessions on sexuality, contraception and STIs with theoretical and practical presentations. We developed two types of questionnaires: one of knowledge, pre-post intervention and other about satisfaction.

Results: Teenagers know most contraceptive methods, although the information they handle is questionable. There is a deficiency of knowledge related to the important STI; young people do not know their signs/symptoms, prevention, transmission mechanisms, and attitudes to go with the carrier population.

Conclusion: Nurses play an important role in promoting a change of attitude in youth's sexual behavior. Encouraging teens and transforming them in the protagonists of his story through innovative and participatory activities, is essential to achieve the acquisition of knowledge about sexuality.

INTRODUCCIÓN

Actualmente en España existe un cambio evidente en las conductas sexuales observadas en los jóvenes. Cada vez las relaciones sexuales se inician más precozmente, manteniendo relaciones sexuales completas antes de los 18 años¹ y con una media de edad de 16,8 años para el hombre y 17,5 años en el caso de la mujer². Este hecho se exagera todavía más para los adolescentes en edad de escolarización, quienes experimentan sus primeras relaciones con penetración vaginal en torno a los 15 años^{2, 3}. La Sociedad Española de Contracepción (SEC) avala los datos aportados anteriormente al establecer las primeras relaciones sexuales en el sexo femenino entre los 16 y los 20 años⁴.

Este cambio en las conductas del adolescente se asocia con una disminución en el uso del preservativo y un aumento de las relaciones sexuales esporádicas, viéndose incrementado exponencialmente el riesgo de contraer ITS y una mayor incidencia de END^{2, 3}.

Si hablamos del género, se observan diferencias sustanciales en el desarrollo de la sexualidad entre hombres y mujeres. Habitualmente los hombres se inician antes, tienen mayor número de parejas ocasionales y adoptan mayores riesgos en las relaciones. Por el contrario, las mujeres suelen asociar las relaciones sexuales al

amor y la confianza, con lo que es más frecuente que las inicien en el marco de una relación de pareja más estable⁵.

Entre los factores de riesgo que promueven estas prácticas sexuales desprotegidas en edades precoces podemos destacar el carácter espontáneo y no programado del encuentro sexual, que en muchas ocasiones, se produce bajo los efectos del alcohol y otras sustancias tóxicas^{1, 2, 6, 7}. Otros factores que podrían vincularse con estas prácticas de riesgo, guardan relación con una falta de información adecuada en materia de sexualidad, con la dificultad de diálogo con los padres o con un abordaje insuficiente de este tema en la escuela^{6,8}. Se suman a esto ciertos rasgos frecuentemente típicos de la adolescencia tales como el exceso de confianza interpersonal, la sobrevaloración del aspecto físico o el sentirse atraído o enamorado por alguien; lo cual podría desencadenar en una disminución de la percepción del riesgo real⁶, consecuencia del citado sentimiento de “falsa seguridad”.

¿Se puede hablar de mayor incidencia de prácticas sexuales de riesgo en el sexo femenino? En la actualidad la sexualidad parece continuar ligada a diferencias de género, de hecho es mayor el número de chicas que de chicos que confiesan sentir vergüenza a la hora de llevar preservativos consigo⁹. Ellas declaran que la sexualidad posee un mayor dominio en el campo masculino¹⁰, y que exigir el uso del preservativo a su compañero sexual puede generar desconfianzas sobre su pasado sexual¹¹. El papel de silencio y conformismo es un patrón de conducta habitual presente en las relaciones entre las adolescentes y sus chicos, lo que presenta una clara desventaja en el momento de negociar sobre el uso del preservativo¹². Estos argumentos ponen de manifiesto la existencia de situaciones de desequilibrio de poder entre géneros, donde la mujer a menudo tiene que ceder a determinadas presiones por parte de su pareja (revestidas de sentimientos y afectos), al que no satisface el uso del preservativo^{7, 13} y es que, a pesar de los cambios en la forma, hoy en día las relaciones siguen basadas en estereotipos tradicionales, en los que las mujeres tienen menor capacidad para decidir sobre su sexualidad^{5, 7, 13}.

Centrándonos en el uso del preservativo, se observa entre los adolescentes españoles de 14 a 24 años de edad, que éste es el método anticonceptivo utilizado con más frecuencia en las relaciones coito-vaginales por parte de ambos sexos, especialmente en los casos de relaciones entre parejas ocasionales, y con una menor prevalencia del empleo de este método en otro tipo de prácticas como las relaciones buco-genitales y coito-anales^{3, 5}. A pesar de ello, el número de adolescentes que no emplean este método en todas sus relaciones sexuales o que no lo usan nunca continúa siendo alarmante^{3, 5-7, 14}. ¿Cuál puede ser la causa que motive a los adolescentes a evitar el uso del preservativo? El principal factor señalado por los jóvenes como incentivador a la no utilización del preservativo durante la relación sexual parece ser la interferencia en la sensación de placer¹⁵. Los adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y 18 años presentan un menor uso de preservativo, para cualquier tipo de práctica sexual, que sus iguales con edades comprendidas entre los 19 a 24 años⁵. A pesar de conocer que el preservativo es el único método fiable para la prevención del contagio de ITS, los jóvenes orientan su uso mayormente a prevenir los END⁵.

Si analizamos las **diferencias por sexo en el uso del preservativo**, es mayor el porcentaje de mujeres frente al de hombres que afirma no usar ningún método anticonceptivo^{4, 14}, al igual que es mayor el porcentaje de hombres que el de mujeres que declara usar el preservativo en todas las relaciones sexuales⁹. Datos obtenidos

por la Sociedad Española de Contracepción (SEC) nos muestran que el 22,1% de las mujeres de 14 a 55 años declara no utilizar ningún método anticonceptivo, estos datos que ponen de manifiesto la existencia de un elevado porcentaje de mujeres sexualmente activas con una prevalencia de uso del preservativo es muy baja^{4,14}

Aún en vista de lo anterior, el **preservativo** continúa siendo el método más utilizado en las mujeres, especialmente por las que están comprendidas entre los 17 y 19 años, mientras que los anticonceptivos orales (ACO) son el segundo método más usado en esta franja etaria⁴.

Hay que señalar que cuando las parejas tienden a estabilizarse, el uso del preservativo se reduce en beneficio de otros métodos, como pueden ser los ACO, al tiempo que disminuye la percepción de riesgo^{3, 14}.

Las nociones básicas de los adolescentes sobre los ACO son escasas, saben que no protegen frente las ITS y asocian su uso a un elevado riesgo terapéutico, pero realmente desconocen sus efectos y funcionamiento^{7, 14}. En cuanto a la **anticoncepción de emergencia** cabe destacar que la amplia mayoría de los adolescentes tiene un conocimiento generalizado sobre ella, la casi totalidad de las mujeres de 14 a 50 años la conoce o ha oído hablar de ella⁴, aunque continua existiendo una muestra de jóvenes que tiene el concepto erróneo de que es un método anticonceptivo^{4, 14}. Su cumplimiento parece ser correcto, ya que ninguna mujer utiliza la píldora del día después (PDD) como método anticonceptivo habitual⁴.

Las ITS constituyen uno de los problemas más graves a nivel mundial, especialmente en lo que a la población adolescente respecta, ya no sólo por la elevada incidencia de ITS en este grupo de población, sino por considerarse a sí mismos como un grupo social con escasas probabilidades de padecer este tipo de enfermedades^{16, 17}. El informe de Naciones Unidas sobre la epidemia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) refleja que casi la mitad de las nuevas infecciones se producen entre los 15 y 24 años de edad^{3, 16}. Se suma a todo ello, que los conocimientos de los jóvenes en materia de ITS en general y del VIH en particular, son bastante deficientes¹⁷. A pesar de contar con numerosas fuentes de información relativas a estos temas, no conocen cuales son las medidas de prevención, los mecanismos de transmisión, ni las actitudes a seguir con la población portadora¹⁷.

¿Se puede establecer una relación entre la práctica de relaciones sexuales de riesgo y la falta de una educación sexual adecuada? En los primeros años de la adolescencia, la información relacionada con el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en general y del preservativo en particular es escasa y en muchos casos errónea⁷, lo cual genera numerosas dudas entre los jóvenes. Este hecho hace que la demanda de información respecto a estos métodos sea común, sobre todo en las primeras relaciones sexuales¹⁴ y en edades comprendidas entre los 17 y los 19 años².

Teniendo en cuenta toda la información disponible en materia de sexualidad hoy en día al alcance de los adolescentes, deberíamos reflexionar sobre las siguientes cuestiones: ¿en qué se está fallando a la hora de dar educación sexual?, ¿la metodología y los conocimientos aportados son los necesarios?, ¿se adaptan las clases/charlas impartidas a la necesidades reales de los adolescentes?

Debemos plantearnos la posibilidad de que la información impartida a los adolescentes al igual que la manera de transmitirla puede no satisfacer sus necesidades, por lo que debemos intentar enfocar los contenidos de las charlas hacia los intereses reales de este colectivo⁴. Los profesores al igual que el personal sanitario suelen centrar sus charlas de sexualidad en la fisiología del aparato reproductor masculino y femenino, sin embargo, los adolescentes de ambos sexos declaran poco interés por este tema y muestran mucho más hacia otras materias como pueden ser el Sida o las ITS⁶.

La enfermería puede llegar a desarrollar un papel clave a la hora de fomentar un cambio en la actitud sexual de los adolescentes¹⁸ mediante acciones educativas comprensibles, adecuadas y adaptadas a los adolescentes, no olvidando que la sexualidad está irremediabilmente ligada a aspectos socioculturales, biológicos y de género^{19, 20}. De esta manera, podremos reducir la vulnerabilidad frente a las ITS y a los END¹⁵ ya que son los principales factores de riesgo de iniciar una vida sexual activa a edad temprana²¹.

Cualquier intervención sanitaria dirigida a la mejora de la salud sexual y reproductiva de la juventud debe comenzar por aumentar la autoestima y la capacidad de visualizar proyectos de vida orientados al logro personal, al igual que se debe llevar a cabo una labor de desnaturalización y ruptura de las asimetrías de género en el ámbito de la sexualidad¹⁰. Es fundamental para la adquisición del conocimiento, transformar a los adolescentes en los protagonistas de su historia a través de actividades innovadoras y participativas, fomentando su desarrollo como personas autónomas con capacidad de decisión^{19, 20}. Negar este hecho puede disminuir la eficacia de las actividades y de los mensajes educativos, ya que quedarán recudidos a meros conocimientos, olvidando el aprendizaje de habilidades y conductas que van a permitir al adolescente una vivencia de la sexualidad libre de riesgos⁶. El adolescente debe y tiene derecho a conocer lo que es una relación sexual segura y los diferentes métodos de planificación familiar para poder elegir de manera libre aquel método que mejor se adapte a sus necesidades y con el que se sienta seguro²¹.

Los objetivos a alcanzar con este estudio, son averiguar el nivel de conocimientos sobre sexualidad, anticoncepción e ITS en los alumnos, para poder con ello generar actitudes adecuadas en torno a su sexualidad y lograr así una vivencia lo más responsable y sana posible. Como objetivo secundario, pretendemos evaluar la satisfacción generada en los alumnos con nuestra intervención en Educación para la Salud sexual.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de corte transversal.

Población: Adolescentes de entre 13 y 16 años (ver tabla I) que viven en alguno de los ayuntamientos que conforman “A Costa da Morte” y que cursan Educación Secundaria Obligatoria (ESO); esta comarca pertenece a la provincia de A Coruña y abarca desde el municipio de Malpica de Bergantiños hasta el cabo Finisterre. Está formada por los ayuntamientos de: Malpica, Ponteceso, Cabana, Laxe, Vimianzo, Camariñas, Muxía, Fisterra, Corcubión, Cee y los pueblos de Corme, Traba, Camelle, Arou, Santa Mariña, Camariñas, Javiña, Merexo, Lires, Nemiña y Dumbría. El nombre de esta comarca hace referencia a la cantidad de catástrofes marinas debido a la peligrosidad de sus acantilados y frecuentes temporales.

FISTERRA	Total	Hombres	Mujeres
AÑOS			
13	147	79	68
14	175	99	76
15	198	103	95
16	166	80	86
TOTAL	686	361	325

Tabla I: Distribución de datos de los adolescentes entre 13 y 16 que viven en Fisterra, según el Instituto Galego de Estatística, a 1 de Enero de 2013.

Muestra: Alumnos de 2º y 3º curso de ESO de los Institutos de Educación Secundaria (IES) situados en la comarca da Costa da Morte, de entidad pública. Según los datos obtenidos a partir de la población de toda la comarca de Fisterra a fecha de 1 de Enero de 2013, se recoge un total de 686 jóvenes. Se han seleccionado estos cursos, ya que la edad media de los adolescentes presentes en las aulas, corresponde con la edad media del inicio de las primeras relaciones sexuales correspondiente con la bibliografía consultada.

Teniendo en cuenta que la población a estudiar es finita, para conseguir una significancia estadística del 95%, con una precisión del 4%, una proporción esperada del 5% y esperando un posible 15% de pérdidas, el tamaño muestra del estudio será de 115 jóvenes.

Los centros educativos donde se impartió Educación para la Salud (EPS) fueron los “IES Fin do Camiño” de Fisterra, “IES Agra Raíces” de Cee e “IES Fernando Blanco de Cee”. El contacto con los IES se estableció, en primera instancia, mediante vía telefónica con el director/a del centro o el orientador/a según correspondiera. Si la intervención de EPS era aceptada por el centro docente, a través del contacto vía e-mail se organizaban los grupos a los que irían dirigidos y las horas lectivas disponibles por aula.

La duración y número de las sesiones, por curso, fueron las siguientes:

1. IES Fin do Camiño (Fisterra):

- a. 2º ESO: Participa un alumno con síndrome de Asperger. Se realizan 2 sesiones de 100 minutos.
- b. 3ºESO: 2 sesiones de 50 minutos.

2. IES Agra Raíces:

- a. 2º ESO: 3 grupos en 2 sesiones de 50 min.
- b. 3º ESO: 3 grupos (uno de ellos de Diversificación Curricular, que presentan dificultades en el aprendizaje), con 2 sesiones de 50 minutos.

3. IES Fernando Blanco:

- a. 2º ESO: uno de los alumnos no se tuvo en cuenta a la hora de rellenar cuestionario por dificultad en la comprensión de la lectura. Duración: 200 minutos, dos sesiones de 100 minutos.
- b. 3º ESO: 2 sesiones de 100 minutos.

CENTRO EDUCATIVO	FIN DO CAMIÑO (FISTERRA)	AGRA RAICES (CEE)	FERNANDO BLANCO (CEE)	TOTAL
2º ESO	16	56	10	82
3º ESO	28	53	6	87
TOTAL	44	109	16	169

Tabla II: Distribución de alumnos según el IES y curso académico al que pertenecen.

El programa educativo fue ofertado a otro IES de referencia de la zona, el IES "Manuela Rial", centro educativo concertado situado en Cee. Este centro educativo no mostró interés para 2º y 3º de la ESO, manifestando que la temática en torno a la sexualidad, anticoncepción e ITS era impartida en 4º de la ESO en la asignatura de Religión.

Intervención Educativa: Se diseña un programa de Educación para la Salud (EPS) formado por varias sesiones educativas. Estas sesiones se realizan mediante exposiciones teórico-prácticas, según disponibilidad de cada centro y/o grupo y son impartidas por personal sanitario: matronas y enfermeras. El tiempo total destinado a estas intervenciones fue de 100 o 200 minutos, en función de las horas lectivas de 50 minutos ofertadas por el centro.

El material utilizado fue el mismo en cada grupo. La presentación teórica se realizó mediante diapositivas con ayuda del programa power point y la cual fue enlazada con actividades en grupo y juegos prácticos.

Las intervenciones en cada grupo, se dividieron en 3 bloques: bloque de sexualidad, bloque de anticoncepción y bloque de ITS. Los temas tratados en cada grupo por orden de aparición fueron:

-Bloque sexualidad: En este apartado tratamos la importancia de la sexualidad como algo innato del ser humano para fomentar así una vivencia de la sexualidad lo más natural posible. Explicamos el concepto de identidad de género y orientación sexual para que los adolescentes puedan tener claras las diferencias entre ambos conceptos y fomentar la igualdad y respeto, teniendo claro que la orientación sexual es una opción personal de cada individuo. Mostramos mediante imágenes ilustradas la anatomía genital masculina y femenina, interna y externa, para poder comprender las similitudes y diferencias genitales y la aceptación de la zona genital como parte del propio cuerpo. Recalamos la importancia de valorar la zona genital masculina y femenina por igual, otorgándole a ambas, la importancia que se merecen.

Describimos las diferentes prácticas sexuales existentes diferenciando las prácticas asociadas a riesgo de embarazo de las que pueden conllevar contagio de una ITS; actividad llevada a cabo con la participación de la clase. A todas las prácticas

sexuales se les ha dado la misma importancia, intentado erradicar ideas coitocentristas y enfatizando la idea de que la única situación en la vida donde la penetración vaginal es imprescindible es la fecundación. Se ha intentado dar otras opciones sexuales para que cada individuo, a lo largo de su vida, tenga la opción de poder decidir libremente en qué momento llevar a cabo unas prácticas sexuales u otras, acompañadas siempre de respeto y tolerancia.

Para finalizar este bloque, se ha tratado el desarrollo de las fases de la sexualidad humana para comprender los cambios fisiológicos ocurridos en el organismo femenino y masculino; y se han nombrado los derechos sexuales que posee todo individuo.

Tras finalizar la exposición del primer bloque, procedimos a realizar dos actividades en grupo:

La primera, constaba de un caso práctico, donde grupos formados por 4 alumnos aproximadamente tenían que resolver diferentes cuestiones relacionadas con la sexualidad.

En la segunda actividad, cada alumno individualmente tenía que deducir si las frases expuestas basadas en mitos eran verdaderas o falsas.

-Bloque anticoncepción: En este bloque hemos explicado el correcto uso del preservativo femenino y masculino, haciendo incidencia en los errores frecuentes que pueden causar la retención del preservativo en la vagina o las roturas producto de un mal uso. Se ha recalcado, con especial importancia, que el uso del preservativo es responsabilidad por igual de ambos sexos, intentando evitar la delegación de esta práctica exclusivamente en el sexo masculino.

Se han explicado las normas de uso de la píldora del día después, sus efectos secundarios y se ha abarcado su uso como método de urgencia, para poder diferenciarlo de un uso como método habitual que sería erróneo. Se ha mencionado también a los alumnos, los lugares donde se puede adquirir la píldora del día después y la legislación vigente actual en torno a su uso.

Se profundizaba en el uso de otros métodos anticonceptivos tales como la anticoncepción oral combinada (ACO), el parche, el anillo vaginal, DIU, métodos de sólo progestágeno o métodos definitivos.

La actividad grupal desarrollada en este bloque se basó en un caso práctico donde por grupos de aproximadamente 4 personas debían de resolver diferentes cuestiones relacionadas con el tema de la anticoncepción.

-Bloque ITS: En este bloque se expusieron ejemplos de prácticas sexuales de riesgo para el contagio de ITS y se explicó cómo poder actuar en ellas para evitar la infección. Incidimos en la importancia del preservativo masculino y femenino como únicos métodos anticonceptivos de protección frente a las diferentes ITS. Se explicó el concepto de portador asintomático y el riesgo de transmisión existente en esta etapa. Mencionamos todas las posibles ITS, mostrando imágenes de las más prevalentes.

1. Al hablar de Virus de Papiloma Humano, aprovechamos la ocasión para dar a conocer el protocolo actual de cribado o detección precoz desarrollado en el Servicio Galego de Saúde.

2. En el tema del VIH/Sida, hicimos hincapié en la diferencia existente entre los conceptos de VIH y Sida, las vías de transmisión del virus, recalcando la no existencia de grupos de riesgo sino de prácticas de riesgo; dimos a conocer la Hª natural de la enfermedad, la existencia del tratamiento actual y las pruebas existentes para poder realizar la detección de este virus.

En este bloque, la actividad realizada se desarrolló de manera individual donde cada alumno debía de clasificar en verdadero o falso, diferentes frases basadas en mitos.

Se ofertaba la posibilidad de la visualización de un video, dependiendo del tiempo disponible, mostrábamos el vídeo “Juego de las sillas” de la Coordinadora Estatal de VIH/Sida (CESIDA) donde los alumnos podían ver mujeres narrando su historia personal de contagio del VIH tras mantener una relación sexual ocasional desprotegida; o realizábamos la actividad “*pasito a pasito*” donde los alumnos deben debatir entre todos y acordar entre ellos los pasos necesarios para una correcta colocación y retirada del preservativo masculino. Los diferentes pasos se mostraban individualmente cada uno en un folio y los alumnos tenían que colocarlos en el orden correcto: Deseo-Atracción- Excitación-Erección-Poner el preservativo- Penetración-Orgasmo-Eyaculación-Sujetar por la base-Retirar el preservativo-Pérdida de la erección. Teníamos un paso (Detenerse un momento) que cumplía la función de *comodín* ya que se podía colocar en cualquier parte del ciclo y lo que nos valía para hacer reflexionar a los alumnos que es lo que ocurría en cada momento.

Período: Las intervenciones se llevaron a cabo entre los meses de enero y junio del 2013, ambos inclusive.

Recogida de datos: Se elabora un cuestionario ad hoc, no validado, pilotado en la primera intervención educativa realizada, para medir el porcentaje de mejora de conocimientos tras las intervenciones. Tras ese pilotaje, se decide mantener el cuestionario con todas las variables iniciales (ver tabla III). El cuestionario está formado por 3 espacios diferenciados:

1. Datos Sociodemográficos que incluyen las variables Sexo (hombre, mujer), Edad (años), Curso (1º-3º ESO, otros).
2. Cuestionario de Conocimientos: 20 preguntas sobre la temática enseñada en las intervenciones, con 2 respuestas posibles (verdadera, falsa). El cuestionario de conocimientos fue entregado al principio de la primera intervención y al final de la última en cada grupo, para valorar los conocimientos adquiridos.
3. Cuestionario de satisfacción de la intervención: Este cuestionario está formado por 5 preguntas donde los alumnos puntuaban según escala Likert de 1 a 5 puntos (siendo 1 la puntuación mínima o peor y 5 la máxima o mejor). Entre estas 5 preguntas está una valoración general de la intervención. Fue entregado junto al cuestionario de conocimiento al final de las intervenciones, para valorar el grado de satisfacción del alumnado por las intervenciones realizadas.

TEST DE EVALUACIÓN

Este cuestionario de conocimientos es **anónimo**, pero para conocer mejor la población de estudio, necesitamos que nos cumplimentes los siguientes datos. Posteriormente, te presentamos las mismas 20 preguntas que en el test de evaluación anterior para que nos indiques si es **verdadera** o **falsa**. Así, podremos evaluar el nivel de conocimientos adquiridos mediante el taller. Muchas gracias

1. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
2. Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/> años.
3. Curso actual: <div style="text-align: center;">ESO 2º <input type="checkbox"/> ESO 3º <input type="checkbox"/> ESO 4º <input type="checkbox"/> Otros.....</div>

PREGUNTA	VERDADERO	FALSO
1. La sexualidad es una fase de la vida que dura entre los 15 y los 40 años.		
2. La homosexualidad es una enfermedad.		
3. El sexo oral tiene riesgo de embarazo.		
4. El sexo oral tiene riesgo de ITS (Infección de transmisión sexual).		
5. El hombre obtiene más placer en las relaciones sexuales que la mujer.		
6. El coito es la única práctica sexual satisfactoria.		
7. La "marcha atrás" es un método eficaz para prevenir el embarazo.		
8. El momento ideal para colocar el preservativo es justo antes de la eyaculación.		
9. La infección del VIH sólo afecta a prostitutas, heroinómanos y homosexuales.		
10. Un beso con lengua no transmite el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).		
11. Las mujeres seropositivas no deben dar pecho a sus hijos (lactancia materna).		
12. Una persona aunque se encuentre sana, puede tener una ITS (infección de transmisión sexual).		
13. Las chicas pueden ponerse preservativo.		
15. La píldora del día después es un método anticonceptivo de uso frecuente.		
16. Si una persona se hace el Test del VIH en el período ventana (sin tener síntomas), el resultado puede dar negativo aunque realmente esté infectado por el virus (falso negativo).		
17. Existe un método rápido (20 minutos) para saber si una persona puede estar infectada por VIH.		
18. La educación sexual debe comenzar en la infancia.		
19. El VIH es una enfermedad que tiene cura.		
20. La masturbación produce retraso mental, cansancio, dolores de estómago, acné e incapacidad para relacionarse sexualmente con otras personas.		

A continuación, nos gustaría saber tu opinión sobre las intervenciones realizadas:

CUESTIONARIO DE CALIDAD INTERVENCIÓN	1	2	3	4	5
(Puntúa de 1 a 5 las siguientes preguntas, siendo 1 la puntuación mínima o peor y 5 la máxima o mejor)					
¿Crees que el contenido y duración de la intervención ha sido adecuado? (tema, ejercicios)					
¿Te ha gustado la forma de llevar a cabo la intervención? ¿Entendiste bien al monitor/a?					
¿Se facilitó tu participación y la de tus compañeros/as o acompañantes?					
Valoración general de la intervención					
¿Has aumentado tus conocimientos en VIH/Sida?	Sí	—		No	—

¡¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!!

Tabla III: Cuestionario de conocimientos (preintervención y postintervención). Cuestionario de satisfacción.

RESULTADOS

Conocimientos previos

Un total de 148 personas componen la muestra, de las cuales un 53% fueron mujeres y un 47% hombres de edades comprendidas entre los 13 y los 16 años. Un 62% de ellos se correspondían con el curso de 2º de la ESO y el otro 38% con 3º de la ESO.

Un 76% de encuestados manifiestan discordancia con conceptualizar la sexualidad como un período vital delimitado entre los 15 y los 40 años de edad (pregunta 1). Así mismo, la gran mayoría (134 encuestados) opinan que el contenido de la pregunta 2, donde se alude a la homosexualidad como una enfermedad, es erróneo.

En cuanto a las preguntas 3 y 4 vinculadas con la práctica de sexo oral, sólo un 5% opinan que ésta entrañe un riesgo de embarazo, pero cuando hablamos de riesgo de contraer una ITS, el porcentaje de encuestados que atribuyen dicho evento a la práctica del sexo oral incrementa hasta un 52%. Continuando con las ITS, 124 individuos (84%) han respondido que una persona aparentemente sana es susceptible de padecer éste tipo de infección (pregunta 12).

En relación con algunas creencias extendidas, un 72% de encuestados cataloga como falso que el hombre obtenga mayor placer en las relaciones sexuales que la mujer (pregunta 5), únicamente un 20% afirman que el coito es la única práctica sexual satisfactoria (pregunta 6) y sólo el 17% vinculan la masturbación con efectos tales como retraso mental, acné o cansancio (pregunta 20).

En el terreno de la anticoncepción, casi la mitad de encuestados (46%) aseguran que el empleo de la "marcha atrás" como método anticonceptivo es un recurso eficaz frente a la prevención del embarazo (pregunta 7). Ante un 58% que se contrapone, un 34% testifica que el momento ideal para la colocación del preservativo es el inmediatamente anterior a la eyaculación (pregunta 8) y el 30% creen que el doble condón es el método anticonceptivo que desempeña mayor eficacia frente a la prevención del embarazo (pregunta 14). En cuanto al preservativo femenino (pregunta 13), un 60% de encuestados ha escuchado hablar de él y un 70% de la muestra cataloga la "píldora del día después" como método frecuente de anticoncepción.

Cuando indagamos sobre la infección por VIH, el 93% del conjunto muestra desacuerdo ante la idea de que esta infección afecte exclusivamente a colectivos de prostitutas, heroinómanos y homosexuales (pregunta 9). Así mismo, un 44% de encuestados se decantan por la idea de que un beso con lengua sea susceptible de transmitir VIH (pregunta 10), mientras que un 58% no considera propicia la lactancia materna en mujeres seropositivas (pregunta 11). Si cuestionamos sobre la prueba rápida para la detección del VIH (pregunta 17), se halla una división de ideas equitativa donde un 62% desconoce la existencia de la misma. Un 55% se manifiesta de acuerdo con el hecho de poder estar infectado por VIH a pesar de obtener un screening negativo (pregunta 19).

Para la pregunta 18, relacionada con la idoneidad de impartir educación sexual adaptada a la edad desde la infancia, se han obteniendo un 76% de respuestas a favor de dicha iniciativa.

Conocimientos posteriores

Un total de 153 individuos conforman la muestra post intervención, de los cuales un 47% eran hombres y un 51% mujeres de edades comprendidas entre los 13 y los 17 años. Del total de la muestra, el 61% pertenecieron a 2º de la ESO mientras que el otro 38% eran de 3º de la ESO.

En relación con la pregunta 1, el porcentaje de encuestados que mostraron desacuerdo con la premisa "la sexualidad es una fase de la vida circunscrita entre los 15 y 40 años de edad" fue de un 90%. La amplia mayoría (97%) manifestó oposición ante la concepción de la homosexualidad como enfermedad.

Un tamaño muy reducido de la muestra (10%) liga el riesgo de embarazo a la práctica de sexo oral (pregunta 3). Sin embargo, si hablamos sobre la potencial transmisión de una ITS mediante la práctica de sexo oral sin protección (pregunta 4), un 90% percibieron dicho riesgo. Un 95% de los alumnos se postulan junto a la idea de que una persona aparentemente sana podría padecer una ITS (pregunta 12).

El grueso de la muestra (94%) se ha mostrado discordante con la idea de que los hombres obtengan mayor placer en las relaciones sexuales que la mujer (pregunta 5), mientras que sólo un 7% sostiene que el coito sea la única práctica sexual satisfactoria (pregunta 6). El 92% de encuestados desligan la práctica de la masturbación de ciertos efectos adversos tales como acné, dolores de estómago o cansancio (pregunta 20).

La magnitud de encuestados que catalogaron como método anticonceptivo eficaz la "marcha atrás" (pregunta 7) ha caído hasta el 8%. Únicamente el 20% de la muestra opina que el momento idóneo para la colocación del preservativo es el inmediatamente anterior a la eyaculación (pregunta 8) y un 68% se contrapone ante la idea de que el doble condón sea el método más eficaz para la prevención del embarazo (pregunta 14). Continuando con anticoncepción, casi el total de encuestados (97%) conoce la existencia de un condón diseñado para el uso femenino (pregunta 13) y el porcentaje de alumnos que consideraron la "píldora del día después" como método anticonceptivo de uso habitual (pregunta 15) fue de un 25% post intervención.

Particularizando en la infección por VIH, un 98% de encuestados se han mostrado en desacuerdo con que sólo ciertos "grupos de riesgo" se puedan ver afectados (pregunta 9) y el porcentaje de encuestados que contemplan como vía de transmisión del VIH el intercambio de saliva en un beso con lengua (pregunta 10) es del 24%. Un 83% opina que las madres seropositivas no deberían llevar a cabo la lactancia materna con sus hijos (pregunta 11). En relación con la prueba rápida para la detección del VIH (pregunta 17), un 90% afirman conocer su existencia, pero, para la pregunta 16, un 42% descarta la posibilidad de un resultado negativo en presencia del virus ("período ventana"). Lo mismo sucede en la pregunta 19, donde encontramos una opinión dividida (48% frente a un 50%) ante el cuestionamiento "el VIH es una enfermedad que tiene cura"

Tras haber recibido las charlas/taller, el porcentaje de alumnos que consideran oportuno el inicio de la educación sexual desde la infancia (pregunta 18) alcanzó el 87%.

En la tabla que se muestra a continuación, se exponen los resultados obtenidos en los cuestionarios pre y post exposición, expresados en porcentajes de respuestas verdaderas, falsas y porcentajes de mejora (ver tabla IV).

Tabla 4. Distribución de porcentajes respuestas respecto a los cuestionarios pre-post intervención, así como mejora de conocimientos.

PREGUNTA	% PRE-INTERVENCIÓN		% POST-INTERVENCIÓN		% MEJORA
	VERDADERO	FALSO	VERDADERO	FALSO	
1. La sexualidad es una fase de la vida que dura entre los 15 y los 40 años	22	76	10	90	14
2. La homosexualidad es una enfermedad	9	91	3	97	6
3. El sexo oral tiene riesgo de embarazo	5	95	10	88	-7
4. El sexo oral tiene riesgo de ITS (infección de transmisión sexual)	52	41	90	8	38
5. El hombre obtiene mayor placer en las relaciones sexuales que la mujer	25	72	4	94	22
6. El coito es la única práctica sexual satisfactoria	20	77	7	92	15
7. La marca atrás es un método anticonceptivo eficaz frente a la prevención del embarazo	46	51	8	91	40
8. El momento ideal para la colocación del preservativo es justo antes de la eyaculación	34	58	20	79	21
9. La infección por VIH sólo afecta a prostitutas, heroinómanos y homosexuales	4	93	1	98	5
10. El beso con lengua no transmite el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana)	52	44	74	24	22
11. Las mujeres seropositivas no deben dar el pecho a sus hijos (lactancia materna)	52	39	83	14	31
12. Una persona aparentemente sana puede tener una ITS	84	13	95	3	11
13. Las chicas pueden ponerse preservativo	60	36	97	3	37
14. El método más eficaz para prevenir embarazos es usar doble condón	30	66	30	68	2
15. La píldora del día después es un método anticonceptivo de uso frecuente	70	24	25	74	50
16. Si una persona hace el test del VIH en el período ventana (no síntomas), puede resultar negativo aunque esté infectada	55	39	54	42	-1
17. Existe un método rápido (20 minutos) para saber si una persona está infectada por VIH	39	48	90	8	51
18. La educación sexual debe comenzar en la infancia	76	20	87	12	11
19. El VIH es una enfermedad que tiene cura	34	57	48	50	-7
20. La masturbación produce retraso mental, cansancio, dolores de estómago, acné y disfunción sexual	16	79	8	92	1

Tabla 3: Distribución de porcentajes respuestas respecto a los cuestionarios pre-post intervención, así como mejora de conocimientos.

Finalmente, la segunda parte del cuestionario post-intervención constaba de cinco preguntas relacionadas con la calidad de nuestra intervención (ver tabla III). A continuación se detallan los resultados de las contestaciones a las cuestiones formuladas: El 91% de los encuestados están satisfechos o muy satisfechos con el contenido y duración de la intervención realizada, otorgándonos una puntuación de 4,6 sobre 5. El 88% manifiesta haberle gustado la forma de llevar a cabo la

intervención y haber entendido las explicaciones de la monitora, el mismo porcentaje que expresa que hemos facilitado durante la intervención su participación y la de sus compañeros durante el desarrollo de la misma. El 96% de los alumnos participante opina que tras nuestra intervención ha aumentado sus conocimientos sobre el VIH/SIDA.

DISCUSIÓN

En vista de los resultados obtenidos al analizar los conocimientos previos de los participantes con los adquiridos tras la intervención, se detecta una mejoría (incremento del número de respuestas óptimas para la mayoría de los ítems) que podría relacionarse con la formación recibida.

Actualmente, en la comarca de Fisterra, la mayoría de los adolescentes conocen y catalogan como válidas las diferentes expresiones de la orientación sexual humana, lejos de etiquetar a la homosexualidad como una enfermedad, sino más bien como una elección voluntaria y personal tan respetable como la heterosexualidad.

Dejando atrás las decadentes ideas que posicionaban al compañero masculino como aquel que recibía el placer en el contexto de las relaciones sexuales heterosexuales¹¹, el grueso de la muestra se manifiesta en favor de la opción de que ambas partes, masculina y femenina, pueden disfrutar de su sexualidad con igualdad, satisfacción y plenitud, concepto que se ha visto reforzado tras la intervención.

Las relaciones sexuales entre adolescentes han sido descritas como “coitocentristas” en numerosas ocasiones⁸. En relación con esto, sólo uno de cuatro adolescentes en Costa da Morte ha catalogado la penetración como la única práctica sexual satisfactoria, lo que apunta hacia una mayor consideración, por parte de los adolescentes, de otras prácticas sexuales alternativas igualmente respetables, que los dotan de herramientas para una vivencia sexual sana y responsable al tiempo que facilitan la toma de decisiones en relación con su propia sexualidad. Las creencias erróneas de gran parte de los encuestados en torno a la validez del “coitus interruptus” o “marcha atrás” como técnica útil frente a la prevención del embarazo han sido motivo de alarma. A pesar de la mejora de los conocimientos post-intervención, se hace necesario reincidir en este aspecto y mismo extrapolarlo a otras poblaciones similares, debido al riesgo que el empleo de este método entraña¹⁰.

Puesto que se ha catalogado el preservativo masculino como el método anticonceptivo más empleado entre los adolescentes^[3,5], se torna indispensable facilitar el acceso y uso adecuados que permitan su máxima eficacia^[8, 14,15]. Esta necesidad educativa no hizo más que evidenciarse con los datos obtenidos en las encuestas, para los cuales una parte significativa de la muestra consideró idónea la colocación del preservativo en el momento inmediatamente anterior a la eyaculación, al tiempo que otros describieron el doble condón como un método anticonceptivo eficaz.

La concepción de la píldora del día después (PDD) como método anticonceptivo resulta un motivo habitual de debate en la sociedad². En contraposición de los datos facilitados por la SEC, donde se cataloga la PDD como un método poco empleado (27,6%) y con tendencia descendente⁴, dos tercios de los encuestados consideraron la PDD como un método anticonceptivo de uso frecuente con anterioridad a la intervención. Los resultados post-intervención han sido bastante diferentes,

obteniéndose para este apartado uno de los mayores índices de mejora. Esta línea se muestra en concordancia con los hallazgos de otros estudios, donde se postula que son muchos los jóvenes que manejan un conocimiento generalizado o erróneo de la PDD que mejora tras la formación ^[4,14]. El hecho de que gran parte de la muestra no haya contemplado la posibilidad de contraer una ITS que entraña la práctica de sexo oral desprotegido, no resulta más que un elemento favorecedor de conductas de riesgo de cara a la potencial transmisión de dicha ITS. En los cuestionarios post-intervención, se percibió un cambio en el ideal del adolescente, ahora más consciente del riesgo asociado a dicha práctica sexual.

Según Tizón Bouza E.¹⁷, un tema que hoy en día continúa suscitando muchas dudas entre los adolescentes son las diferentes ITS, sus signos, síntomas y vías de transmisión. En contraposición de las asociaciones entre “buena apariencia física” y estado serológico negativo que se recogen en parte de la literatura consultada³, los datos obtenidos en el presente estudio han sido más alentadores. En vista de la baja percepción de riesgo de contraer una ITS que habitualmente se adjudica al adolescente ^[6,8], el hecho de acotar las ITS a determinados grupos de riesgo¹⁷, junto con el porcentaje de adolescentes que reconocen no utilizar nunca el preservativo en sus relaciones sexuales¹⁴ o evidencian un déficit de conocimientos relacionado con su utilización¹⁵, se hace necesario un estudio más exhaustivo de la actitud del adolescente frente a las ITS para esta población.

El carácter incurable de la infección por VIH así como su frecuente denominación como enfermedad, continúan produciendo controversia de acuerdo a los resultados obtenidos entre los encuestados¹⁷, lo cual denota una falta de conocimientos relacionados con la fisiopatología de la infección. Cuando indagamos sobre las vías de transmisión del virus sobresale el gran porcentaje de la muestra a estudio que ignoró la transmisión mediante la lactancia materna al tiempo que, en divergencia al estudio de Gómez Escallolina, L¹⁴, otro gran porcentaje asoció el intercambio de saliva con un riesgo de contagio. De especial significación fueron las respuestas obtenidas en relación con el “período ventana”; el hecho de que gran parte de los encuestados ignore la posibilidad de una potencial transmisión del virus mientras éste aún no es detectable en las pruebas habituales no hace más que posicionarlos como vulnerables frente a la infección.

Los adolescentes españoles son sexualmente activos y por tanto, susceptibles a sufrir un END o una ITS ^[2, 3, 5,6]. Los riesgos asociados a las relaciones sexuales en edad precoz son mayores para el sexo femenino ^[4,14] y en edades tempranas de la adolescencia ^[15,21].

El mutismo del ambiente familiar ^[8, 14,22] en lo que respecta a la sexualidad del adolescente, hace que los jóvenes busquen otras fuentes de información y que valoren positivamente el hecho de recibir charlas de sexualidad adaptadas a sus necesidades⁶. Asimismo proponen algunas alternativas para el manejo de estas charlas, como por ejemplo que se desarrollen en centros más accesibles en los que se garantice su intimidad o que se inicien los programas de educación sexual a edades más tempranas¹⁴, lo que concuerda con el resultado de nuestro estudio, donde un elevado porcentaje de la muestra de los alumnos manifiesta estar a favor de la iniciativa de impartir educación sexual adaptada ya desde la infancia.

En este aspecto, los centros educativos son los espacios idóneos para realizar actividades educativas en materia de sexualidad, ya que el adolescente se encuentra

en un entorno conocido, lejos de los prejuicios de los adultos, y rodeado de otros jóvenes con los que comparte dudas, hechos que fomentan la libertad y la espontaneidad a la hora de hablar de sexo¹⁵. Los jóvenes deben estar informados y formados en materia de salud sexual para lograr de este modo disminuir las conductas de riesgo entre la población adolescente, reduciendo así el número de END e ITS⁶.

La enfermería puede desarrollar un papel clave para conseguir un cambio en la actitud sexual en las escuelas, ya que puede ofrecer a los jóvenes información rigurosa que para conocer las diferentes ITS así como los métodos anticonceptivos disponibles¹⁸. Es fundamental que los profesionales de la salud recalquen la importancia del preservativo como el único método eficaz en la prevención de ITS y que fomenten sus aspectos positivos destacándolo como una herramienta que puede mejorar la comunicación con la pareja, aumentando la intimidad y la confianza de la relación, prolonga el juego sexual, ya que aumenta la intensidad de la sensación de placer y el orgasmo, y fortalece la relación de pareja, disminuyendo la ansiedad y facilitando el goce de un sexo seguro⁸. Resaltando los aspectos positivos relacionados con el preservativo podremos incentivar un mayor uso de éste entre los adolescentes.

CONCLUSIONES

Los adolescentes españoles son considerados población de riesgo a sufrir un END o una ITS al ser sexualmente activos en edades precoces, en especial para el sexo femenino. Son ellos quienes reclaman recibir educación sobre sexualidad adaptada a sus necesidades desde edades ya tempranas, favorecido ello por el mutismo sufrido en sus domicilios en todo lo referente a la sexualidad, y para el resto, debemos educarlos en prevención y aportar una adecuada educación para la salud sexual.

La enfermería es un profesional sanitario clave para favorecer un cambio de actitud en los adolescentes desde la escuela. Debemos formar a los alumnos para que ellos adquieran las habilidades necesarias en la prevención de END e ITS, resaltando los aspectos positivos relacionados con el uso del preservativo para fomentar así su uso por parte de los adolescentes.

Para que las intervenciones sobre salud sexual puedan ser efectivas, es imprescindible tener en cuenta los pensamientos y necesidades de los jóvenes y no olvidar analizar junto a ellos los componentes de género y socioculturales que envuelven la sexualidad, al igual que los tabúes y mitos que se han ido preservando de generación en generación. La existencia de tabúes relacionados con la sexualidad crea dificultades tanto para el hombre como para la mujer exponiendo a ambos a situaciones de riesgo y vulnerabilidad, por ello es fundamental transformar a los adolescentes en los protagonistas de su historia a través de actividades innovadoras y participativas, para favorecer así la adquisición de conocimientos en torno a la sexualidad.

REFERENCIAS

1. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Informe de evaluación plan Multisectorial de VIH-SIDA. 2008-2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Julio 2013. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf

2. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gac Sanitaria* [Internet]. 2010 [Citado el 8 Enero 2013]; 24(5):404-9. Disponible en:

http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?f=7064&ip=217.127.3.101&articuloid=13184318&revistaid=138

3. Carrasco Fernández T. Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo [Trabajo Fin de Grado]. Ferrol: Facultad de enfermería y podología. Universidad de la Coruña; Jun 2013. Disponible en:

http://ruc.udc.es/bitstream/2183/10209/2/CarrascoFernandez_Tamara_tfg_2013.pdf

4. Sociedad española de contracepción. Estudio poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital 2013. Madrid: Sociedad española de contracepción; 2013. Disponible en:

http://www.sec.es/area_cientifica/estudiosyencuestas/pildorapostcoital2013.pdf

5. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanitaria* [Internet]. 2008 Nov-Dic [Citado el 25 Agosto de 2013]; 22 (6): 511-9. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/original1.pdf>

6. Jorge Araujo P. Educación sexual en los alumnos de 4º de la ESO de la ciudad de Gáldar (Las Palmas). Biblioteca Lascasas [Internet]. 2009 [Citado el 28 Agosto de 2013]; 5(4). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0456.php>

7. Díaz Fernández A. Estudio de los conocimientos, prácticas y creencias sobre sexualidad de los universitarios/as del Campus de Esteiro de la UDC [Trabajo fin de Grado]. Ferrol: Universidad de A Coruña; 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/10212>

8. Guimarães Ximenes Neto FR, Sampaio Barros A, Siqueira Freitas CA, Albuquerque Napoleão IM, Rocha J, Cunha Olm IC, et al. Práticas sexuais seguras na adolescência: Análise do conhecimento de adolescentes escolares. *Enfermería Comunitaria* [Internet]. 2011 [Citado el 4 Septiembre de 2013]; 7 (1). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7132.php>

9. Dutra dos Anjos RH, Souza Silva JA de, Ferreira do Val L, Alarcón Rincon L, Izumi Nichiata LY. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. *Rev. esc. enferm. USP* [Internet]. 2012 Ago [citado el 4 Septiembre de 2013]; 46 (4): 829-37. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400007&lng=es

10. Alvarez Nieto C, Linares Abad M, Pastor Moreno G, Rodríguez Olalla L, Serrano Martos J, Torres Díaz F. Evolución de las relaciones afectivo-sexuales en la adolescencia e impacto sobre la salud. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2009 [Citado el 13 Septiembre de 2013]; 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/059o.php>

11. Brites Zangão MO, Sim Sim MM. Duplo padrão sexual e comportamentos afetivo-sexuais na adolescência. *Rev Enferm UFPE* [Internet]. 2011 Mar-Abr [Citado el 13 Septiembre de 2013]; 5 (esp): 328-35. Disponible en: www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1742/pdf_438

12. Grajales IC, Cardona D. Actitudes de los adolescentes escolarizados frente a la salud sexual y reproductiva. Medellín (Colombia). *Invest Educ Enferm* [Internet]. Ene – Abr 2012 [Citado el 22 Septiembre de 2013]; 30 (1): 77-85. Disponible en: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072012000100009&lng=es&nrm=iso.

13. Dutra dos Anjos RH, De Souza Silva JA, Ferreira do Val L, Alarcón Rincon L, Izumi Nichiata LY. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 Ago [Citado el 23 Septiembre de 2013]; 46 (4): 829-37. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400007>
14. Gómez-Escalonilla Lorenzo B, Nombela Beltrán P, de las Mozas Lillo R, Marroyo Gordo JM, Gómez-Escalonilla Lorenzo MS. Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en nuestros adolescentes. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2011 [Citado el 23 Septiembre de 2013]; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n2/ec7731.php>
15. Aragão Dias FL, Lima da Silva K, Cunha Vieira NF, Costa Pinheiro PN da, Colares Maia C. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. R Enferm UERJ [Internet]. 2010 [Citado el 1 de Octubre de 2013]; 18 (3):456-61. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>
16. Organización de Naciones Unidas. El SIDA en cifras. Ginebra: Organización de Naciones Unidas; 2013. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf
17. Tizón Bouza E, Cáceres Álvarez N, Alonso Fernández L, Merino Bernardino A, Yáñez González E. ¿Están los jóvenes gallegos bien formados en Educación Sexual? Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2010 [Citado el 2 de Octubre de 2013]; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i047.php>
18. Santos Koerich M, Baggio MA, Stein Backes MT, Stein Backes D, Nunes Carvalho J, Schindwein Meirelles BH, Lorenzini Erdmann A. Sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e contracepção: atuação da enfermagem com jovens de periferia. R Enferm UERJ [Internet]. 2010 [Citado el 2 de Octubre de 2013]; 18 (2): 265-71. Disponible en: <http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a17.pdf>.
19. Ferreira Moura ER, Jovino de Souza CB, Evangelista DR. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes de escolas públicas e privadas de Fortaleza-CE, Brasil. Reme [Internet]. 2009 Abr-Jun [Citado el 3 de Octubre de 2013]; 13 (2): 266-73. Disponible en: <http://www.enf.ufmg.br/rememe/remev13n2.pdf>.
20. Tepe Flores M, Tejada Panaqué R, Rodríguez Cruz LD. Programa educativo sobre cultura de la vida en adolescentes de una Institución Educativa Estatal. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2012 [Citado el 15 de Octubre de 2013]; 16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/227d.php>.
21. Ramírez Morales M, López Salas MD, Castillo Díaz R. Conocimiento de salud reproductiva en los adolescentes. Rev Paraninfo Digital [Internet]. 2010 [Citado el 15 de Octubre de 2013]; 9. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n9/i044.php>.
22. Fonseca AD da, Oliveira Gomes VL de, Correa Teixeira K. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de Enfermagem. Esc. Anna Nery R. Enferm [Internet]. 2010 [Citado el 16 Octubre de 2013]; 14 (2): 330-37. Disponible en: http://www.eean.ufjf.br/revista_enf/20102/art15.pdf.

Recibido: 5 de junio 2014; Aceptado: 17 de julio 2014

ISSN 1695-6141

© COPYRIGHT Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia