

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE ENFERMERIA, FISIOTERAPIA Y PODOLOGIA



TESIS DOCTORAL

Valoración del éxito de la educación afectivo-sexual en adolescentes

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Gloria Cabrera Gómez

DIRECTORES

José Luis Pacheco del Cerro
Teresa Pérez Pérez

Madrid, 2016



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

**VALORACIÓN DEL ÉXITO DE LA
EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN
ADOLESCENTES**

TESIS DOCTORAL
GLORIA CABRERA GÓMEZ

Madrid, 2015



Universidad Complutense de Madrid
Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología

**VALORACIÓN DEL ÉXITO DE LA
EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL EN
ADOLESCENTES**

TESIS DOCTORAL
GLORIA CABRERA GÓMEZ

Directores:
Dr. José Luis Pacheco del Cerro
Dra. Teresa Pérez Pérez

Madrid, 2015

Agradecimientos

Doy gracias sinceras a mis directores de tesis por su inestimable apoyo, ayuda, aliento e inspiración.

A las coordinadoras del proyecto ¿Comenzar la casa por el Tejado?, por su esfuerzo y dedicación en favor del bien de los adolescentes extremeños. Y que generosamente me han cedido toda su documentación:

Isabel Pizarro Borrallo (asesora del CPR de Don Benito-Villanueva), Nieves García Morillo (educadora social del IES “Pedro de Valdivia” de Villanueva de la Serena), Teresa Mora García (enfermera COPF de Don Benito), Juliana Cabrera Gómez (médica de Villar de Rena).

A los equipos directivos, docentes y de orientación de todos los institutos que amable y generosamente han colaborado para la realización de las encuestas.

A los grandes protagonistas, todos los estudiantes que han cumplimentado los cuestionarios; sin ellos, sin su tiempo, sin sus respuestas, esta trabajo no existiría.

A Vicente Barragán, actual vicepresidente de la Asociación Extremeña de Planificación Familiar y Sexualidad. Por su asesoramiento y consejo.

Y a mis compañeros y compañeras de Facultad y de Departamento: Teresa, María José, María José, Pedro, Marian y María Jesús.

A todos los que gustosamente me han echado una mano, familia y amigos. Y a los que no han tenido ocasión pero lo habrían hecho con placer.

Y sobre todo a mi amiga Teresa. Por todo.

A mi padre

Tabla de contenido

Abreviaturas.....	1
Thesis Summary.....	3
1. Introducción.....	9
1.1. Salud, salud sexual y salud reproductiva.....	10
1.1.1. Salud.....	10
1.1.2. Sexualidad.....	12
1.1.3. Salud sexual.....	14
1.1.4. Salud reproductiva.....	18
1.2. Marco legal.....	19
1.2.1. Marco legal Internacional.....	19
1.2.2. Marco Nacional.....	27
1.2.3. Marco Autonómico.....	30
1.2.4. Contexto en la Comunidad Autónoma de Extremadura.....	32
1.3. Educación afectivo-sexual en los adolescentes.....	33
1.4. El papel de la Enfermería en la Educación Afectivo-Sexual.....	46
1.5. La Comunicación en temas afectivo-sexuales de los adolescentes con su entorno.....	50
1.6. Actitud de los adolescentes frente a la diversidad sexual.....	54
1.7. Evaluación de la educación afectivo-sexual en España.....	58
2. El Proyecto de Aplicación Práctica de Educación Afectivo-Sexual.....	64
¿Comenzar la Casa por el Tejado?.....	64
3. Justificación.....	70
4. Hipótesis.....	72
5. Objetivos.....	74
5.1. Objetivo Principal.....	75
5.2. Objetivos Secundarios.....	75
6. Material y Método.....	76
6.1. Diseño.....	77
6.2. Ámbito.....	77
6.3. Población, selección de la muestra y justificación del tamaño muestral.....	77
6.3.1. Población.....	77
6.3.2. Tipo de Muestreo.....	77
6.3.3. Justificación del tamaño de muestra.....	77
6.4. Procedimiento y recogida de datos.....	80
6.5. Variables.....	81
6.6. Análisis estadístico.....	82
7. Resultados.....	85
7.1. Análisis Descriptivo.....	86
7.1.1. Características demográficas.....	86
7.1.2. Valoración de los cursos de formación afectivo-sexuales recibidos dentro del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?.....	86
7.1.3. Bloque afectivo-sexual.....	88
7.1.4. Comunicación en temas afectivo-sexuales con su entorno.....	94
7.1.5. Tolerancia con la homosexualidad.....	95
7.2. Identificación de los factores que influyen sobre los distintos rasgos.....	96
7.2.1. Bloque afectivo-sexual.....	96
7.2.2. Comunicación en temas afectivo-sexuales con el entorno.....	121
7.2.3. Tolerancia con la homosexualidad.....	126
8. Discusión y futuras líneas de actuación.....	132
8.1. Características demográficas.....	133
8.2. Valoración de los cursos de formación afectivo-sexual recibidos.....	133

8.3. Competencias relativas a la educación afectivo-sexual.....	134
8.4. Comunicación en temas afectivo-sexuales con su entorno.....	140
8.5. Tolerancia con la homosexualidad.....	142
8.6. Diferencias por género, promoción y haber recibido o no formación afectivo-sexual.....	144
8.7. Comparativa del presente trabajo con otras evaluaciones de programas de educación afectivo-sexual.....	148
9. Conclusiones	150
10. Referencias	152
11. Anexos.....	166
Anexo 1: Mapa del Área Sanitaria de Don Benito-Villanueva. Los IES participantes en el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? pertenecen a municipios coloreados.....	167
Anexo 2: Cursos e Institutos en los que se desarrolló el Proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?	168
Anexo 3: Número de alumnos totales que recibieron formación del Proyecto durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08.....	169
Anexo 4: Número de alumnos por años que recibieron formación del Proyecto durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08.....	170
Anexo 5: Ejemplo de sesión de la programación con el profesorado del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?, Sesión 8ª, y detalle de diez actividades propuestas para desarrollar con el alumnado.....	170
Actividad I: Juego de las tarjetas o cacería de firmas (López 1995)	172
Actividad II: Aprendemos a utilizar el preservativo.....	174
Actividad III: Aprendemos a utilizar la preservativa.....	175
Actividad IV: Juego de roles. Negociamos el uso del preservativo.....	176
Actividad V: Trabajo en grupo valorando riesgos: sí da/ no da	177
Actividad VI: Juego de roles: vamos a comprar preservativos.....	178
Actividad VII: Analizando casos. Debatisimos el caso de Aday	180
Actividad VIII: Analizamos el caso de Julia	180
Actividad IX: Trabajo en grupo: buscamos noticias	180
Actividad X: Cadena de inconvenientes en el uso del condón	181
Anexo 6: Número de encuestas disponibles y su distribución por cursos en institutos.....	183
Anexo 7: Cuestionario.....	184
Anexo 8: Instrucciones para rellenar el cuestionario.....	188
Anexo 9: Recodificación de las variables del bloque Afectivo-sexual en Respuesta Adecuada (RA) y Respuesta Inadecuada (RI).....	189
Anexo 10: Mapas del Análisis de Correspondencia Simple de las variables del bloque afectivo-sexual, que no se han identificado como deficiencias en la formación afectivo-sexual de los adolescentes.....	191
Anexo 11: Recodificación de las variables del bloque Tolerancia con la Homosexualidad en Respuesta Adecuada (RA) y Respuesta Inadecuada (RI) ..	195

Abreviaturas

ACS: Análisis de correspondencia simple
ANECA: Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación
CCAA: Comunidad Autónoma
CEDAW : Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres
CIE: Consejo Internacional de Enfermeras
CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CIPE: Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería
COOP/WONCA: Organización Mundial de Médicos de Familia
COPF: Centro de Orientación y Planificación Familiar
CPR: Centro de Profesores y Recursos
DMSS: Día Mundial de la Salud Sexual
ETS: Enfermedad de Transmisión Sexual
FPFE: Federación de Planificación Familiar Estatal
GEE: Ecuaciones de Estimación Generalizadas
GLM: Modelos lineales generalizados
IC: Intervalo de Confianza
IES: Instituto de Educación Secundaria
INE: Instituto Nacional de Estadística
INJUVE: Instituto de la Juventud
IPPF: Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
LGBT: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales
LGBTI: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales
LOPS: Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OR: Odds Ratio
SEC: Sociedad Española de Anticoncepción
SES: Sistema Extremeño de Salud

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación

UE: Unión Europea

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

WAS: Asociación Mundial de Sexología

Thesis Summary

Title

Assessment of the success of emotional-sexual education for teenagers

Introduction

According to the 'World Health Organisation' (WHO) "Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not only the absence of conditions or diseases."

Other experts prefer a broad reference context when talking about health, expressing it in three areas: physical, mental and social.

Within this context, in 2002 the WHO defined sexual health as a state of physical, emotional, mental and social well-being related to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or weakness. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relations, as well as the possibility of obtaining pleasure and safe sexual experiences, free from coercion, discrimination and violence. To achieve good sexual health and guarantee the sexual rights for all people, these rights should be respected, protected and complied with.

These sexual rights have been acknowledged by the international community as human rights in declarations, agreements and treaties by different international organisations such as the United Nations (UN), the World Health Organisation (WHO) or the European Union (EU).

One of these rights is precisely the right to sex education, which is recognized in Spain in the *Ley de Ordenación General del Sistema Educativo* (Law of General Regulation for the Educational System), LOGSE that, for the first time, includes sex education in the different education stages and in different areas.

Secondary education is a particularly important education stage as it coincides with adolescence.

Numerous studies and experiments have shown that teenagers wish to receive emotional-sexual education and declare that what they do actually receive is limited. This is what appears, as an example, both in the Informe 2004 de Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid and in the study by Romero de Castilla, (2001), demonstrating that 97.4% of students consider emotional-sexual education necessary.

Despite the fact that the 2006 LOE law provided the educational framework, including Education for Democratic Citizenship and Human Rights as a subject, and that the 2010 Law on Sexual and Reproductive Health and Voluntary Interruption of Pregnancy has provided the legal framework, none of this has actually been put into practice. The emotional-sexual education received by Spanish teenagers is limited, in most cases, to one-off talks or workshops given by staff from outside the school such as psychologists, health workers, etc. and this always depends on the wishes of the teaching staff. In short, as sexuality is a topic of great interest and necessity, fundamentally in the adolescent phase, emotional-sexual education in Spain still leaves a lot to be desired.

Nursing has a decisive role to play here. One of the most relevant nursing interventions is health education, constituting a significant part of the service portfolio. It is no coincidence that almost all emotional-sexual education projects organized for groups of teenagers include nursing staff on their management teams.

From 1990 onwards, all of the Spanish Regions have set up new emotional-sexual education projects. Subsequent assessments of these projects show their general effectiveness, concluding that teenagers participating in these studies improve their emotional-sexual knowledge.

This work assesses the specific case of a project for the practical application of emotional-sexual education “¿Comenzar la casa por el tejado?” that has been running in the Don Benito-Villanueva (Badajoz) Health Department since 2004.

Hypothesis

Teenagers do not acquire the skills involved in emotional-sexual education.

Aims

The study aims are:

1. Identify teenagers' deficiencies in the Region of Extremadura concerning their emotional-sexual knowledge and attitudes. In particular, identify how well prepared they are and their attitudes regarding:
 - Knowledge and resources.
 - Safety and self-esteem.
 - Awareness of risks and how to deal with them.
 - Relationships of dominance or equality.
2. Identify any weaknesses the teenagers in the Region of Extremadura may have regarding:
 - Communication on emotional-sexual topics with the people around them.
 - Tolerance towards homosexuality.
3. Determine possible differences due to gender, age, prior emotional-sexual education or the class (school year) they are in.
4. Student assessment of the prior emotional-sexual education (in the event that they have received it).

Design and Method

This is a cross sectional observational study of two cohorts of teenagers from 14 to 16 years old from the Region of Extremadura in the 2008-09 and 2014-15 school years. The sample size is 600 students of which half have received

emotional-sexual education within the project “¿Comenzar la casa por el tejado?”.

A descriptive analysis was carried out and the Generalised Estimating Equations (GEE) method was used to analyse possible differences between the different questions compiled in the questionnaire, adjusted by gender, education, school year and possible interactions between them. In cases where significant associations were detected, Simple Correspondence Analysis has been used.

Results

In the sample of 600-student teenage, 54.9% are female and 45.1% are male.

Among those who have received emotional-sexual education in the “¿Comenzar la casa por el tejado?” project, which is 50% of the total, the majority have received two courses and their assessment of them is highly satisfactory, awarding them an average score of 7.33 on a scale of 0 to 10 points. In addition, 85% of them state that these courses have been useful.

An analysis of the emotional-sexual category draws attention to deficiencies in skills related to the use of contraception or attitudes to a possible pregnancy, the latter particularly in the male group. Scores were also lower in the 2014-15 year group compared to 2008-09. In the area of security and self-esteem, females generally answer that there is no specific age to begin sexual relationships; in their opinion, the right moment only comes when each person feels ready, but men are more doubtful on this matter. The average scores for items dealing with catching a sexually transmitted disease, AIDS or the possibility of pregnancy are always over 8 points. In questions that address whether or not they would accept their partner's wishes when this represents assuming risks, once again the females show themselves to be more prudent than the males.

In the category dealing with communication with the people around them on emotional-sexual matters, the average scores that the surveyed students give to their teachers and parents are below 4 points.

As for the category on tolerance towards homosexuality, women demonstrate a more open attitude. In this case there was no difference between the surveyed students' school years.

In all the multivariate models where emotional-sexual education has been included as an independent variable, it is non-significant.

Conclusions

1. Teenagers in the Region of Extremadura have not acquired all the skills in emotional-sexual education. They do not have a responsible attitude towards using contraception, with important differences between men and women and between years 2014-2015 and 2008-09.
2. They do demonstrate an appropriate attitude towards security and self-esteem although there are differences between genders.
3. They demonstrate that they are highly aware of the risk of pregnancy or being infected by a sexually transmitted disease or AIDS.
4. Regarding dominant or equal relationships, male students show that they are clearly unaware of what correct behaviour is when compared to female students.
5. The scores teenagers gave to the item regarding talking about emotional-sexual topics with their parents and teachers is well below what could be considered a passing mark.
6. In terms of the degree of tolerance regarding homosexuality, the boys are less tolerant than the girls, and in some particular cases they reject it.
7. When looking at gender and the class or school year they are in, differences can be seen in all the items being analysed. Having received prior emotional-sexual education or not does not lead to variations in the skills acquired.
8. Students who have received emotional-sexual education within the project “¿Comenzar la casa por el tejado?” have a very good opinion of it.

1. Introducción

1.1. Salud, salud sexual y salud reproductiva.

1.1.1. Salud

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Esta definición fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en 1946 y entró en vigor en el año 1948 y desde entonces no ha sido modificada.

Huber et al (2011) plantean las limitaciones que actualmente presenta esta definición dados factores como el ascenso de las enfermedades crónicas y el envejecimiento de la población. Muchas de las limitaciones de la actual definición derivan del término “completo” que acompaña al concepto de bienestar, del que se derivan varias implicaciones:

Si la salud tiene que ser completa la mayoría de la población podría considerarse como enferma la mayor parte del tiempo y en consecuencia conllevaría una medicalización de la sociedad. Esto se incrementa además por la cada vez mayor capacidad tecnológica de detectar anomalías que no necesariamente causan enfermedades pero que son objeto de consideración por parte de organizaciones (médicas) profesionales e industrias farmacéuticas o de tecnología sanitaria.

Por otro lado la naturaleza de las enfermedades ha cambiado desde 1948, cuando las enfermedades graves suponían la mayor parte de las mismas y las crónicas conducían habitualmente a una muerte prematura. Pero actualmente se incrementa en todo el mundo el número de individuos viviendo durante décadas con este último tipo de enfermedades. El envejecimiento de la población y la cronicidad de las enfermedades constituyen ahora la norma y la definición de la OMS conduce actualmente a declarar enfermos a las personas que sufren este tipo de enfermedades crónicas o de discapacidad.

Además el término en sí, “completo” no resulta operativo ni medible cuando se trata de cuantificar, clasificar, trabajar, analizar la enfermedad.

Todo ello lleva a nuevas propuestas a la hora de caracterizar el concepto de salud. El Ottawa Charter for Health Promotion pone el énfasis a la hora de caracterizarla, tanto en los recursos sociales y personales como en las capacidades físicas. La OMS no se ha hecho eco de estas propuestas aunque las limitaciones de la actual definición afecten de manera creciente a las políticas sanitarias.

Huber et al (2011) consideran que hay que ir a una nueva formulación más dinámica que incorpore la idea de resiliencia y la capacidad de restaurar el equilibrio, la integridad y el sentido del bienestar propios, es decir, la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas.

Estos expertos prefieren buscar un contexto de referencia amplio para hablar de la salud, más que una definición, pero dado que se necesitan términos operativos que faciliten su medición y su uso práctico, el concepto de salud como la habilidad de adaptarse y de autogestionarse (*self manage*) se articula en tres planos: físico, mental y social.

La salud física se vincula con el nivel de actividad requerido por un organismo para mantener la estabilidad fisiológica en ambientes constantemente cambiantes, la alostasis, que explicaría la aparición de la enfermedad cuando un organismo no es capaz de ofrecer una respuesta protectora que reduzca el daño potencial y restaure y readapte el equilibrio ante una situación de estrés fisiológico.

La salud mental identificada como el “sentido de coherencia”, incluye facultades subjetivas que capacitan para la comprensión y manejo de una situación difícil. Estas capacidades pueden revertir en una interacción positiva entre cuerpo y mente.

La salud en el plano social contempla la capacidad de las personas para desarrollar su potencial y obligaciones, y de mantener un cierto grado de

independencia a pesar de su situación médica, así como de participar en actividades sociales que incluyen trabajar. La adaptación a la enfermedad buscando el equilibrio entre oportunidades y limitaciones mejora la percepción de la calidad de vida de los enfermos.

A la hora de la medir la salud se buscan indicadores objetivos y subjetivos. La OMS cuenta con indicadores que gradúan aspectos de la salud tales como discapacidad, funcionalidad y percepción de la calidad de vida y bienestar.

En atención primaria, la Organización Mundial de Médicos de Familia, COOP/WONCA mide la salud percibida por los individuos como la habilidad de llevar a cabo tareas diarias en una escala del 1 al 5.

En cambio todavía se dispone de pocos instrumentos para medir aspectos relacionados con la salud como la capacidad de los individuos de adaptarse y sobrellevar una situación o su resiliencia y fortaleza.

1.1.2. Sexualidad

La sexualidad es un aspecto central del ser humano presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, aunque no necesariamente se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. (OMS, 2006).

Venegas (2009) resume los principios que aparecen como comunes en las definiciones de sexualidad recogidas en los distintos materiales de educación afectivo-sexual, Cuadro 1.

1. La sexualidad es una dimensión fundamental del ser humano y está presente a lo largo de toda la vida.
2. Las personas somos seres sexuados. La sexualidad está en todo el cuerpo y toda la mente, ambas están relacionadas. Esta dimensión corporal requiere la aceptación del propio cuerpo para vivirlo satisfactoriamente. El vínculo cuerpo-sexualidad tiene el potencial de sentir, comunicar y disfrutar.
3. La dimensión mental de la sexualidad comprende deseos y fantasías.
4. La afectividad constituye un espacio relevante en la sexualidad y está vinculada a las relaciones interpersonales, a una comunicación abierta e igualitaria basada en el respeto, al amor.
5. Es fundamental el componente autoerótico de la sexualidad.
6. Algunos valores fundamentales son la igualdad, el placer, el respeto a otras formas de sexualidad, la ternura y la libertad.
7. Hay que desmitificar la sexualidad para romper con los tabúes que la han rodeado históricamente.
8. La sexualidad tiene un componente sociológico muy importante derivado del modelo social que la regula. Este modelo está estructurado por la forma en que se organizan socialmente las relaciones de género en una sociedad en un momento histórico dado.
9. La sexualidad implica diversidad de prácticas mucho más allá del coito.
10. Es fundamental reconocer el papel activo de las personas en la construcción y vivencia de la sexualidad.
11. Por tanto, una definición holística de la sexualidad ha de comprender sus dimensiones biológica, psicológica y sociocultural. Y ello, desde una perspectiva de género, donde se dé cuenta, igualmente, de la presencia de la afectividad y el cuerpo.

Cuadro 1: Principios comunes a la definición de sexualidad, según Venegas (2009).

Para Infante et al (2009) la sexualidad es el modo de vivir, verse y sentirse como persona sexuada; el modo o modos con que cada cual vive, asume, potencia y cultiva o puede cultivar el hecho de ser sexuado. Sería, así pues, una categoría subjetiva en la que la referencia son las “vivencias”, lo que cada cual siente.

La sexualidad humana está vinculada a los afectos. Para García-Vázquez et al (2009), afectos y sexualidad nos acompañan a lo largo de toda la vida y en la adolescencia se constituye en uno de los centros de preocupación, ya que es la etapa en la que las relaciones elegidas entre quienes comparten edad, centro

de estudios, barrio, actividades deportivas, etc. empiezan a configurarse como importantes y van ganando terreno a las que tienen lugar en la familia.

Es esta preocupación la que ha motivado que actualmente la sexualidad forme parte no solo como contenido sanitario en los planes de estudios de las titulaciones del Área de Ciencias de la Salud, sino que también es contenido fundamental en otras disciplinas como la psicología, la pedagogía y la educación.

1.1.3. Salud sexual

Según Barragán (2007), la salud sexual está vinculada a las posibilidades de que hombres y mujeres en todos los ciclos de su vida tengan acceso a una vida sexual plena y placentera. La sexualidad es uno de los temas alrededor de los cuales las sociedades han construido un conjunto de tabúes y estereotipos que dificultan que el tema sea tratado con naturalidad en distintos escenarios, como la familia y la escuela. La sexualidad tiene un importante papel en el establecimiento de relaciones interpersonales e íntimas con amigas/os, novias/os, esposas/os, así como también con la relación que se establece con una/o misma/o, en la relación que se establece con el propio cuerpo, especialmente en la forma en que se construye la identidad femenina o masculina y la imagen corporal. La salud sexual está también relacionada con la capacidad de tomar decisiones informadas y con las condiciones materiales y emocionales para acceder a una vida erótica que provoque felicidad.

Como ya se ha comentado, el género, la edad, la nacionalidad o el grupo social son factores importantes vinculados a la salud; también la sexualidad se construye, se vive y se experimenta de manera distinta si se es hombre o mujer, niña/o, adolescente, persona adulta, mayor, o bien, persona con alguna disminución de las capacidades físicas o mentales. Cuando se habla, por tanto, de salud sexual se deben tener muy presentes también estos factores.

Así, por ejemplo, en relación al género, dice Barragán (2007), es importante que las mujeres se empoderen para evitar relaciones de subordinación con sus parejas, tener relaciones sexuales seguras y sin violencia, de tal manera que

puedan ejercer su sexualidad desde su propio derecho al disfrute y a relaciones respetuosas.

En la actualidad existe un marco normativo que favorece la inclusión del enfoque de género en la producción de la información. La ley Orgánica 3/2007, para la igualdad efectiva de hombres y mujeres, en su artículo 20, menciona expresamente la necesidad de adecuar las estadísticas y los estudios a la perspectiva de género, Encuesta Nacional de Salud Sexual (2009).

Plantear una definición de la salud sexual es tan complejo como lo es la sexualidad en sí misma ya que además de ser una construcción social es, por encima de todo, una experiencia personal. A continuación se enumeran las definiciones aportadas a lo largo de los años por la Organización Mundial de la Salud (OMS):

1. Primera definición de salud sexual (OMS 1975)

"Una cantidad creciente de conocimiento indica que en muchas culturas los problemas con la sexualidad humana son más dañinos y más importantes para el bienestar y la salud de los individuos, de lo que se había previamente reconocido, y que existe una relación importante entre la ignorancia sexual y las malas interpretaciones con los problemas diversos de salud y de calidad de vida. Mientras que reconocemos que es difícil llegar a una definición universalmente aceptable de la totalidad de la sexualidad humana, la siguiente definición de salud sexual se presenta como un paso en esta dirección:

La salud sexual es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, de tal forma que enriquezcan positivamente y mejoren la personalidad, la comunicación, y el amor.

Fundamental en este concepto es el derecho a la información sexual y el derecho para el placer."

El documento cita dos expertos confirmando que:

"El concepto de salud sexual incluye tres elementos básicos:

1. Una capacidad para disfrutar y controlar el comportamiento sexual y reproductivo de acuerdo con la ética social y personal.
2. Estar libre de miedo, vergüenza, culpa, creencias falsas, y otros factores psicológicos que inhiben la respuesta sexual y deterioran la relación sexual.
3. Libertad de indisposiciones, enfermedades, y deficiencias orgánicas que interfieran con las funciones sexuales y reproductivas."

La OMS concluye:

"Entonces la noción de salud sexual implica un acercamiento positivo a la sexualidad humana y el propósito del cuidado de la salud sexual debe ser el mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no meramente la conserjería y el cuidado relacionado con la reproducción o las enfermedades sexualmente transmitidas."

2. Segunda definición de salud sexual (2001)

La salud sexual es la experiencia del proceso progresivo para bienestar físico, psicológico, y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual es evidenciada por las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que están albergadas en un armonioso bienestar personal y social, este enriquece la vida individual y social. No es meramente la ausencia de disfunción, malestar o enfermedad. Para lograr y mantener la salud sexual es necesario que los derechos sexuales de todas las personas se reconozcan y sean respetados.

3. Tercera definición de salud sexual (2001)

La sexualidad es una parte integral de la vida humana. Lleva el potencial imponente de crear nueva vida. Puede fomentar la intimidad y el acercamiento a la vez que compartimos placer en nuestras relaciones. Llena varias necesidades personales y sociales, y nosotros valoramos la parte sexual de nuestro ser por los placeres y beneficios que nos provee. Sin

embargo cuando se ejerce irresponsablemente ello puede tener también aspectos negativos tal como enfermedades sexualmente transmitidas - incluyendo VIH/SIDA- embarazos no deseados, y el comportamiento coercitivo o violento. Para disfrutar los beneficios importantes de la sexualidad, a la vez que evitamos las consecuencias negativas, algunas de las cuales pueden tener implicaciones a largo plazo o de por vida, es necesario que los individuos, para ser sexualmente saludables, se comporten responsablemente y sean apoyados por su ambiente social para proteger su propia salud sexual, así como la de otros. La salud sexual está intrincadamente ligada a ambas, salud física y mental. De igual forma que problemas de salud físico y mental pueden contribuir a la disfunción sexual y enfermedades, esas disfunciones y enfermedades pueden contribuir a problemas de salud físico y mental. La salud sexual no está limitada a la ausencia de enfermedad o disfunción, ni su importancia se limita sólo a los años reproductivos. Incluye la habilidad para comprender y evaluar los riesgos, responsabilidades, resultados e impactos de las acciones sexuales y la práctica de la abstinencia cuando sea apropiado. Incluye liberación del abuso sexual y la discriminación y la habilidad de los individuos para integrar su sexualidad a sus vidas, derivar placer de esta, y reproducirse si así lo escogen.

4. Cuarta definición de salud sexual (OMS 2002)

"Salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos."

1.1.4. Salud reproductiva

Según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, CIPD (Cairo, 1994), “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos... entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia... La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994).

La salud reproductiva está relacionada con el acceso a información sobre métodos anticonceptivos, seguros, asequibles y eficaces; el acceso y la calidad de los servicios y la promoción de espacios de educación sexual oportuna y con lenguaje sencillo. Deberá estar dirigida según las particularidades y diversidades de hombres y mujeres en todos sus ciclos de vida, Barragán (2007).

Para lograr una salud reproductiva efectiva es necesario que el comportamiento sexual sea asumido de forma responsable tanto por los hombres como por las mujeres. En ambos casos se deben mantener relaciones sexuales protegidas, a fin de evitar el VIH/SIDA, las infecciones de transmisión sexual y los embarazos no deseados.

Es importante tener acceso a control prenatal, a un parto seguro y humanizado y a un adecuado control durante el período del posparto.

1.2. Marco legal

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos por la comunidad internacional como derechos humanos en declaraciones, convenciones y pactos de diferentes organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la Unión Europea (UE).

En este apartado, se han recopilado los compromisos internacionales y las fechas más notables en el desarrollo de los derechos a la planificación familiar y a la salud sexual y reproductiva.

1.2.1. Marco legal Internacional

Con el paso de los años se han ido modificando, perfilando y concretando en acuerdos internacionales qué se entiende por estado de salud en función de los avances sociales, políticos, culturales y científicos de cada época, llegando a alcanzar su condición de derecho fundamental en todos los países cuyo principio fundamental es el estado de bienestar de la ciudadanía.

Conforme a este concepto se han perfilado las políticas sanitarias de cada país, que progresivamente han ido incluyendo una serie de derechos muy importantes para la población, como son: tener acceso a servicios de atención primaria de calidad, contar con medidas de protección a la maternidad, servicios sanitarios y acceso a la información.

El camino se inicia en 1948 con la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La salud es reconocida como uno de los derechos fundamentales del ser humano y condición clave para una vida digna.

Por primera vez la maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y a asistencia especiales. Todos los niños y niñas nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio tienen derecho a igual protección social (Capítulo 25.2).

En este mismo año se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre sus funciones está el promover la salud y las asistencias materno e infantil y

fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente (Art. 2.1).

En el año 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el Convenio relativo a la protección de la maternidad.

En 1968 tuvo lugar la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos en Teherán. La Proclamación de Teherán declaró que los padres tienen el derecho humano básico de determinar libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y el derecho a la educación y la información adecuadas.

En el año 1974 se celebró la Conferencia Mundial de Población en Bucarest. La Conferencia dio el derecho a la planificación a las parejas y los individuos, (enfaticando en la noción de parejas y no de padres) y declaró el derecho a los medios necesarios –así como a la información y la educación– para decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en la URSS estableció la Declaración de Alma Ata en la se incluye la planificación familiar como parte de la atención materno-infantil dentro de la Atención Primaria de Salud. Se enfatiza además la relación vital que existe entre salud y desarrollo.

Un año más tarde, 1979, tuvo lugar la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW). Se subrayó la igualdad entre la mujer y el hombre en su derecho y su capacidad de controlar la reproducción. Exigió a los Estados Partes eliminar la discriminación contra la mujer en el ejercicio de su derecho a la atención de salud, incluso la planificación familiar, y en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares.

En el año 1984 en la Conferencia Internacional sobre Población en Ciudad de México se insta a los gobiernos, como cuestión de urgencia, a poner a disposición universal la información, la enseñanza y los medios para ayudar a

las parejas y a los individuos a tener el número deseado de hijos. La planificación familiar debía incluir todos los métodos apropiados desde el punto de vista médico, y debía dedicarse atención especial a los sectores de población más difíciles de alcanzar. Por primera vez se solicitó a los gobiernos satisfacer las necesidades de los adolescentes para una adecuada vida familiar, incluida la educación sexual, y poner a su disposición los servicios apropiados para ello.

Es el año 1985 en Nairobi, cuando la ONU fija las estrategias orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer. Las niñas adolescentes fueron identificadas como un importante grupo en riesgo de embarazos no deseados y en necesidad especial de atención por parte del gobierno.

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en 1990 especificó por primera vez que los derechos humanos de la mujer y de la niña son un derecho inalienable; integral e indivisible de los derechos humanos universales. La Declaración reafirmó el derecho de toda mujer a la atención de salud accesible y adecuada y a la gama más amplia de servicios de planificación familiar. Asimismo por primera vez, la violencia contra la mujer fue reconocida como un abuso de los derechos humanos.

En 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar el término de Salud Sexual y Reproductiva y se pone el acento definitivo en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El Programa de Acción de la CIPD estableció el derecho de todas las parejas y los individuos a alcanzar el nivel más elevado de salud reproductiva, que en su definición incluye la salud sexual y la planificación familiar. La Conferencia reiteró el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de los derechos humanos, y declaró que la promoción del ejercicio responsable de esos derechos para todos debe ser la base primordial de las políticas y los programas gubernamentales y comunitarios en la esfera de la

salud reproductiva. La Conferencia estableció la meta de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación familiar a servicios conexos de salud reproductiva para el año 2015. Los programas para los adolescentes deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación en las esferas de las relaciones y la igualdad entre ambos sexos, la práctica de planificación familiar responsable, la salud reproductiva y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA. Se instó a los gobiernos a tratar los abortos realizados en condiciones de riesgo como un importante problema de salud pública.

En Beijing, 1995 tuvo lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Naciones Unidas. Se aprueba la Declaración y La Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo.

La Plataforma urgió a los gobiernos a garantizar a las mujeres y a las niñas el pleno disfrute de todos los derechos humanos. Se declaró que el derecho de toda mujer a controlar todos los aspectos de su salud, y su fecundidad en particular, es fundamental para su potenciación. El documento especificó que los programas de planificación familiar y salud reproductiva deben incluir educación y concienciación sobre los derechos reproductivos como derechos humanos.

La Conferencia reconoció una distinción entre los derechos de la mujer concernientes a su sexualidad y aquellos relacionados a la reproducción. Se clasificó a la mutilación genital femenina como violencia contra la mujer y por ende una violación de sus derechos humanos. Se instó a los gobiernos a que revisaran las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que se han sometido al aborto ilegal.

En el año 1996 la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elabora en Londres la Carta sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Esta carta será adoptada en España por la Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE) como miembro de la IPPF, junto con organizaciones de otros 170 países del mundo. En el Cuadro 2 aparecen enumerados los diez artículos que recoge dicho documento.

Derechos sexuales: Declaración de IPPF

1. **Derecho a la igualdad.** Todas las personas son iguales en dignidad y derechos. Todas tienen derecho al reconocimiento social y a la protección legal de sus vidas sexuales y reproductivas.
2. **Derecho a la autonomía sexual.** Todas las personas tienen derecho a expresar y manifestar sus deseos, placer, prácticas, orientación e identidad sexual; a decidir libremente sobre su vida sexual en un marco ético no discriminatorio y respetuoso con los derechos de otras personas y con la capacidad evolutiva de las y los niños.
3. **Derecho a la libertad y a la integridad corporal.** Todas las personas tienen derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral; a vivir libres de riesgo y de cualquier violencia, intimidación o coerción que atente contra su libertad y bienestar sexual y corporal.
4. **Derecho a decidir sobre las distintas opciones reproductivas.** Todas las personas tienen derecho a adoptar decisiones relativas a su vida reproductiva, a determinar libremente si quieren o no tener hijos e hijas y, en su caso, su momento y frecuencia.
5. **Derecho a la información.** Todas las personas tienen derecho a disponer y acceder a una información completa, clara y veraz, para tomar decisiones autónomas sobre su vida sexual y reproductiva y ejercer plenamente sus derechos.
6. **Derecho a la educación sexual.** Todas las personas tienen derecho a recibir una educación sexual de calidad, libre de estereotipos y prejuicios morales, ideológicos o religiosos, que favorezca una vivencia positiva y saludable de la sexualidad.
7. **Derecho a la atención y protección de la salud sexual y reproductiva.** Todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud sexual y de salud reproductiva como componentes centrales de su bienestar, y por tanto a acceder a servicios de salud que ofrezcan una atención integral y de calidad.
8. **Derecho a la privacidad y la confidencialidad.** Todas las personas tienen derecho al respeto a su privacidad e intimidad, así como confidencialidad cuando proporcionan información sobre su vida sexual y reproductiva.
9. **Derecho a optar por los diversos modos de convivencia.** Todas las personas tienen derecho a elegir la forma de convivencia que consideren más adecuada con la relación afectiva, igualitaria que hayan establecido, y a disfrutar de los mismos derechos sociales y legales.
10. **Derecho a la participación y libertad de opinión.** Todas las personas tienen derecho a ejercer la libertad de pensamiento, opinión y expresión de sus ideas, así como de asociarse para participar en el desarrollo de las políticas que determinan su bienestar sexual y reproductivo.

Cuadro 2: Derechos Sexuales y Reproductivos adoptados por la IPPF en 1996.

En 1997 en el XIII Congreso Mundial de Sexología celebrado en Valencia, se elabora el documento de Declaración de derechos sexuales adoptado por la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Se convirtió en el primero en fijar metas integrales sobre las aspiraciones éticas, morales y políticas de la mayor organización mundial de los especialistas de la sexualidad.

El documento recoge que la sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano. Su desarrollo pleno depende de la satisfacción de las necesidades humanas básicas como el deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor. La sexualidad es construida a través de la

interacción entre el individuo y las estructuras sociales. El desarrollo pleno de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social.

En el Cuadro 3 se enumeran estos once derechos.

Declaración de derechos sexuales adoptados por la WAS

1. **El derecho a la libertad sexual:** La libertad sexual abarca la posibilidad de los individuos de expresar su potencial sexual. Sin embargo, esto excluye todas las formas de coerción sexual, explotación y abuso en cualquier tiempo y situaciones de la vida.
2. **El derecho a la autonomía sexual, integridad sexual y seguridad del cuerpo sexual:** Este derecho involucra la habilidad de tomar decisiones autónomas sobre la vida sexual de uno dentro de un contexto de la propia ética personal y social. También incluye el control y el placer de nuestros cuerpos libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.
3. **El derecho a la privacidad sexual:** Este involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad siempre que ellas no interfieran en los derechos sexuales de otros.
4. **El derecho a la equidad sexual:** Este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o invalidez física o emocional.
5. **El derecho al placer sexual:** El placer sexual incluyendo el autoerotismo, es una fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.
6. **El derecho a la expresión sexual emocional:** La expresión sexual es más que el placer erótico en los actos sexuales. Cada individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.
7. **El derecho a la libre asociación sexual:** Significa la posibilidad de casarse o no, de divorciarse y de establecer otros tipos de asociaciones sexuales.
8. **El derecho a hacer opciones reproductivas, libres y responsables:** Esto abarca el derecho para decidir sobre tener niños o no, el número y el tiempo entre cada uno, y el derecho al acceso a los métodos de regulación de la fertilidad.
9. **El derecho a la información basada en el conocimiento científico:** La información sexual debe ser generada a través de un proceso científico y ético y difundido en formas apropiadas en todos los niveles sociales.
10. **El derecho a la educación sexual comprensiva:** Este es un proceso que dura toda la vida, desde el nacimiento y debería involucrar a todas las instituciones sociales.
11. **El derecho al cuidado de la salud sexual:** El cuidado de la salud sexual debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y desórdenes sexuales.

Cuadro 3: Declaración de derechos sexuales adoptados por la WAS en 1997.

Los derechos sexuales son derechos humanos universales basados en la libertad inherente, dignidad e igualdad para todos los seres humanos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico.

Para que los seres humanos de las sociedades desarrollen una sexualidad saludable, los derechos sexuales deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades de todas las maneras. La salud sexual es el resultado de un ambiente que reconoce, respeta y ejerce estos derechos sexuales.

En el año 2000 la Federación de Planificación Familiar Estatal (FEPF) manifiesta que es un derecho humano fundamental el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos, así como tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos.

A nivel mundial, en la Cumbre del Milenio de Naciones Unidas, que tuvo lugar en el año 2000 en Nueva York se definieron dos de los objetivos de desarrollo del milenio. En estos se recogen aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres.

Diez años más tarde, en el año 2010 el Informe del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación (sexual) pone de manifiesto entre otras cosas, que sexualidad, salud y educación son tres derechos independientes, que “No existen excusas válidas para evitar proporcionar a las personas la educación sexual integral que necesitan para vivir digna y saludablemente. La realización del derecho a la educación sexual juega un papel preventivo crucial y recibirla o no puede resultar una cuestión de vida o muerte”

Y da una serie de recomendaciones como instar a los Estados a organizarse para respetar, proteger y cumplir el derecho humano a la educación sexual integral.

“La ausencia de una educación sexual planificada, democrática y pluralista constituye de hecho un modelo (por omisión) de educación sexual, de consecuencias notablemente negativas para la vida de las personas, que reproduce las prácticas, nociones, valores y actitudes patriarcales, que son fuente de múltiples discriminaciones.”

Este mismo año, 2010, la WAS hizo un llamado a todas sus organizaciones miembros y todas las organizaciones no gubernamentales para celebrar, cada 4 de septiembre, el Día Mundial de la Salud Sexual (DMSS), en un esfuerzo para promover una mayor conciencia social de la salud sexual en todo el mundo.

En 2012 la UNESCO marca las estrategias sobre el VIH y el SIDA. Recomienda a los países que se planteen seriamente invertir en programas integrales de educación sexual para mejorar la salud sexual de sus poblaciones (programas generalizados de buena calidad, plenamente implantados en las escuelas para llegar en las mejores condiciones a una masa crítica de jóvenes; se recomienda una cobertura nacional), Estrategia de la UNESCO sobre el VIH y el SIDA (2012).

Las decisiones de poner en marcha programas de educación sexual no han de estar motivadas exclusivamente por la voluntad de reducir los problemas sanitarios, pues sería subestimar su atractivo económico. Se recomienda a los responsables de la adopción de decisiones que tengan en cuenta los numerosos efectos positivos de carácter no sanitario de los programas integrales de educación sexual como la reducción de la desigualdad entre hombres y mujeres, la mejora de la comunicación y la calidad de las relaciones interpersonales, el aumento de la conciencia y la eficacia individuales en los procesos de decisión y la reducción de la violencia sexual.

En 2014, coincidiendo con la celebración del Día Mundial de la Salud Sexual (DMSS), la WAS aprobó y publicó una actualización de la Declaración de Derechos Sexuales para incluir derechos como Justicia, Cuadro 4.

Recientemente, en abril del 2015, se ha celebrado en Berlín la Conferencia Internacional Parlamentaria con la coordinación del Foro Parlamentario Europeo sobre Población y Desarrollo. Esta declaración de Berlín ha sido firmada por senadores y diputadas/os de todas las regiones del mundo, llamando a los gobiernos del G7 y del G20 a asegurar el pleno respeto a la autonomía de la mujer respecto a su cuerpo y al derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, y a revisar y rechazar las leyes que castigan a las mujeres y niñas que se han sometido a abortos clandestinos.

WAS: DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES 2014

1. El derecho a la igualdad y a la no-discriminación.
2. El derecho a la vida, libertad y seguridad de la persona.
3. El derecho a la autonomía e integridad del cuerpo.
4. El derecho a una vida libre de tortura, trato o pena crueles, inhumanos o degradantes.
5. El derecho a una vida libre de todas las formas de violencia y de coerción.
6. El derecho a la privacidad.
7. El derecho al grado máximo alcanzable de salud, incluyendo la salud sexual que comprende experiencias sexuales placenteras, satisfactorias y seguras.
8. El derecho a gozar de los adelantos científicos y de los beneficios que de ellos resulten.
9. El derecho a la información.
10. El derecho a la educación y el derecho a la educación integral de la sexualidad.
11. El derecho a contraer, formar o disolver el matrimonio y otras formas similares de relaciones basadas en la equidad y el pleno y libre consentimiento.
12. El derecho a decidir tener hijos, el número y espaciamiento de los mismos, y a tener acceso a la información y los medios para lograrlo.
13. El derecho a la libertad de pensamiento, opinión y expresión.
14. El derecho a la libre asociación y reunión pacíficas.
15. El derecho a participar en la vida pública y política.
16. El derecho al acceso a la justicia y a la retribución y la indemnización.

Cuadro 4: Declaración de derechos sexuales adoptados por la WAS en 2014.

Asimismo se pide que los gobiernos promuevan y protejan los derechos de las personas jóvenes, entre ellos su derecho a una educación de calidad en todos los niveles, que incluya educación sexual integral, orientación sexual e identidad de género.

1.2.2. Marco Nacional

En España, en el sistema educativo, la educación sexual es reconocida institucionalmente con la ley LOGSE (Ley Orgánica 1/ 1990, del 3 de octubre, BOE de 4 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo) donde se incluye por primera vez la educación sexual en las distintas etapas educativas y a través de las distintas áreas (transversalidad).

En el año 2006 se publicó la Ley Orgánica de Educación, LOE (Ley Orgánica 2/2006), en el artículo 23 se señala como uno de los objetivos de la educación secundaria obligatoria que el alumnado debe desarrollar, entre otras, las capacidades que le permitan: conocer y valorar la dimensión humana de la

sexualidad en toda su diversidad; valorar y respetar la diferencia de sexos y la igualdad de derechos y oportunidades entre ellos; rechazar los estereotipos que supongan discriminación entre hombres y mujeres; tomar decisiones y asumir responsabilidades.

La Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo, de igualdad efectiva entre mujeres y hombres hace referencia a distintos ámbitos relacionados con la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres: maternidad, paternidad, permisos, acoso sexual, tanto en su conceptualización como regulación legal genérica. En el Cuadro 5 aparecen recogidos los artículos 23, 24 y 27 de la mencionada ley.

Ley Orgánica 3/2007 de igualdad efectiva entre mujeres y hombres

Artículo 23. La educación para la igualdad de mujeres y hombres.

El sistema educativo incluirá entre sus fines la educación en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en la igualdad de derechos y oportunidades entre mujeres y hombres.

Asimismo, el sistema educativo incluirá, dentro de sus principios de calidad, la eliminación de los obstáculos que dificultan la igualdad efectiva entre mujeres y hombres y el fomento de la igualdad plena entre unas y otros.

Artículo 24. Integración del principio de igualdad en la política de educación.

La cooperación con el resto de las Administraciones educativas para el desarrollo de proyectos y programas dirigidos a fomentar el conocimiento y la difusión, entre las personas de la comunidad educativa, de los principios de coeducación y de igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

Artículo 27. Integración del principio de igualdad en la política de salud.

1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

2. Las Administraciones públicas garantizarán un igual derecho a la salud de las mujeres y hombres, a través de la integración activa, en los objetivos y en las actuaciones de la política de salud, del principio de igualdad de trato, evitando que por sus diferencias biológicas o por los estereotipos sociales asociados, se produzcan discriminaciones entre unas y otros.

Cuadro 5: Ley Orgánica 3/2007 de igualdad efectiva entre mujeres y hombres.

Inspirado en los principios de la no discriminación y la igualdad en 2007 se diseñó el Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para el período 2008-2011 que recoge como uno de sus objetivos contribuir a mejorar aspectos específicos de la salud de las mujeres, así como incidir en las enfermedades de alta prevalencia, o sensibles al impacto de género. Para ello se propone entre otras actuaciones:

- Fomentar la inclusión en las carteras de servicios del Sistema Nacional de Salud la prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA y los programas de salud sexual y reproductiva, que introduzcan acciones de información y educación sexual, y garanticen la prevención del embarazo no deseado y el acceso a métodos anticonceptivos adecuados y eficaces, así como vivir una sexualidad satisfactoria.
- Desarrollar una encuesta sobre sexualidad, basada en estudios cualitativos previos, que permita conocer los aspectos relacionados con la salud afectivo-sexual en mujeres y hombres.

Este plan tiene su continuidad en el plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para el período 2014-2016 entre cuyos objetivos está fomentar la realización de acciones de sensibilización y formación en la educación en igualdad, en las familias y en los centros educativos. Para ello propone como una de sus actuaciones (actuación 101) el seguimiento y apoyo de las acciones que se desarrollen para llevar a la práctica el principio transversal de igualdad de oportunidades en el marco del II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA). En particular, las dirigidas a promover la educación en la salud afectivo-sexual y reproductiva de las y los jóvenes.

El marco legal para la inclusión de la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en el contexto reglado del sistema educativo, se encuentra en la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo en sus artículos 5 y 9, Cuadro 6.

Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2/2010)

Artículo 5. Los poderes públicos garantizarán

- la información y la educación afectivo-sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo
- el acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva
- el acceso a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad
- la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva
- la educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva
- la información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados. Asimismo en el desarrollo de sus políticas promoverán las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.

Artículo 9. El sistema educativo contemplará la formación en salud sexual y reproductiva, como parte del desarrollo integral de la personalidad y de la formación en valores, incluyendo un enfoque integral que contribuya a:

- La promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales.
- El reconocimiento y aceptación de la diversidad sexual.
- El desarrollo armónico de la sexualidad acorde con las características de las personas jóvenes.
- La prevención de enfermedades e infecciones de transmisión sexual y especialmente la prevención del VIH.
- La prevención de embarazos no deseados, en el marco de una sexualidad responsable.
- En la incorporación de la formación en salud y salud sexual y reproductiva al sistema educativo, se tendrán en cuenta la realidad y las necesidades de los grupos o sectores sociales más vulnerables, como el de las personas con discapacidad proporcionando, en todo caso, a este alumnado información y materiales accesibles, adecuados a su edad.

Cuadro 6: Artículos 5 y 9 de la Ley Orgánica de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo (2/2010).

1.2.3. Marco Autonómico

En relación con la legislación autonómica sobre igualdad de sexo, en las Comunidades Autónomas se han venido produciendo los siguientes avances:

- Cataluña aprobó en 1998 la primera ley de parejas de hecho pero que no permitía la adopción conjunta por parejas homosexuales.

- En el año 2000, Navarra aprueba una ley similar que sí permitía la adopción de menores por parejas homosexuales.

En materia de discriminación por razones de orientación sexual, identidad y expresión de género:

- El País Vasco legisló de forma expresa contra la discriminación de las personas transexuales en virtud de la Ley 14/2012, de 28 de junio, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.
- La Comunidad Autónoma de Galicia en virtud de la Ley 2/2014, de 14 de abril, por la igualdad de trato y la no discriminación de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales, LGBTI, en Galicia.
- La Comunidad Autónoma de Andalucía mediante la Ley 2/2014, de 8 de julio, integral para la no discriminación por motivos de identidad de género y reconocimiento de los derechos de las personas transexuales de Andalucía, que dedica especial atención a la superación de los obstáculos que pueden afectar a las personas transexuales e, igualmente, fue la primera norma donde se recoge la protección de los menores transexuales.
- La Comunidad Autónoma de Cataluña con la Ley 11/2014, de 10 de octubre, para garantizar los derechos de lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales y para erradicar la homofobia, la bifobia y la transfobia. En ella se incorpora por primera vez un régimen de sanciones ante las infracciones que se cometan en materia de igual y no discriminación de personas LGBTI.
- Y finalmente, la Comunidad Autónoma de Canarias aprobó la Ley 8/2014, de 28 de octubre, de no discriminación por motivos de identidad de género y de reconocimiento de los derechos de las personas transexuales.

El presente trabajo se va a centrar únicamente en la Comunidad Autónoma de Extremadura, por ese motivo, el siguiente apartado recoge la evolución normativa en el ámbito afectivo-sexual y en materia de igualdad de género en esta Comunidad.

1.2.4. Contexto en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

- En 2001 se aprueba la ley de Salud (ley10/2001, de 28 de junio) que contempla la atención y desarrollo de la orientación y planificación familiar en las actividades de Asistencia Sanitaria del Sistema Sanitario Público de Extremadura (art. 42, f).

- En el año 2003 la Ley 5/2003, de 20 de marzo, de Parejas de Hecho de la Comunidad Autónoma de Extremadura, reconoce de forma efectiva el derecho de no discriminación por razón de pertenencia a un grupo familiar, tenga este su origen en la filiación, en el matrimonio o en la unión de dos personas constituidas en pareja de hecho, con independencia de su sexo.

- En la Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre Mujeres y Hombres y contra la Violencia de Género en Extremadura se especifican las políticas de promoción y protección de la salud y se contempla la implantación de políticas de atención a la salud sexual y reproductiva, garantizando en todo caso la calidad de los servicios y el acceso universal.

En el marco de la Educación para la Salud, la Administración Autonómica pondrá en marcha actuaciones para la promoción de la salud sexual que se dirigirán a:

a) Proporcionar educación sociosanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual.

b) Promover la corresponsabilidad en las conductas sexuales, cualquiera que sea la orientación sexual de las personas.

c) Proporcionar información sociosanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual como los embarazos no deseados.

La Administración Autonómica garantizará la evaluación, el tratamiento y las intervenciones necesarias para el cambio de sexo, respetando los procesos de identidad individual.

- Recientemente se ha aprobado la Ley 12/2015, de 8 de abril, de igualdad social de lesbianas, gais, bisexuales, transexuales, transgénero e intersexuales y de políticas públicas contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en la Comunidad Autónoma de Extremadura.

La Ley tiene la máxima pretensión de prevenir, corregir y eliminar toda discriminación por razones de orientación sexual expresión e identidad de género o diversidad corporal en cualquier ámbito de la vida, y en particular en las esferas civil, laboral, social, sanitaria, educativa, económica o cultural, estableciendo un sistema de infracciones y sanciones que garantice que la igualdad y la no discriminación sea real y efectiva.

1.3. Educación afectivo-sexual en los adolescentes

La adolescencia es un periodo de la vida que se caracteriza por múltiples cambios físicos y psicológicos; uno de ellos es la apertura del joven precisamente a este mundo afectivo sexual, Hargreaves et al. (1998), Arillo (2008), Bermúdez et al. (2010).

Los organismos internacionales respaldan, apoyan e impulsan a los países recomendando la instauración de sistemas de educación sexual integral, argumentando sus bondades y ventajas.

Todos los sectores de la sociedad aceptan y reconocen la necesidad y conveniencia de atender una educación afectivo-sexual en todas las etapas educativas, abordándola en cada una de ellas según las necesidades específicas que se requieran, como medio indispensable para su crecimiento y desarrollo como personas, para el bienestar físico, psicológico y social; se trata de una medida clave para evitar todos los riesgos relacionados con el desconocimiento como son los embarazos no deseados y las enfermedades de

transmisión sexual y para evitar la desigualdad entre géneros, las relaciones de poder y la violencia sexual.

Otros sectores se han manifestado también a favor de la necesidad de incluir la educación para la igualdad sexual y de género, contra la lucha de la violencia sexual y de género, y por el reconocimiento de la diversidad afectivo-sexual, pues, según Esteban Beltrán, director de Amnistía Internacional, “Los derechos humanos deben estar presentes en todos los niveles educativos, especialmente aquellos relacionados con los derechos de las mujeres y con la diversidad afectivo-sexual”.

López (2005) clasifica los modelos de educación sexual proponiendo los siguientes: 1) modelo de riesgos, desde el que solo se interviene para prevenir los riesgos relacionados con la salud, como el embarazo o el SIDA, entre los más importantes; 2) modelo moral o de la abstinencia, que se propone transmitir la moral sexual de la religión y ayudar a los adolescentes a decir no, a mantenerse castos hasta el matrimonio; 3) modelo revolucionario, que pretende cambiar la sociedad y la vida sexual de las personas y defiende la conveniencia de tener actividad sexual placentera; 4) modelo biográfico y profesional, que acepta el derecho de las personas a organizar su vida sexual de forma diferente, ayudándolas a que esta sea compatible con la salud, entendida como bienestar personal y social.

Barragán (1995) y Barragán et al. (1996), proponen que la educación sexual parta de un enfoque biopsicosocial.

Esta misma idea la recoge más tarde Barragán (2002), pues considera que la educación afectivo-sexual es necesaria porque las personas somos seres biopsicosocialmente sexuados y esto condiciona todo nuestro ser y nuestra existencia, nuestro bienestar y en definitiva, nuestra calidad de vida. Pero la sexualidad no se limita solo a la conducta individual, sino que también tiene que ver con la “conducta social”, con las relaciones, las normas, la moral, los intereses políticos, la conducta grupal. Nos encontramos dentro de un modelo social consumista-capitalista y la sexualidad no escapa de este esquema. La

oferta de los bienes de consumo lleva de manera implícita, y a menudo explícita, mensajes sexuales, sobre todo dirigidos al mundo masculino. Tampoco podemos olvidar la tendencia de nuestra cultura a establecer dicotomías entre “lo bueno” y “lo malo”, “lo normal” y “lo anormal” de la que tampoco escapan las conductas y comportamientos sexuales. Por otra parte, la mujer asume nuevos roles, más equitativos que en otras épocas pero aún discriminatorios, con mayor libertad sexual y mayor autonomía en la toma de decisiones.

Todo ello entra en conflicto con la moral tradicional que aún impregna nuestro entorno sociocultural, coexistiendo los viejos con los nuevos mitos sexuales y creando la confusión de la mayor parte de los ciudadanos y ciudadanas, en especial en jóvenes y adolescentes para quienes la sexualidad es especialmente significativa en esta etapa de la vida.

Ya alertaba, a finales del siglo pasado López (1986) que la escuela no puede permanecer impasible, sobre todo cuando la sexualidad es susceptible de y debe ser educada, sobre una acentuada base ética, sin olvidar los aspectos morales, inculcando una actitud moral de responsabilidad.

Las actitudes son predisposiciones a valorar favorable o desfavorablemente los objetos y se van conformando a lo largo de la vida como resultado de experiencias y conductas aprendidas de los demás. Las actitudes hacia determinados temas condicionan las conductas de las personas de forma decisiva, López et al. (1989).

De manera muy esquemática se puede decir que las actitudes sirven para:

- a) Comprender mejor el mundo que nos rodea.
- b) Ajustarnos en un mundo complejo.
- c) Proteger nuestra autoestima.
- d) Expresar nuestros valores fundamentales.

Es lógico pensar que si están cambiando las costumbres sexuales estén cambiando las actitudes de los individuos hacia el complejo mundo de la sexualidad. Tal y como afirma Kaplan (2014), uno de los factores predisponentes más importantes en la actitud de las personas hacia la sexualidad son las

influencias culturales, que nos pueden condicionar hacia una visión erotofóbica o a una visión erotofílica, Fisher et al, (1988), definen este concepto bipolar de erotofobia-erotofilia como la disposición aprendida a la respuesta ante estímulos sexuales que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta otro polo positivo (erotofilia). Las personas erotofóbicas suelen responder con emociones negativas ante estímulos de carácter sexual o erótico. Esta disposición es aprendida en los procesos de socialización. La erotofilia, por el contrario, podría definirse como una actitud positiva ante la sexualidad propia y de las demás personas. En este sentido será importante que los educadores puedan inculcar actitudes adecuadas en los jóvenes favoreciendo de este modo un comportamiento que será positivo y beneficioso para ellos, para su entorno y para la sociedad en general.

Las posturas más conservadoras argumentan que no hay evidencia de que la educación sexual a edad temprana no sea perjudicial para el normal desarrollo emocional de los menores. En estos términos se expresa por ejemplo, la Asociación de Bioética de Madrid (Abimad), que interpreta que las campañas de prevención no deben dirigirse al común de la población sino que deben dirigirse a los grupos de riesgo.

Pero es posible que los adolescentes puedan ser considerados grupos de riesgo, solo por el hecho de ser jóvenes, en virtud de sus comportamientos, su modo de hacer, su psicología. Conviene tener presente además que de manera cada vez más habitual los adolescentes unen el consumo de alcohol o de drogas a las prácticas sexuales, lo que es un factor de riesgo en sí mismo.

En el Informe elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007) sobre la interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, se manifiesta, justificado por los resultados obtenidos de distintas encuestas, la necesidad de reformar la información y educación sobre aspectos tan importantes en las relaciones afectivo-sexuales como son el uso correcto del preservativo.

Por ejemplo, en la encuesta realizada en Sevilla por Real (2003), un 26,4% de los y las jóvenes encuestados declaraba haber utilizado en sus relaciones coitales prácticas anticonceptivas de dudosa eficacia, como el lavado vaginal y la marcha atrás. Además, un 31% de los encuestados declaró utilizar a menudo el preservativo, pero no en todas las ocasiones y un 17,7% (14% de los alumnos y 21,6% de las alumnas), manifestaron considerar que el preservativo es eficaz aunque se coloque tras la penetración. Algo similar se recoge en el artículo de Callejas (2005) donde se señala que un 12% de los y las jóvenes de 14-18 años que declaraban mantener relaciones sexuales con penetración, habían recurrido al menos una vez a «la marcha atrás». En esta misma dirección, una encuesta nacional llevada a cabo por el Consejo de la Juventud entre jóvenes de 13 a 29 años, Hernán (2002) puso de manifiesto que entre el 27 y el 46,5% habrían declarado «no haber utilizado el preservativo en ninguna ocasión en sus tres últimas relaciones sexuales con penetración». Un estudio de la Clínica Dátor (2006) en mujeres que realizaron un IVE muestra que «un 42% de las mujeres extranjeras encuestadas y un 22% de las españolas afirma que su pareja le obliga a tener relaciones sexuales sin preservativo»

En los datos del Instituto de la Juventud, INJUVE (2000-2004), puede observarse cómo solo un tercio de la juventud con relaciones coitales y que usa el preservativo considera la protección respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) —y específicamente respecto al VIH/SIDA— una buena razón para su uso. Aunque las alumnas parecen ligeramente más sensibles a la prevención de los embarazos no deseados, no ocurre lo mismo con el tema de las infecciones a pesar de su mayor vulnerabilidad, Cuadro 7. En resumen, en relación con la frecuencia de uso del preservativo masculino existen aspectos que deben ser mejorados. Sobre todo porque, por un lado, hay jóvenes que todavía no lo utilizan o no lo hacen de manera adecuada, y por otro, porque parece existir una cierta tendencia a la relajación en su uso, relacionada probablemente con la disminución en la percepción del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas y en concreto del VIH/SIDA. Y pone de manifiesto problemas en la implicación y corresponsabilidad de los alumnos e incluso actitudes coactivas sobre las alumnas para el no-uso del preservativo.

Razones para usar el preservativo, en la última relación (%)

	IJE-2000	IJE-2002	IJE-2004
Prevenir embarazo	93	95,4	93
Proteger del SIDA	43	45,1	34,8
Proteger de otras ITS	35	43,2	31,9

Fuente: INJUVE 2000-2004. Base: Personas que han utilizado preservativo.

Cuadro 7: Razones para usar el preservativo en la última relación (%)

En estudios más recientes, como la 3ª Encuesta del equipo Daphne con la colaboración de Bayer Schering Pharma sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española, del año 2009, se destaca que aunque ha aumentado el uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces se mantiene una alta exposición al riesgo en el uso del preservativo. De entre los jóvenes que se declaran usuarios del preservativo, un 30% reconoce no usarlo siempre, debido a lo imprevisto de sus relaciones o al estado de euforia asociado entre otros al alcohol, lo que provoca una elevada exposición al riesgo.

Según los datos más reciente del Instituto de la Juventud, INJUVE (2012), es diferente la declaración del uso de preservativo en general, y su práctica habitual. El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más frecuente y habitual (lo es para casi el 70% del colectivo de entre 15 a 29 años), pero simultáneamente el 17,3% dice no haber usado ningún método en su última relación, lo que constituye un grupo muy numeroso de jóvenes, que mantiene prácticas de riesgo evidentes desde la sexualidad, y que además ha crecido desde 2004 (cuando constituían el 16,2%)

Y el 38% de los y las jóvenes dicen no haber utilizado preservativo en todas sus relaciones durante el último año (es decir nunca, o no siempre)

Entre los motivos para no usar el preservativo, una serie de razones se suman expresando la dificultad para proponer o aceptar su uso como son la falta de disponibilidad en el momento (8%), menos sensibilidad y/o impotencia con el

preservativo (5,5%), deseo incontrolado (2,6%), falta de comunicación (3,2%), negativa por alguna de las partes (2,8%) y consumo de alcohol o drogas (1.5%).

El Informe proporciona motivos comparativos con las últimas encuestas 2004 y 2008, Cuadro 8.

Motivos para no usar preservativos. España, 2004-2012, población 15-29 años (%)

	IJE2004	IJE2008	IJE2012
No hablamos del tema antes de tener relaciones sexuales		1,3	2,6
Era muy difícil para mí proponer el preservativo	12,1	0,9	,6
No disponíamos de preservativos en aquel momento	51,7	13,1	8,2
Conocía lo suficiente a esa persona		16,4	14,9
La otra persona no quería usarlo	18,9	2,4	1,4
Yo no quería usarlo		5,5	1,4
Utilizamos otro método anticonceptivo		36,4	34,9
Creí que no corría ningún peligro		5,0	1,5
Sólo practicamos sexo oral		0,3	1,0
Problemas de impotencia con el preservativo			,7
Estaba muy enamorado/a		0,7	1,0
Sin preservativo se siente más		3,3	4,9
Habíamos tomado demasiado alcohol u otras drogas		0,6	1,5
Tenía un deseo incontrolado		3,4	2,6
Estábamos intentando tener hijos		5,4	6,7
Otra	8,9	0,2	5,7
No contesta	8,4	4,7	10,3
N (100%)	282		1636

Fuente: Elaboración propia a partir IJE2004, IJE2008 y Encuesta IJE 2012

Cuadro 8: Motivos para no usar preservativo. Informe INJUVE 2012

En la encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) del 2014 el porcentaje de los adolescentes que reconocen usar mal el preservativo es del 25%.

El último barómetro de la Federación internacional de Planificación Familiar (IPPF) realizado con la colaboración de Bayer y publicado el 19 de mayo del 2015 muestra que solo el 25% de las mujeres españolas reconoce tener suficiente información sobre anticonceptivos modernos y sexualidad. Este barómetro ha analizado 16 países europeos y sitúa a España en 12º lugar en cuanto a educación sexual. En el estudio se ponen también de manifiesto las diferencias entre comunidades autónomas en cuanto al acceso a la educación sexual y a la planificación familiar.

Numerosos estudios y experimentos llevados a cabo muestran que los adolescentes quieren recibir educación sexual y declaran que la que reciben es escasa, así aparece, por ejemplo, tanto en el Informe 2004 de Conserjería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid como en el estudio de Romero de Castilla (2001), donde se pone de manifiesto que el 97,4% de los alumnos considera necesaria una educación sexual.

Un nuevo factor que compite con la formación afectivo-sexual de los adolescentes es la influencia de las nuevas tecnologías que han entrado a formar parte de su vida cotidiana. En la actualidad los adolescentes han añadido a los canales tradicionales de información, la escuela, la familia o los amigos, la vía de internet, que aparece como el “nuevo educador” que complementa y sustituye al profesor, Amaro (2011).

A nivel mundial, se ha producido una proliferación de páginas web dirigidas a la población adolescente y juvenil, muchas de ellas de carácter interactivo. El acceso es rápido y están a mano todos los contenidos de cualquier temática, con lo que tienen a su disposición un gran volumen de información y además de manera inmediata. Internet, su enorme atractivo y sus posibilidades, pueden hacer que algunas personas se inclinen a pensar que dejan de ser necesarios los cursos de formación afectivo-sexual, o que deja de ser necesario que forme parte del currículo explícito, bien como área transversal, bien como parte de alguna asignatura en concreto.

El problema está en que en muchos casos, inmersos en ese enorme volumen de información, los adolescentes no tienen capacidad de seleccionar la correcta o recibirla con cierto sentido crítico. No toda la información disponible en la red procede de fuentes rigurosas y fiables desde el punto de vista científico y quizá los adolescentes son más propensos a validar y dar por cierta cualquier información por el hecho de que aparezca en la red. Los contenidos de internet son altamente motivadores para adolescentes ya que se acompañan de imágenes reales, animaciones, dibujos atractivos, etc. pero en muchos casos las páginas que consultan están cargadas de contravalores muy explícitos como son el sexismo, el machismo, la violencia y las relaciones sexuales donde existen

formas de control y posesión por parte del varón que nada tienen que ver con lo que desde una educación afectivo-sexual clara y completa se plantearía.

En este sentido Amaro (2011) presenta y discute la información que se puede obtener en las diez páginas web más representativas y profesionales para los jóvenes, hasta ese momento. Entre sus conclusiones destaca que aunque en general la información ofrecida sí es rigurosa, suele estar centrada en el carácter preventivo de la misma sin abordar temas tan importantes como la afectividad, la violencia entre pareja y los problemas de comunicación. El hecho de que algunas de estas páginas están financiadas por empresas privadas puede conllevar un mensaje sesgado.

Internet y las redes sociales pueden constituir o albergar peligros importantes para los jóvenes como son la grabación, divulgación y visionado masivo de abusos sexuales o la pedofilia.

Según aparece en Save The Children (2010), del análisis de 400 estudios realizados en el contexto europeo sobre los riesgos asociados al uso de las TIC, se detecta que el 50 % de las y los adolescentes europeos ha dado información personal online, el 40 % ha visto pornografía online, el 30 % ha visto contenidos violentos y el 20 % ha sido víctima de cyberbullying (acoso virtual por parte de sus iguales). El análisis general de las estadísticas no son desagregadas por género, lo que no permite conocer ni reconocer si los riesgos del uso y la exposición personal en las redes sociales afectan especialmente al colectivo femenino, o en qué medida. No obstante, en un estudio en concreto realizado en 2010, se preguntaba a las y los adolescentes si habían utilizado Internet para perjudicar a alguien (con el envío de fotos, vídeos o comentarios), o si habían sido perjudicadas o perjudicados por alguien, encontrando diferencias en cuanto a que las chicas se percibían más víctimas que los chicos y ellos reconocían en mayor proporción haber sido perpetradores de ese comportamiento

En 2013, el Departamento de Educación, Política, Lingüística y Cultura del Gobierno Vasco, Estébanez et al (2013), presenta un estudio cualitativo sobre la desigualdad de género y el sexismo en las redes sociales, en el que participaron

ochenta y ocho personas, adolescentes de entre 13 a 17 años y jóvenes de entre 25 a 29 años residentes en cuatro municipios vascos. En él se concluye que chicas y chicos, independientemente de la edad, hacen un uso distinto de las redes sociales, por el que ellas las utilizan como medio expresivo y ellos de forma más marcadamente instrumental. En cuanto al riesgo, ambos se muestran de acuerdo en que las chicas se exponen más y viven más riesgo de agresiones en las redes sociales. Por otro lado, además de las diferencias por sexo, la edad también es una variable significativa en el uso y significado de las redes sociales. La aplicación de mensajería Whatsapp, a pesar de no ser una red social, se ha convertido en el medio favorito para comunicarse en todas las edades; para todos ellos la inmediatez de ese medio llega en ocasiones a convertirse en un elemento de presión y control. En cuanto a las relaciones de pareja y las redes sociales, destaca la mayor sensación de control en la aplicación Whatsapp, que parece generar conflictividad y celos en las parejas. Concluye asimismo que el sexismo que se observa en las redes sociales tiene una mayor intensidad que en la relación cara a cara. La violencia simbólica a la que chicas y chicos se exponen a todas horas y la facilidad de enviar mensajes a través de las redes sociales imprimen también desigualdades y violencias considerables.

Si se analizan las series que habitualmente ponen en televisión, es fácil observar que en los aspectos afectivo-sexuales ofrecen unos modelos machistas y sexistas, donde las relaciones de parejas están en gran medida basadas en la lucha de sexos y en comportamientos violentos y donde aspectos como los celos se presentan como un valor positivo para medir el amor.

Así, los resultados de la encuesta número 2.992 realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) por encargo de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y dirigida a la población residente en España de 15 a 29 años, con el objetivo de recoger información sobre las opiniones y actitudes que esta población tiene sobre la violencia de género y las medidas que se adoptan para combatirla, son bastante reveladores.

El informe sobre esa encuesta, de Miguel (2013) pone de manifiesto las diferencias de opinión por sexos, son ellas (63%) las que casi con veinte puntos

de diferencia con respecto a los hombres (43%) piensan que las desigualdades de género son muy grandes o bastantes grandes, mientras que más de la mitad de los hombres (54%) estiman que apenas existen desigualdades.

Las mujeres adolescentes y jóvenes (93%) opinan con mayor frecuencia que los hombres (85%) que los malos tratos hacia las mujeres están bastante o muy extendidos.

Sobre el grado de tolerancia ante la violencia de género el 96% de las mujeres y el 92% de los hombres de 15 a 29 años la considera 'totalmente inaceptable', además el rechazo aumenta con la edad de manera que pasa de un 92% en el grupo de 15 a 17, a un 95% en el de 25-29.

El mismo estudio pone de manifiesto que no todas las formas de violencia de género suscitan el mismo rechazo ni todos los comportamientos que constituyen maltrato son identificados como tales. La violencia física y sexual es rechazada por el 97% de la juventud y la adolescencia, el 93% de los/as jóvenes de 15 a 29 años consideran totalmente inaceptable la violencia verbal (ligeramente más tolerantes los más jóvenes: el 90% de quienes tienen entre 15 y 17 años la consideran totalmente inaceptable frente al 93% de los/as jóvenes de 18 a 29 años) y el 67% considera inaceptable la violencia de control.

Es decir, uno de cada tres jóvenes de 15 a 29 años, el 33%, considera inevitable o aceptable en algunas circunstancias 'controlar los horarios de la pareja', 'impedir a la pareja que vea a su familia o amistades', 'no permitir que la pareja trabaje o estudie' o 'decirle las cosas que puede o no puede hacer'... También un 7% de la población de estudio considera como inevitables o aceptables en algunas circunstancias al menos una de las dos situaciones de malos tratos verbales contempladas, y casi un 3% en el caso de malos tratos físicos o sexuales.

En la Figura 1, se presentan algunos de los gráficos aportados por este estudio.

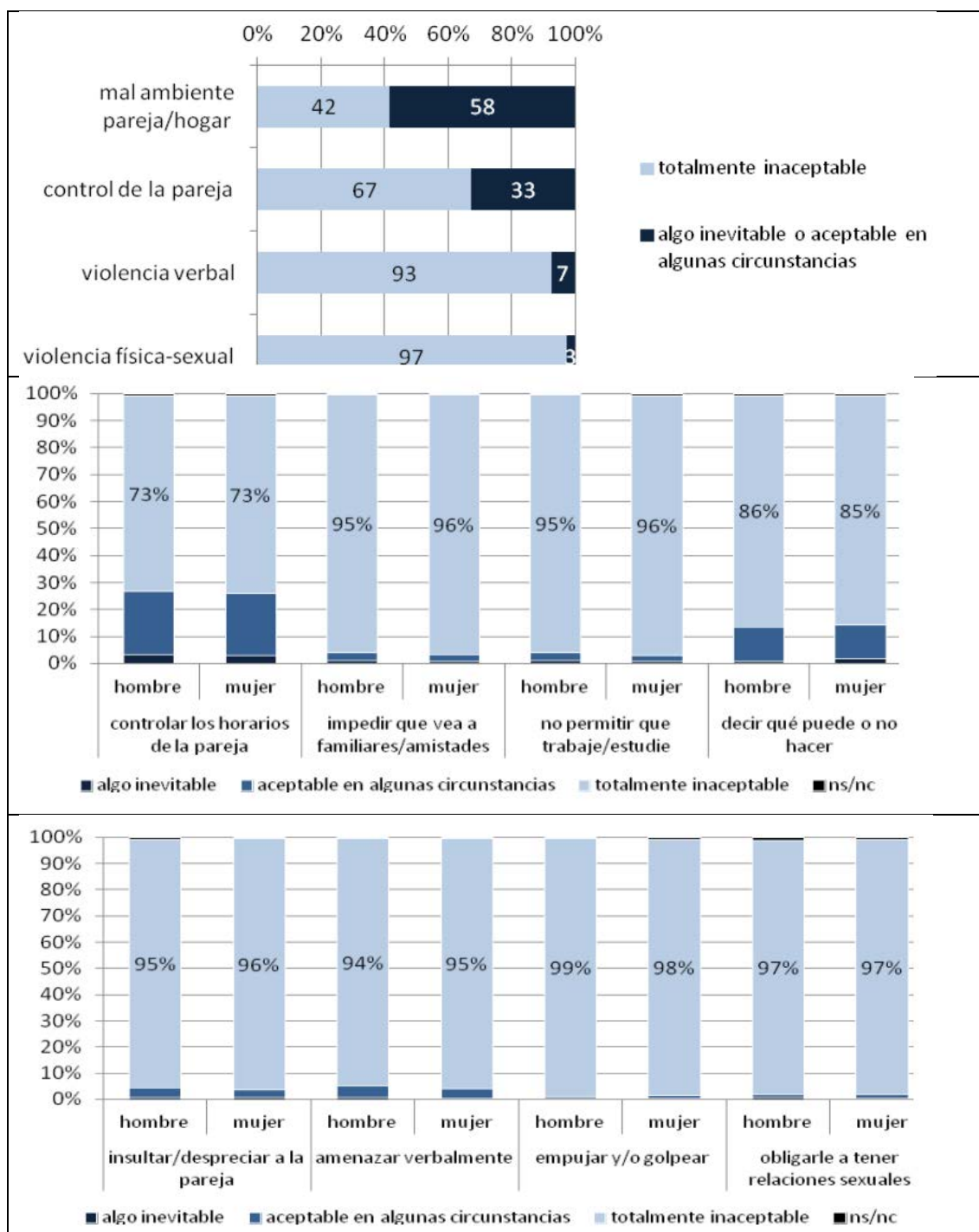


Figura 1: Evaluación de los distintos tipos de comportamientos representativos de malos tratos en las relaciones de pareja o en el hogar; grado de tolerancia ante situaciones y comportamientos que pueden producirse en el seno de la pareja o el hogar. Población Adolescente y Joven. España 2003. Informe elaborado sobre La encuesta 2.992 del CIS.

Si desde la educación formal no se da respuesta serán los medios audiovisuales, las redes sociales los que “educarán” a alumnos y alumnas sin ningún tipo de filtros, ofreciéndoles unos principios negativos para convertirse en personas justas, libres, sanas y felices. Por todo ello, los docentes consideran que desde

la escuela es primordial dotar al alumnado de las competencias claves. En el contexto de este estudio una competencia clave a destacar es la de “Aprender a Aprender”. La Comisión Europea define esta competencia como la capacidad para proseguir y persistir en el aprendizaje, organizar el propio aprendizaje, lo que conlleva realizar un control eficaz del tiempo y la información, individual y grupalmente.

Se debe ayudar a los adolescentes, por tanto, a reflexionar, a manejar el volumen de información al que tienen acceso sin que produzca un falso sentimiento de confianza de “me lo sé todo”. Ligado también a este concepto es interesante discriminar entre el conocimiento objetivo y el conocimiento percibido, Rock et al (2003). Hay una gran diferencia entre lo que los adolescentes creen que saben y lo que realmente saben. Y su conocimiento percibido se relaciona directamente con las conductas sexuales de riesgo.

Avalando estas reflexiones se puede citar el estudio de Claramunt (2006) en el que se pone de manifiesto que no saben más los adolescentes más actuales por tener acceso a mayor cantidad de información. En él se comparan los conocimientos en materia de sexualidad entre dos promociones separadas una década (de los años 1993-1994 y del 2003-2004) no encontrándose diferencias significativas ni en su nivel de conocimientos ni en las creencias erróneas o distorsionadas que permanecen indistintamente en las dos promociones (con independencia del menor o mayor acceso a la información de unos y otros).

A pesar de que la ley LOE 2/2006 del 3 de mayo de 2006 (Ley Orgánica de Educación) proporcionaba el marco educativo, incluyendo como materia la asignatura Educación para la Ciudadanía Democrática y los Derechos Humanos y la ley (Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo) de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo ha proporcionado el marco legal, la realidad es que aún no se ha puesto en práctica: la educación afectivo-sexual sigue sin estar incorporada de manera transversal e integral en el sistema educativo.

La educación sexual que reciben los adolescentes españoles se reduce, en el mejor de los casos, a charlas aisladas o talleres impartidos por personal ajeno al centro como psicólogos, personal sanitario, etc. Y siempre dependiendo de la voluntad de los equipos docentes. La educación afectivo-sexual, a pesar de toda la legislación educativa que la avala, defiende y obliga a impartirla, sigue formando parte del currículo oculto de los centros educativos. En definitiva, a pesar de que la sexualidad es un tema de gran interés y necesidad, fundamentalmente en la etapa adolescente, la formación afectivo-sexual en España aún presenta muchas carencias.

Si esto no se transforma y se ajusta a lo que la legislación ya marca, introduciendo los recursos suficientes, nuevas metodologías y otra organización de tiempos y espacios en función de los avances actuales, la escuela seguirá siendo, en cierto sentido, una caja negra descontextualizada del mundo en el que vive.

En definitiva, la educación sexual es hoy una demanda social, como derecho fundamental y fuente de salud, placer y afectividad.

1.4. El papel de la Enfermería en la Educación Afectivo-Sexual.

La educación sexual tiene que incidir en todos y cada uno de los niveles del desarrollo evolutivo de las personas y para ello, el marco ideal, sin lugar a dudas, es el medio educativo en el que se debe implicar al alumnado, a los docentes y a madres y padres, con la participación del medio sanitario y del resto de agentes sociales de la comunidad.

La enfermería tiene aquí un papel decisivo. Una de las intervenciones enfermeras más relevantes y que constituye una parte importante de la cartera de servicios, es la educación para la salud de los usuarios. No en vano casi todos los proyectos de educación afectivo-sexual implementados en grupos de adolescentes cuentan con la participación de personal de enfermería en los equipos responsables.

El Consejo Internacional de Enfermeras, CIE, en 1987 define la Enfermería como una parte integral del sistema de atención de salud, comprende la prevención de las enfermedades, el cuidado de enfermos físicos, mentales y los discapacitados de todas las edades en las instituciones de salud y la comunidad. Dentro de este amplio espectro de la atención de salud, los fenómenos de particular interés para la Enfermería son las respuestas a los problemas de salud reales o potenciales de los individuos, las familias y las comunidades. Estas respuestas humanas abarcan desde las reacciones de recuperación ante un episodio individual de enfermedad, hasta el desarrollo de políticas para la promoción de la salud a largo plazo de una población. En 1989 este organismo inició un programa internacional para desarrollar una terminología de Enfermería aplicable a nivel mundial que da lugar a la Clasificación Internacional de la Práctica de Enfermería, CIPE.

Referente al perfil que debe tener este profesional, el CIE considera que la enfermera de cuidados generales está capacitada para realizar las acciones recogidas en el Cuadro 9.

CIE. Funciones para las que está capacitada la enfermera de cuidados generales

- 1. Trabajar en el ámbito general del ejercicio de la enfermería, incluyendo la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, y los cuidados integrales a las personas enfermas o incapacitadas, de todas las edades y en todas las situaciones, instituciones de salud y sociosanitarias y otros contextos comunitarios.**
- 2. Realizar educación sanitaria.**
- 3. Participar plenamente como miembro integrante del equipo de salud.**
- 4. Supervisar y formar a los propios profesionales y al personal auxiliar y sanitario.**
- 5. Iniciar, desarrollar y participar en programas y proyectos de investigación.**

Cuadro 9: Funciones para las que está capacitada la enfermera, según el CIE.

Los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería de España en sus artículos 53 y 54, Cuadro 10, recogen cuál es la Misión de la enfermería y los Cuidados de enfermería respectivamente.

Artículo 53 Misión de la enfermería

1. Los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.
2. Conforme a lo previsto en la Constitución y en la legislación sobre Colegios Profesionales, de acuerdo con la legislación específica sobre obtención, expedición y homologación de títulos académicos y profesionales así como de sus efectos académicos y habilitantes, el enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos, auxiliándose para ello de los medios y recursos clínicos y tecnológicos adecuados, en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna.

Artículo 54 Cuidados de enfermería

1. Las funciones del enfermero/a derivan directamente de la misión de la enfermería en la sociedad, se llevan a cabo de conformidad con el Código Deontológico de la Enfermería española, de acuerdo con los criterios de calidad y excelencia profesional, y se mantienen constantes independientemente del lugar o del momento en que son prestados los cuidados de enfermería, el estado de salud del individuo o del grupo que vaya a ser atendido o de los recursos disponibles.
2. Incumbe a la profesión de enfermería la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado, mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención.
3. Los cuidados de enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social en dichos supuestos y/o ayuda a una muerte digna.

Cuadro 10: Artículo 53 sobre la Misión de la enfermería y Artículo 54 sobre los Cuidados de enfermería de Los Estatutos de la Organización Colegial de Enfermería de España,

La Ley de Ordenación de las Profesionales Sanitarias, LOPS, también establece que “a las enfermeras les corresponde la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”.

El Libro blanco de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, ANECA 2005, sobre el Proyecto de Titulación de Enfermería señala que el Título de Enfermera da cabida a un perfil de Enfermera

responsable de Cuidados Generales, considera que el perfil profesional de los titulados en Enfermería ha de ser generalista y marca entre otras competencias la “Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos. Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estarían también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc”. En el Cuadro 11 aparecen las seis competencias.

Competencias Enfermera responsable de Cuidados Generales

1. **Competencias asociadas con los valores profesionales y la función de la enfermera.** Primordialmente significa proporcionar cuidados en un entorno en el que se promueve el respeto a los derechos humanos, valores, costumbres y creencias de la persona, familia y comunidad y ejercer con responsabilidad y excelente profesionalidad tanto en las actividades autónomas como en las interdependientes.
2. **Competencias asociadas con la práctica enfermera y la toma de decisiones clínicas.** Supone entre otros, emitir juicios y decisiones clínicas sobre la persona sujeto y objeto de cuidados, que deben basarse en valoraciones integrales, así como en evidencias científicas. Significa también mantener la competencia mediante la formación continuada.
3. **Capacidad para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos.** Supone realizar valoraciones, procedimientos y técnicas con pleno conocimiento de causa, destreza y habilidad excelentes y con la máxima seguridad para la persona que lo recibe y para uno mismo. Estaría también en este apartado todas las intervenciones de enfermería ligadas a la promoción de la salud, la educación sanitaria, etc.
4. **Conocimiento y competencias cognitivas.** Significa actualizar los conocimientos y estar al corriente de los avances tecnológicos y científicos, cerciorándose que la aplicación de estos últimos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas.
5. **Competencias interpersonales y de comunicación (incluidas las tecnologías para la comunicación).** Supone proporcionar la información adaptada a las necesidades del interlocutor, establecer una comunicación fluida y proporcionar un óptimo soporte emocional. También significa utilizar sistemas de registro y de gestión de la información utilizando el código ético, garantizando la confidencialidad.
6. **Competencias relacionadas con el liderazgo, la gestión y el trabajo en equipo.** Supone capacidad para trabajar y liderar equipos y también garantizar la calidad de los cuidados a las personas, familias y grupos, optimizando los recursos.

Cuadro 11: Competencias perfil de Enfermera responsable de Cuidados Generales, según el Libro Blanco de la ANECA.

1.5. La Comunicación en temas afectivo-sexuales de los adolescentes con su entorno.

Una de las características de la etapa juvenil es que las relaciones entre padres e hijos se vuelven temporalmente más conflictivas. Los jóvenes dejan de considerar a sus progenitores como modelos de referencia para trasladar su confianza a los miembros de su grupo.

Tal y como recoge en su artículo Parra y Oliva (2002), hay algún momento entre la infancia y la adolescencia en que la comunicación entre los hijos y sus progenitores se deteriora. Los momentos familiares se reducen, pasan menos tiempo interactuando juntos, chicos y chicas hablan menos de sus asuntos espontáneamente y la comunicación se hace más difícil, Barnes y Olson (1985).

Psicólogos como Steinberg (1981) y Steinberg y Hill (1978) señalan que durante la adolescencia la comunicación familiar se ve interrumpida con mucha más frecuencia que en la etapa infantil. Este progresivo alejamiento afecta y mucho a la comunicación sobre sexualidad. Progenitores y jóvenes hablan con escasa frecuencia sobre sexo, sin embargo como ya recogían Benshoff y Alexander (1993), Hutchinson y Cooney (1998) y Jordan et al (2000), a los adolescentes les gustaría tener una mayor comunicación con sus madres y padres sobre este tema, y también los padres y las madres desearían ser fuente activa de información sexual para sus hijos e hijas.

En Cifras INE (2004) se presentan datos de la Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales realizada en 2003 por el INE y el Ministerio de Sanidad y Consumo relativos al grado de satisfacción de la comunicación mantenida con los padres sobre temas sexuales. En el estudio participaron un total de 10838 personas. En la Figura 2 pueden apreciarse las diferencias entre las fuentes preferidas de información sobre temas sexuales y las fuentes reales. El 53.1% de la población investigada señaló a los padres como la fuente de información que hubieran preferido tener, seguida de los profesionales sanitarios y educadores, 27.5%. Sin embargo, los hermanos o amigos fueron, de hecho, la fuente principal en el 38.8%, seguida de la pareja 19.6%. En la Figura 4 se presentan estos datos en un gráfico.

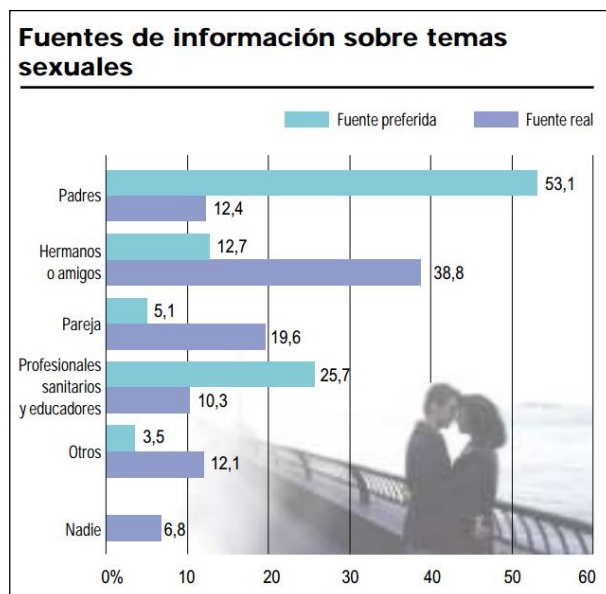


Figura 2: Fuentes de información sobre temas sexuales. Fuente Datos Cifras Ine 4/2004..

En el estudio realizado por Parra y Oliva (2002) se analiza la comunicación y los conflictos familiares durante la adolescencia, en una muestra de 513 jóvenes de edades comprendidas entre 13 y 19 años de la provincia de Sevilla. En las Figuras 4 y 5 aparecen recogidos cuáles son los temas de conversación más frecuentes entre los jóvenes y sus madres y padres. Los adolescentes hablan sobre sus amigos, sus gustos e intereses o sus planes de futuro, sin embargo los temas relacionados con la sexualidad apenas los tratan. En el estudio se señala además que las principales diferencias en la comunicación del adolescente con padre y madre no estriban en los temas, sino en la frecuencia. Si bien los temas de los que se habla y que se evitan son prácticamente los mismos, los adolescentes hablan con sus madres con mayor frecuencia.

Como se observa en la Figura 4, las chicas hablan más que los chicos con sus madres de todos los temas. Sin embargo, en la comunicación con el padre, Figura 5, las puntuaciones son similares y en concreto en los temas de sexualidad, las de ellos son ligeramente más elevadas que las de las chicas. Concluyen que mientras que en la comunicación con la madre el género del adolescente marca diferencias, en la comunicación con el padre, chicos y chicas se comportan de forma similar, apareciendo solo dos diferencias: las chicas hablan con sus padres con mayor frecuencia sobre las normas de la familia y los

chicos sobre su conducta sexual. La comunicación de las chicas y sus padres sobre sexualidad es prácticamente inexistente.

Temas	Chico	Chica
Gustos e intereses	3.04	3.55
Amigos	3.00	3.59
Normas de familia	3.08	3.34
Planes de futuro	3.06	3.36
Actividades fuera de casa	3.07	3.31
Novios/as, o personas que les gustan	2.33	2.86
Alcohol o tabaco	2.52	2.69
Drogas	2.37	2.49
Política o religión	2.00	2.20
Sexualidad en general	1.95	2.24
Conducta sexual	1.77	1.82

Puntuaciones media (1=No hablan nunca, 2=hablan rara vez, 3=hablan algunas veces, 4=hablan muchas veces)

Figura 3: Temas de comunicación con la madre. Fuente Parra y Oliva (2002).

Temas	Chico	Chica
Normas de la casa	2.98	3.18
Planes de futuro	3.03	3.10
Gustos e intereses	2.98	3.05
Amigos	2.75	2.84
Actividades fuera de casa	2.77	2.83
Alcohol o tabaco	2.50	2.43
Drogas	2.34	2.43
Política o religión	2.05	2.20
Novios/as, o personas que les gustan	2.08	2.12
Sexualidad en general	1.94	1.81
Conducta sexual	1.76	1.49

Puntuaciones media (1=No hablan nunca, 2=hablan rara vez, 3=hablan algunas veces, 4=hablan muchas veces)

Figura 4: Temas de comunicación con el padre. Fuente Parra y Oliva (2002).

Estudios más recientes, como el último informe del INJUVE del año 2012 en el que se recogen los resultados del Sondeo de opinión, INJUVE (2010), llevado a cabo en una muestra de 1411 individuos de edades entre 15 y 29 años en todo el territorio nacional, destacan que las amistades y los profesores son la principal fuente de información sexual. La madre es la principal referencia para el 19.6% de los jóvenes encuestados, mientras que el padre es su principal fuente de información solo para el 6.9%, Figura 6.

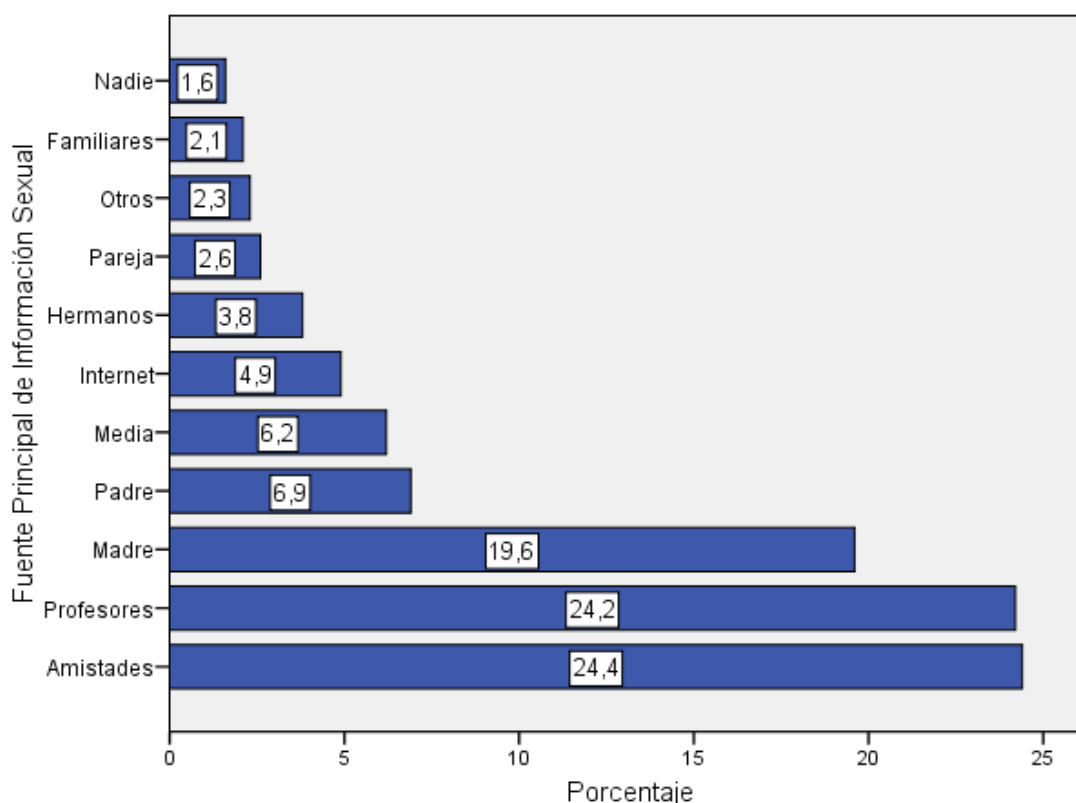


Figura 5: Fuente principal de información sexual. Fuente INJUVE (2010)

Al igual que ocurría en el estudio de Parra y Oliva (2002), en este caso también se observan claras diferencias entre ambos sexos. Para las chicas la madre es la principal referencia informativa, 28.4% de los casos, seguido de los profesores o personal del instituto, 23.8% y las amistades, 19.9%, sin embargo el padre juega un papel secundario, 3%. Entre los chicos, las amistades y los profesores o personal del instituto ocupan los primeros lugares, con un 28.7% y un 24.7% respectivamente, sin diferencia en este caso entre el padre, 10.7% y la madre, 11.2%.

En el sondeo de Opinión del INJUVE (2013) sobre relaciones familiares e igualdad de género, con una muestra de 1100 entrevistas, el 71.7% de los jóvenes de entre 15 y 19 años afirman que en sus familias se habla con poca o ninguna frecuencia de sexo (anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual).

	TOTAL	SEXO		GRUPOS DE EDADES		
		Varones	Mujeres	15-19	20-24	25-29
Mucha frecuencia	10,6%	7,9%	13,4%	11,1%	10,8%	10,0%
Bastante frecuencia	19,6%	17,5%	21,9%	17,2%	20,1%	21,0%
Poca frecuencia	45,4%	49,8%	40,7%	44,7%	48,4%	43,4%
Ninguna frecuencia	23,3%	23,5%	23,1%	27,0%	19,3%	23,9%
No contesta	1,1%	1,4%	,8%	--	1,4%	1,7%
TOTALES	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	N=1100	N=560	N=540	N=310	N=354	N=435

Cuadro 12: ¿Con qué frecuencia se habla en tu casa, en tu familia de sexo (anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, etc.?). Fuente: INJUVE, Sondeo de Opinión 2013.3 - EJ166

1.6. Actitud de los adolescentes frente a la diversidad sexual

Una de las acepciones del término Tolerancia incluido en el diccionario de la RAE es el respeto a las ideas, creencias o prácticas de los demás cuando son diferentes o contrarias a las propias.

La homofobia, tal como aparece en la Resolución sobre la homofobia en Europa del Parlamento Europeo de 18 de enero de 2006, se entiende como un miedo y una aversión irracionales a la homosexualidad y a la comunidad LGBT (lesbianas, gays, bisexuales y transexuales), basada en prejuicios y comparable al racismo, la xenofobia, el antisemitismo y el sexismo. La homofobia se manifiesta de diferentes formas, tales como el lenguaje de odio y la incitación a la discriminación, la ridiculización, la violencia verbal, psicológica y física, así como la persecución y el asesinato, la discriminación en violación del principio de igualdad o en las limitaciones injustificadas y carentes de razón de los derechos.

El término homofobia fue acuñado en 1971 por Smith, que lo definió como una actitud de miedo y rechazo a la homosexualidad. La homofobia implica, por tanto, un prejuicio, una actitud discriminatoria dirigida hacia una persona en función de su identidad homosexual. El término incluye también a las mujeres lesbianas, aunque en este caso es más correcto hablar de lesbofobia. Las actitudes homófobas y lesbofóbicas abarcan desde las actitudes discriminatorias más hostiles y explícitas tales como la agresión verbal, física o psicológica hacia las personas homosexuales, hasta aquellas otras que, de una forma latente y sutil, permanecen silenciadas e invisibles.

Las Naciones Unidas declararon el año 1995 Año Internacional de la Tolerancia. Dos décadas después sigue existiendo la necesidad de dedicar atención al tema, pues las actitudes intolerantes no solo no se hallan plenamente erradicadas, sino que, en la compleja sociedad actual, en cualquier momento pueden reavivarse bajo nuevas formas.

El análisis de las actitudes de tolerancia en la adolescencia tiene especial interés puesto que, según diversas investigaciones, en esta etapa evolutiva se observa un aumento de la discriminación y el prejuicio hacia los grupos que son percibidos como distintos con respecto al propio, Díaz-Aguado et al (1996)

Algunos estudios que han tratado las actitudes de los adolescentes hacia la homosexualidad, como López y Fuertes (1989), se decantan por dos tendencias. Los que manifiestan una dirección negativa, claramente consideran la homosexual como algo anormal, peligroso o raro; se sienten incómodos, molestos, con una actitud de rechazo, mostrando hacia ellos un comportamiento de agresión, mofa o aislamiento. Por otro lado, los que manifiestan una dirección positiva considerando que es una orientación minoritaria pero normal, consideran a los homosexuales personas como los demás, donde puede haber de todo; los aceptan y conviven con ellos de manera normalizada.

En el estudio sobre Actitudes ante la diversidad sexual de la población adolescente de Coslada (Madrid) y San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria), realizado en una muestra de 4636 estudiantes de ESO de entre 11 y 19 años,

realizado en dos municipios, uno en Madrid y otro en Gran Canaria, durante el curso 2006-2007, se muestra que las mujeres presentan mayor tolerancia y respeto hacia la diversidad sexual. Por ejemplo al analizar la actitud ante dos personas del mismo sexo que muestran su afectividad en público solo el 34% de los alumnos encuestados reaccionaría bien si se trata de dos hombres frente al 64% de las alumnas. Cuando se trata de dos mujeres mostrando su afectividad en público, los porcentajes son muy similares, 57% los alumnos, 61% las alumnas.

En relación con la percepción de la homosexualidad según INJUVE (2012) un porcentaje muy minoritario sigue considerando esta realidad sexual como una enfermedad, aunque para la inmensa mayoría de los y las jóvenes es un hecho natural. Algo más del 65% cree además que es posible variar de opción sexual a lo largo de la vida, opinión algo más consolidada entre las mujeres y entre las personas jóvenes de menor edad.

En el curso escolar 2012/13 el Grupo de Educación de COGAM, una vez finalizada la charla-taller de prevención del acoso homofóbico impartida por sus voluntarios en Institutos de Educación Secundaria de la Comunidad de Madrid, realizó una encuesta, con la participación de 252 aulas de 37 Colegios Públicos de Secundaria y un total de 5272 alumnos con edades comprendidas entre 12 y 17 años.

Entre los principales hallazgos citamos algunos: que el 25,35% (una cuarta parte) del alumnado tiene prejuicios respecto a la homosexualidad, bisexualidad y transexualidad, el 14,79% cree en alguna medida que los homosexuales no deben tener los mismos derechos que los heterosexuales, el 39,36% se siente molesto si ve a dos homosexuales besarse en público.

Asimismo el 17,85% del alumnado tiene un comportamiento homófobo al añadir insultos o reírse de un compañero agredido por ser o parecer LGTB.

El nivel de homofobia de los alumnos en su comportamiento es directamente proporcional a los prejuicios que les preceden, así el 21,79% del alumnado esperaría ser rechazado por sus compañeros en caso de ser LGTB, un 15,26%

apoyado y un 62,95% NS/NC. Los alumnos más homófobos son los que esperarían más rechazo (38,79%) y menos apoyo (9,24%) de sus compañeros, el 57,76% NS/NC.

Se encuentran diferencias por género: Las chicas tienen menos estereotipos frente a la homosexualidad que los chicos; ante una agresión homofóbica; el 8,73% de las chicas añade insultos a la víctima o ríe de lo que sucede. En el caso de los chicos, este porcentaje asciende hasta un 26,99%. La homofobia no solo es más frecuente en los chicos sino también son víctimas más frecuentes, el 72,09% de las agresiones físicas homofóbicas en el centro educativo las sufren chicos frente a un 29,01% dirigido a chicas. En cambio, las chicas están expuestas a otras formas de discriminación como el sexismo.

La Figura 7 muestra gráficamente estos resultados de diferencias de género.

El estudio de Carrera et al (2013) sobre actitudes hacia la diversidad sexual en el que participaron 800 adolescentes gallegos de edades comprendidas entre 14 y 18 años pone de manifiesto que los chicos son más homofóbicos y lesbofóbicos, y presentan actitudes significativamente más negativas hacia el colectivo trans que las chicas. Se observa también que chicos y chicas muestran actitudes más negativas hacia los homosexuales de su mismo sexo. Asimismo, se observa que las actitudes hacia los hombres que no conforman el género son significativamente más negativas que hacia las mujeres que no conforman el género.

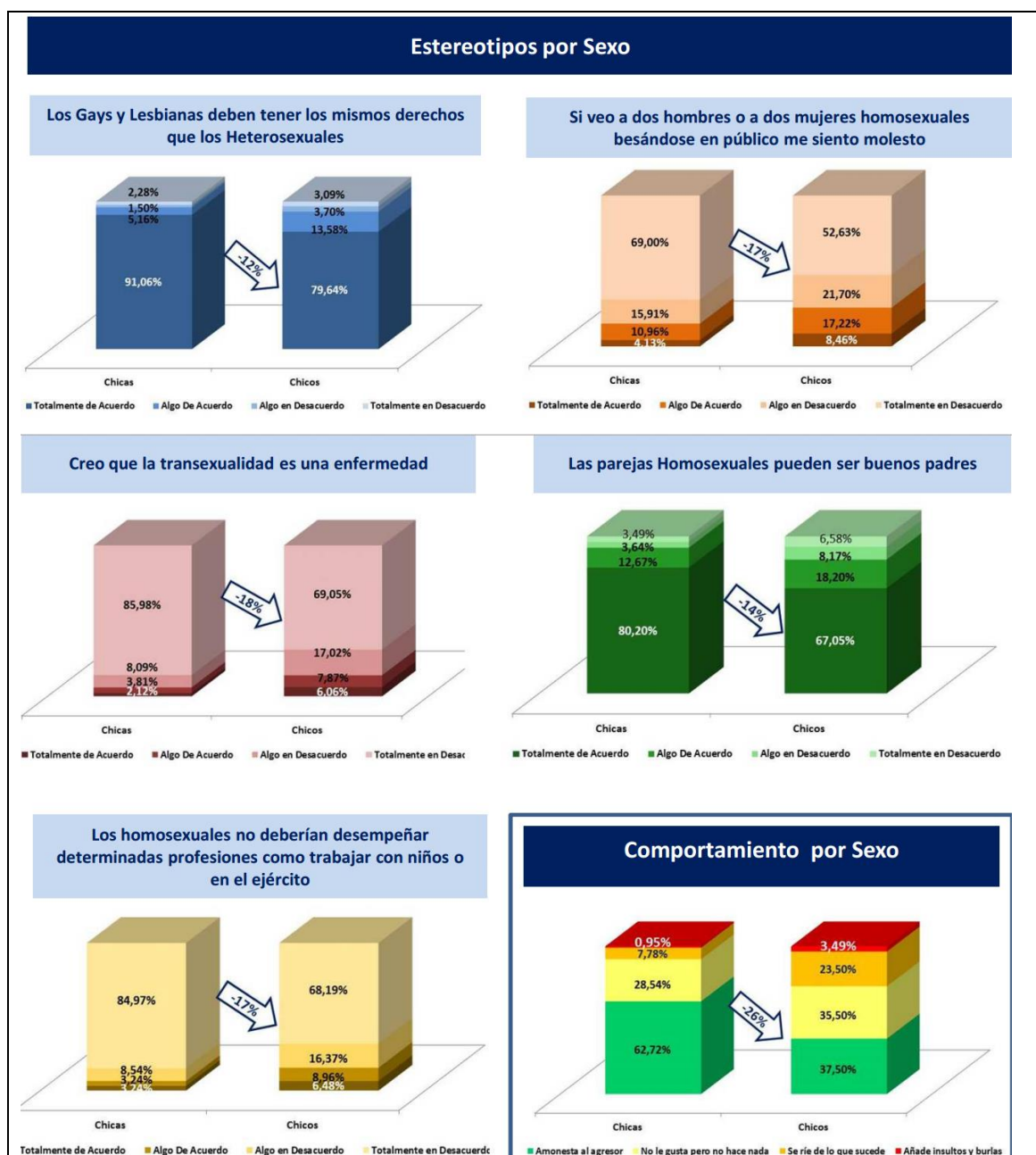


Figura 6: Gráficos de resultados por sexos de la encuesta COGAM sobre Homofobia en las Aulas 2013.

1.7. Evaluación de la educación afectivo-sexual en España

Como ya se ha comentado en el apartado 1.2.2, la educación sexual es reconocida institucionalmente con la ley LOGSE de 1990. A partir de ese momento distintos grupos de investigadores del territorio nacional comienzan a elaborar y poner en práctica nuevos proyectos.

Así Fernández Costa (1999) presenta una descripción y valoración de la calidad de 19 programas específicos de prevención de SIDA o propuestas incluidas en programas de educación afectivo-sexual dirigidos a la enseñanza secundaria y editados en España entre 1990 y 1997. Concluyen que a esa fecha casi todas las comunidades autónomas han desarrollado o adaptado materiales preventivos. Los programas presentan en general buenas pautas metodológicas, aunque un porcentaje importante plantea intervenciones de poca intensidad o breves y poco trabajo centrado en las habilidades preventivas.

En el año 2000 personal sanitario de la Bañeza llevan a cabo un taller de afectividad-sexualidad, Chico et al (2000). Se trata de 3 sesiones de 2 horas, con alumnos de 4º de la ESO. El objetivo era mejorar los conocimientos de los adolescentes en materia de sexualidad. Para evaluarlo se realizaron cuestionarios a los estudiantes antes y después del taller. La valoración global obtenida fue muy positiva y el estudio se cierra con una propuesta de continuidad.

Barella et al (2002) realizan un estudio acerca de los conocimientos y actitudes sobre sexualidad en un grupo de 100 estudiantes de 4º de la ESO en el municipio de Úbeda. El objetivo es saber cuáles son los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes. En este caso los alumnos únicamente rellenaron un cuestionario inicial. Las conclusiones de este estudio ponen de manifiesto un importante desconocimiento de los jóvenes sobre métodos anticonceptivos y mecanismo de contagio de ETS. Como líneas de mejora se propone emprender acciones educativas más tempranas.

Dos años más tarde, en 2004 se realiza un segundo estudio en el mismo municipio de Úbeda, con una muestra de 100 estudiantes de 4º de la ESO, Mesa (2004). El objetivo es conocer el comportamiento sexual y el uso de preservativos de los adolescentes. Concluyen que se trata de una población sexualmente activa, susceptible de contagio de ETS y embarazos no deseados, que no siempre usa preservativo. Consideran necesario fomentar actividades de educación para la salud.

Callejas et al (2005) valoran los conocimientos y actitudes sobre métodos de prevención de embarazos no deseados y ETS y evalúan el resultado de una intervención educativa en adolescentes. Se trata de una experiencia realizada en Toledo, llevada a cabo por personal sanitario con ayuda del profesorado. Se realizaron cuestionarios, antes, después y a los 6 meses de la intervención. Organizaron un concurso para que los alumnos realizaran mensajes publicitarios y se recibieron respuestas de 238 alumnos de 4º de la ESO de 5 centros distintos. La valoración global es que se produjo una mejora en el nivel de conocimientos y una actitud más positiva frente al VIH. Concluye que la intervención podría mejorarse si se iniciara a edades más tempranas, cuando los jóvenes no han tenido contacto con el sexo.

En Lameiras (2006) y Carreras-Fernández (2007) se evalúa el programa de educación sexual con adolescentes del proyecto Agamarinos, desarrollado en Orense durante el curso académico 2003-04 e implementado por un grupo de alumnos en prácticas de la titulación de Psicopedagogía. El objetivo es evaluar cualitativa y cuantitativamente este programa y determinar el grado de satisfacción de los estudiantes. Se comparan un grupo de 92 estudiantes de un centro educativo participante en el proyecto con un segundo grupo control de 120 estudiantes, todos ellos de 1º de la ESO. Cualitativamente la conclusión es que los alumnos mejoraron sus conocimientos en todas las temáticas trabajadas. Aumentaron sus capacidades en torno a sus emociones, se comprueba que tienen actitudes más positivas hacia la sexualidad y más igualitarias hacia ambos sexos. Cuantitativamente se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental y el grupo control con respecto al conocimiento sobre órganos sexuales, nutrición y actitudes sexistas. Precisamente la superación de las actitudes sexistas es uno de los principales logros del programa.

En el año 2008 las Comunidades Autónomas de Asturias, País Vasco y Madrid y los municipios de Cuenca, Zaragoza, Vigo evalúan un Programa de Educación Sexual y Prevención de VIH/SIDA en Centros de Menores en una población de jóvenes con edades comprendidas entre 13 y 19 años residentes en centros de protección y reforma. En el estudio participaron alrededor de 206 menores de los cuales 106 pertenecían al grupo experimental y 100 al grupo control. A todos los

jóvenes que participaron en el proyecto se les aplicó un cuestionario antes de la intervención y otro posterior. Como conclusiones se han detectado una serie de mejoras que en principio se relacionan con la implementación directa del programa Educación sexual y prevención del VIH/sida y que estas no se han producido en el grupo control o se han observado en menor medida. Destacar que también el grupo control muestra mejoría en algunas de las variables analizadas.

Hernández-Martínez et al (2009) evalúan la efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos, desarrollado en Albacete por personal sanitario. En este estudio se compara un grupo experimental de 181 alumnos con un grupo control de 300 alumnos, todos ellos de 1º de Bachillerato. Se realizaron cuestionarios antes, después y a los 6 meses del proyecto. La valoración global es muy positiva. La conclusión es que la intervención es efectiva aumentando conocimientos sobre métodos anticonceptivos y empleo de la píldora poscoital; asimismo, mejora en general la actitud para el fomento del preservativo y el uso racional de la píldora poscoital.

González Hernando et al (2009) valoran el resultado de las intervenciones educativas que llevaban desarrollándose durante al menos 7 años en Valladolid, dentro de un programa de educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes, dirigido a jóvenes de entre 12 y 16 años. Se realizaron cuestionarios antes y después de la sesión de educación sexual. Los resultados obtenidos demuestran que tras la intervención educativa los adolescentes mejoran los conocimientos en un 22%. La valoración fue muy positiva proponiéndose como futuras líneas mejorar el proyecto.

En 2011 García y otros implementaron un proyecto de educación sexual para alumnos de 3º de la ESO en un instituto de Granada. Las actividades realizadas tuvieron muy buena aceptación por parte del alumnado, profesorado y la Asociación de Padres y Madres de Alumnos, García et al (2011). A su juicio, las estrategias sanitarias, en especial en relación con la sexualidad, deberían dirigirse a los y las adolescentes en un contexto diferente al del centro de salud

y de acuerdo a sus necesidades; en este sentido la aplicación de estas en el contexto educativo aparece como una opción más que viable. Destacan además que la enfermera como agente de salud está capacitada para realizar actividades relacionadas con la promoción de una conducta sexual saludable.

Claramunt (2011) hace una valoración del programa de educación sexual PESex en adolescentes de 13 a 16 años, pertenecientes a centros públicos y concentrados en poblaciones de la provincia de Valencia e implementado por un equipo interdisciplinar compuesto por profesionales de la docencia, enfermería, salud pública, psicología y sexología. En este estudio participaron una muestra de 229 alumnos, 163 en el grupo experimental y 66 en el grupo control. Se realizaron evaluaciones antes y después de cada curso. Al valorar la eficacia de esta intervención constata cuantitativamente un aumento en el nivel de conocimientos en materia afectivo-sexual así como en la potenciación del desarrollo de actitudes sexuales positivas y saludables en la población adolescente. Termina con una reflexión “para hacer realidad la educación sexual formal en el currículo oficial, se considera esencial una colaboración participativa con el profesorado, apoyarles para vencer resistencias y aprovechar su experiencia didáctica”.

Venegas (2013b) realiza una investigación /acción con objeto de educar las relaciones afectivo-sexuales para fortalecer la ciudadanía democrática, implementando un curso de educación afectivo-sexual en dos grupos de 14 y 28 estudiantes de 4º de la ESO de dos barrios de distinta clase social del municipio de Granada. Posteriormente, mediante entrevistas personales se recaban los datos con los que evaluar la experiencia de aprendizaje de los estudiantes en el curso, a partir de su propia percepción. El resultado es que el grupo de adolescentes destaca una serie de aprendizajes positivos y enriquecedores derivados del curso además de demandar educación afectivo-sexual en el curriculum formal por sentirse más libres en la escuela que en sus familias. La investigación demuestra que no puede haber ciudadanía si no contempla, también, su dimensión afectivo-sexual desde la perspectiva crítica de género. Educar las relaciones afectivo-sexuales adolescentes contribuye, según la autora, a cimentar, fomentar y consolidar una ciudadanía democrática.

Por último, en el estudio de Soriano et al (2014) se analiza una muestra de 80 adolescentes de ocho nacionalidades diferentes. En este caso el objetivo no es evaluar ningún programa de educación afectivo-sexual sino describir cómo viven su sexualidad adolescentes españoles e inmigrados para orientar nuevos programas de educación sexual en centros educativos multiculturales. La conclusión principal resulta ser que la forma de vivir la sexualidad está relacionada con el género y el grupo étnico-cultural.

2. El Proyecto de Aplicación Práctica de Educación Afectivo-Sexual ¿Comenzar la Casa por el Tejado?

El proyecto de aplicación práctica de educación afectivo-sexual ¿Comenzar la casa por el tejado? se está llevando a cabo en el Área Sanitaria Don Benito-Villanueva (Badajoz) desde el año 2004 y abarca 12 Institutos de Educación Secundaria (IES) de la zona.

La idea del proyecto surge impulsada por personal sanitario, justificado por la confluencia de tres factores:

- La inexistencia de programaciones regladas que aborden el tema afectivo-sexual, a pesar de que padres y madres, profesorado y adolescentes manifiestan su interés y preocupación al respecto.
- La inseguridad de la mayoría de los docentes a la hora de abordar en las aulas esta materia.
- La imposibilidad por parte de los profesionales de la sexualidad de transmitir una información básica que llegue a todos los alumnos de la zona de influencia que abarca cada Centro de Orientación y Planificación Familiar (COPF).

Las autoras del proyecto consideran que para conseguir un proceso formativo adecuado cualquier conocimiento que se adquiriera debe tener un proceso de maduración que se asiente sobre una base sólida. Lo asemejan a la metáfora de construcción de una casa, se trata de construir una casa que tenga unos sólidos cimientos sobre los que se establezca una construcción con una distribución planificada y que cubra las necesidades de las personas que van a habitarla; sin embargo, si no se cuenta con el tiempo suficiente para hacer la vivienda o no se dispone de los recursos suficientes, la necesidad de protección lleva a acelerar el proceso de levantamiento de la vivienda con la finalidad de “cubrir aguas”, es decir, con la finalidad de asegurar un tejado que proteja de las inclemencias del tiempo y de los riesgos que la desprotección supone.

En el caso de la educación afectivo-sexual defienden que lo ideal sería contar con programaciones adecuadas al proceso madurativo de los alumnos a lo largo de su formación.

Si la educación afectivo-sexual se iniciase en la etapa infantil se podrían potenciar en los niños actitudes erotofílicas encaminadas a descubrir el gran potencial que la sexualidad y la afectividad tienen como generadores de conocimiento y respeto a uno mismo y a los demás, se podrían transmitir conocimientos y habilidades que ayudasen a las personas a utilizar los recursos disponibles para reconocer riesgos y poder disminuir las consecuencias de las conductas inadecuadas. No obstante, la realidad actual presenta la educación afectivo-sexual como una materia transversal, que aunque puede ser abordada por todos los profesionales y desde todas las disciplinas, es afrontada en pocas ocasiones. El resultado de esta situación es que los alumnos alcanzan la adolescencia con nulos o escasos conocimientos y habilidades para asumir la sexualidad, con un fuerte concepto de desconexión entre la sexualidad y la afectividad y con una percepción de los riesgos asociados a la práctica sexual que tiene poco que ver con la realidad.

Las autoras preocupadas por dotar a los alumnos de los centros educativos de enseñanza secundaria de unos conocimientos y habilidades básicos que les permita ser conscientes de su sexualidad y poder disminuir los riesgos que año tras año continúan incrementándose (embarazos no deseados, interrupciones del embarazo, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, violencia de género, homofobia...) decidieron unir los esfuerzos de los profesionales de la educación y sanitarios y organizaron un curso de formación dirigido a docentes de los centros públicos del Área Sanitaria Don Benito-Villanueva, principalmente a los integrantes de los equipos de orientación, pero también a tutores y profesores; y a sanitarios relacionados con la salud sexual y reproductiva, en su mayoría profesionales de los COPF y matronas del área de salud.

La coordinación responsable del proyecto está formada tanto por profesionales del Sistema Extremeño de Salud, SES (1 médica, 1 enfermera del COPF) como por profesionales de la educación (1 asesora de Centro de Profesores y Recursos, CPR y 1 Educadora Social).

Es importante señalar que una diferencia esencial entre el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? y los proyectos descritos en el apartado 1.7 es el alumnado.

Mientras en los proyectos anteriores la formación se impartía directamente a los adolescentes, en este proyecto evaluado la formación se enfoca en los educadores de los adolescentes. Los participantes en este proyecto son los que, en una segunda fase, se encargarán de organizar e impartir los seminarios en cada uno de sus centros.

En el Cuadro 13 se recogen los contenidos prioritarios y los objetivos de la formación del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

La formación de los profesionales se llevó a cabo mediante 9 sesiones prácticas, tipo taller, de 3 horas de duración cada una. Fue impartido por psicólogos, médicos, enfermeras y docentes; los conocimientos desarrollados cubren las dimensiones biológica, psicológica y social de la sexualidad y son los mismos, adaptados, que los que se proponen para que posteriormente ellos impartan en el aula con los adolescentes.

La programación es eminentemente práctica, con actividades que puedan fácilmente tratarse en el aula, en función de los conceptos que se deseen trabajar en cada etapa escolar. Se cuenta con la ventaja de que los docentes ya disponen de la preparación y las destrezas para afrontar la puesta en escena.

Una vez concluida esta primera fase de formación (en Octubre de 2005) serían ellos, los participantes en estas sesiones (educadores, orientadores, tutores y profesores) los encargados de la formación afectivo-sexual de sus alumnos en los respectivos centros. Para ello se fijaron 3 sesiones prácticas, tipo taller, por cada curso escolar, de 50 minutos de duración cada una, dentro del horario de tutorías. Los conocimientos se adaptaron a la edad mayoritaria de los alumnos de cada curso.

En el Anexo 1 puede consultarse el mapa de la zona que abarca el Área Sanitaria de Don Benito-Villanueva y los municipios donde se desarrolla el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?. Los cursos e Institutos en los que se desarrolla el Proyecto aparecen en el Anexo 2. El número total de alumnos que recibieron formación del Proyecto desde el curso 2005-2006 hasta el curso 2008-09 puede consultarse en el Anexo 3 y el número de alumnos por años que

recibieron formación del Proyecto hasta el curso 2008-09 aparecen en el Anexo 4.

Contenidos y Objetivos del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Contenidos prioritarios

- Prevención de las enfermedades de transmisión sexual
- Prevención de Infección por VIH/Sida
- Prevención de embarazos no deseados.
- Educación afectivo-sexual. Educación en igualdad de género entre hombres y mujeres
- Violencia de Género. Prevención de la violencia entre iguales. Respeto a las distintas orientaciones sexuales.

Objetivos Generales

- Dar a conocer las diferentes estrategias y herramientas disponibles para realizar Educación para la Salud en Extremadura.
- Adquirir capacidades para el adecuado tratamiento del tema con finalidades educativas.
- Asumir y tratar con naturalidad lo relacionado con la sexualidad.
- Promover el respeto a la diversidad en relación a la orientación sexual.

Objetivos específicos

A) Objetivos con el profesorado

- Proporcionar a los educadores los conocimientos necesarios para orientar a los adolescentes en la Educación afectivo-sexual.
- Dotar de recursos a los educadores para mejorar en el alumnado la autoestima y autoeficacia para la autonomía e iniciativa personal y la autogestión responsable de sus recursos afectivo-sexuales.
- Dar técnicas y herramientas al profesorado para que incida en el desarrollo de habilidades comunicativas y de resolución pacífica de conflictos.

B) Objetivos con el alumnado:

- Aportar una información básica sobre sexualidad a todos los grupos de estudiantes de la zona de influencia.
- Crear actitudes favorables hacia la sexualidad favoreciendo una visión erotofílica, es decir, que implique un discurso positivo sobre la sexualidad.
- Favorecer actitudes personales positivas en el abordaje de la sexualidad:
 - Potenciar la autoestima
 - Potenciar la asertividad
 - Dotar de habilidades para la negociación
 - Aprender a decir SI/NO
- Presentar a los jóvenes los riesgos asociados a la sexualidad.
- Promover el respeto a la diversidad en relación a la orientación sexual
- Dotarles de habilidades para la prevención de los riesgos.

Cuadro 13: Contenidos prioritarios y Objetivos del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Finalmente, en el Anexo 5 se presenta como ejemplo el desarrollo completo de una sesión de formación con el profesorado, detallando también las actividades propuestas.

3. Justificación

En el Capítulo 1 se han presentado numerosos estudios que avalan la necesidad de formación-afectivo sexual, especialmente en el grupo de los adolescentes.

A día de hoy todas las CCAA han puesto en marcha programas para la educación afectivo-sexual aunque, como ya se ha comentado, su aplicación no es ni generalizada ni continua.

Las evaluaciones realizadas de algunos de estos proyectos demuestran su eficacia como vía para mejorar los conocimientos de los adolescentes, mayoritariamente en lo referente a la prevención de embarazos no deseados y protección frente al SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo no se tiene constancia de publicaciones que analicen que los adolescentes que han participado en estos proyectos han adquirido las competencias objetivo.

En cambio, en el presente trabajo destacamos tres aportaciones fundamentales:

En primer lugar se trata de un estudio cuantitativo centrado en identificar cómo trasladarían los jóvenes los conocimientos afectivos sexuales de los que disponen, con independencia de cómo hayan sido adquiridos, a escenarios prácticos reales.

En segundo lugar se aporta una metodología estadística que permite analizar posibles diferencias debidas al género, la edad o la formación afectiva-sexual recibida, entre otras.

En tercer lugar el tamaño muestral y el carácter longitudinal del estudio ofrecen el conocimiento necesario para poder desarrollar estrategias de mejora en los nuevos proyectos de formación afectivo-sexual.

4. Hipótesis

La hipótesis que se va a planear en este trabajo es la siguiente:

Los adolescentes no adquieren las competencias contenidas en la formación afectivo-sexual.

5. Objetivos

5.1. Objetivo Principal

El objetivo principal del estudio es

1. Identificar las deficiencias que presentan los adolescentes de la Comunidad Autónoma de Extremadura en sus conocimientos y actitudes afectivo-sexuales. En particular, identificar su preparación y su actitud con respecto a:
 - Conocimientos y búsqueda de ayuda.
 - Seguridad y autoestima.
 - Sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos.
 - Relaciones dominantes o de igualdad.

5.2. Objetivos Secundarios

2. Reconocer los puntos débiles que presentan los adolescentes de la Comunidad Autónoma de Extremadura con respecto a:
 - La comunicación en temas afectivo-sexuales con su entorno.
 - La tolerancia con la homosexualidad.
3. Determinar las posibles diferencias por género, edad, haber recibido o no formación afectivo-sexual o promoción a la que pertenecen.
4. Conocer la opinión de los alumnos del grupo que ha recibido formación afectivo-sexual sobre los cursos realizados.

6. Material y Método

6.1. Diseño

Se trata de un estudio observacional transversal de dos muestras en adolescentes de 3º y 4º de la ESO y de 1º de Bachillerato de la Comunidad Autónoma de Extremadura, de las promociones 2008-09 y 2014-15.

6.2. Ámbito

Institutos públicos de la Comunidad de Extremadura seleccionados entre los que participaron en el proyecto “¿Comenzar la casa por el tejado?” en el área sanitaria de Don Benito–Villanueva y los que no participaron en el proyecto situados en la misma área o en zonas próximas.

6.3. Población, selección de la muestra y justificación del tamaño muestral.

6.3.1. Población

La población está formada por todos los adolescentes de la Comunidad de Extremadura que cursaban estudios de 3º y 4º de la ESO y 1º de Bachillerato, hubieran recibido o no formación afectivo-sexual, de las promociones 2008-2009 y 2014-2015.

6.3.2. Tipo de Muestreo

Los alumnos fueron seleccionados mediante un procedimiento de muestreo aleatorio estratificado por cursos en cada uno de los centros que accedió a participar en el estudio, Anexo 6.

6.3.3. Justificación del tamaño de muestra

En el modelo propuesto para conseguir el objetivo principal, se van a incluir todas las variables predictoras que resulten significativas en los análisis univariantes,

así como las posibles interacciones, hasta un máximo de 12 variables. Los estudios de simulación de Peduzzi et al. (1995), Vergouwe et al. (2005) y Westerhuis (2012) para ajustar modelos multivariantes con variable respuesta dicotómica, sugieren que para evitar un sobreajuste, se considere el tamaño muestral que garantice 10 casos favorables (alumnos con conocimientos razonables) por cada variable incluida en el modelo.

Utilizando la información obtenida en la revisión bibliográfica presentada en el apartado 1.3, se estima que alrededor del 20% de los adolescentes muestra una formación adecuada y madura en temas afectivo-sexuales, en el caso más desfavorable.

Con una muestra de 600 alumnos y una tasa de éxito del 20%, esperamos disponer de 120 estudiantes con una adecuada formación logrando así el tamaño muestral y los casos favorables necesarios.

En la Figura 8 se muestra el diagrama de flujo correspondiente a este estudio. En concreto los institutos que corresponden al grupo de centros que sí participan en el proyecto “¿Comenzar la casa por el tejado?” son:

1. IES José Manzano, de Don Benito.
2. IES Pedro de Valdivia de Villanueva de la Serena.
3. IES Luis Chamizo de Don Benito.
4. IES Bartolomé Gallardo de Campanario.

Los institutos del segundo grupo, se seleccionaron con el criterio de que pertenecieran a núcleos urbanos de características similares a los anteriores y que estuvieran en la misma zona sanitaria o zonas cercanas, pero que no hubieran participado en el proyecto “¿Comenzar la casa por el tejado?”. Son:

5. IES Quintana de Quintana de la Serena
6. IES Mario Roso de Luna de Logrosán
7. IES Turgalium de Trujillo
8. IES Santa Eulalia de Mérida

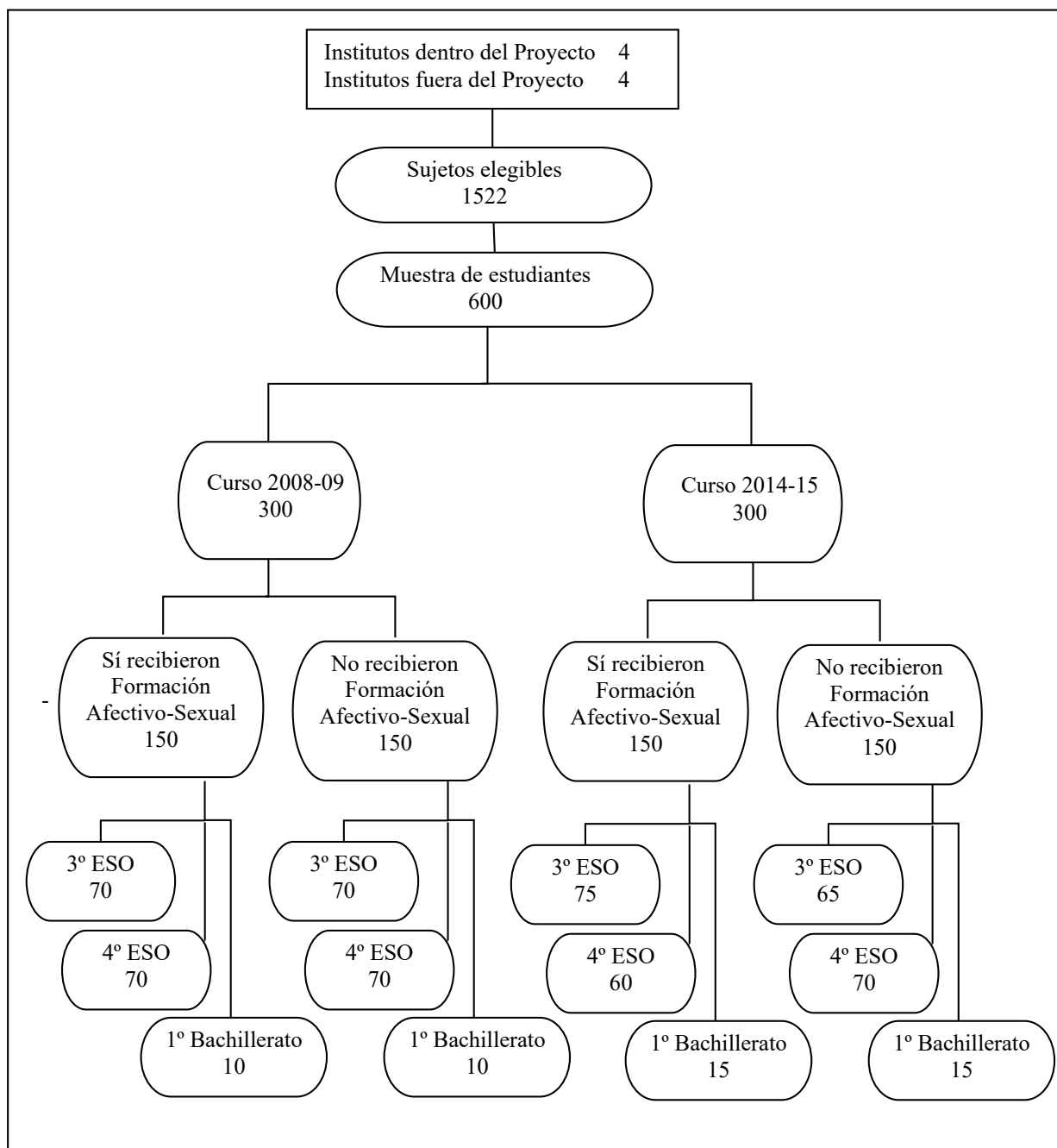


Figura 7: Diagrama de selección de la muestra.

En la Figura 9 se sitúan aproximadamente los municipios correspondientes en un mapa especificando su número de habitantes.



Figura 8 Municipios (número de habitantes) en los que están situados los institutos que componen la muestra, en rojo aparecen los que formaron parte del programa y en azul los que no.

6.4. Procedimiento y recogida de datos.

La información se obtiene a través de las respuestas aportadas por cada uno de los estudiantes al cuestionario, Anexo 7.

Los responsables de organizar y recoger las encuestas fueron siempre profesionales vinculados a cada uno de los centros, así se contó con el apoyo de los directores y jefes de estudio, además de los educadores sociales y el resto del personal docente. Todas las encuestas se realizaron en el horario habitual de clase como una actividad más de manera que los alumnos desconocían el día que se iba a llevar a cabo.

Las fechas de recogida de la información fueron los meses de mayo y junio en el año 2009 y durante los meses de noviembre y diciembre en el año 2014.

Se decidió excluir del estudio a los alumnos de 1º y 2º de la ESO por considerarles demasiado jóvenes como para aportar respuestas a algunas de las preguntas del cuestionario. Fueron también excluidos los estudiantes de 2º

de Bachillerato, por decisión de los centros, dada la cercanía de los exámenes de acceso a la universidad.

A los centros y a los educadores sociales se les envió la encuesta y una hoja de instrucciones (Anexo 8) como apoyo a los alumnos antes de cumplimentar los cuestionarios.

Para que las conclusiones obtenidas acerca de la promoción no se vieran afectadas por otros factores adicionales, se escogieron los mismos centros en ambas ocasiones, con una excepción ya que uno de los centros finalmente no pudo recoger la información en la segunda muestra. Sin embargo se debe mencionar que en los años transcurridos entre la promoción 2008-2009, algunos centros que impartían los cursos de formación afectivo-sexuales habían dejado de hacerlo en la promoción 2014-2015. También se han producido cambios en sentido contrario.

6.5. Variables

Las preguntas del cuestionario, enumeradas desde p1 hasta p30, representan 30 variables que se estructuran como aparecen en el Cuadro 14.

Las variables aparecen agrupadas por bloques temáticos según resulten ser explicativas de determinadas características o rasgos. Algunas, no obstante, pueden ser explicativas de más de un rasgo.

En el fichero de datos aparece una variable más, la variable que clasifica a los alumnos entre los que sí han recibido formación afectivo-sexual dentro del proyecto “¿Comenzar la casa por el tejado?” y los que no. Esta información se ha obtenido de los propios centros y ha sido facilitada previamente por los directores y los educadores sociales de los institutos.

En el encabezado del cuestionario se recoge la información del nombre del Instituto al que pertenece el alumno, el curso en el que está y la promoción,

(entendiendo por ello el año en que ha sido realizada la encuesta: en el curso 2008-09 o en el curso 2014-15).

RASGOS	Preguntas del cuestionario (Variables a analizar)
Perfil demográfico (Sexo y Edad)	P1, P2
Perfil formativo	P3, P4, P5
Bloque Afectivo-Sexual	
Conocimientos	P19, P20, P21, P22, P25
Búsqueda de Ayuda	P17, P18
Seguridad y autoestima	P8, P9, P10, P11
Sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos.	P15, P16, P23, P24, P26, P27, P30
Relaciones Dominantes o de Igualdad	P28, P29
Comunicación con el entorno	P6 y P7
Tolerancia con la diversidad	P12, P13, P14

Cuadro 14: Variables de Interés agrupadas por rasgos.

6.6. Análisis estadístico

Se llevará a cabo un análisis descriptivo de todas las variables resumiendo la información a través de la media o la desviación estándar, o de proporciones según se trate o no de variables cuantitativas o cualitativas respectivamente.

Asimismo se presentarán los gráficos más adecuados en cada uno de los casos.

Para analizar cada uno de los rasgos recogidos en el Cuadro 14 se utilizarán test de comparaciones de medias o de proporciones, según proceda.

El análisis univariante de la asociación entre dos variables cualitativas se puede llevar a cabo utilizando el conocido test de la chi-cuadrado. Las situaciones con respuesta dicotómica se modelizan habitualmente utilizando modelos de regresión logística que suponen una importante ventaja sobre el test anterior, al permitir construir modelos multivariantes incluyendo variables independientes tanto de tipo cualitativo como continuo.

Sin embargo las suposiciones de esta metodología fallan en nuestro análisis porque los datos son correlados. Por tanto se decide utilizar los métodos de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE), Liang y Zeger (1986) para analizar posibles diferencias entre las distintas preguntas recogidas en el cuestionario, ajustando por sexo, formación, promoción y posibles interacciones entre ellos.

La metodología GEE es una extensión de los modelos lineales generalizados (GLM) para tratar los datos correlados y por tanto también se utiliza en este estudio cuando el objetivo sea analizar las diferencias entre variables de tipo cuantitativo.

Ejemplos de utilización con datos continuos pueden verse en Pardo y Pérez (2013) y en el caso dicotómico en Pérez et al (2015).

Aquellas variables que resulten significativas en estos modelos se representarán a través de un mapa de correspondencias simple (ACS). Se trata de una técnica descriptiva que permite representar en un gráfico de dos dimensiones las asociaciones entre las categorías de las variables. La principal ventaja de esta metodología es que resume gráficamente la información facilitando así su interpretación.

Por último hay que indicar que las herramientas informáticas utilizadas para el tratamiento estadístico de la base de datos han sido el paquete SPSS/PC+ (*Statistical Package for Social Sciences*), versión 22 y los paquetes GEE, Carey et al., (2012) y CA, Nenadic et al, (2007) de R

Todo lo expuesto en los puntos anteriores queda resumido en el Cuadro 15.

POBLACIÓN	Adolescentes de la Comunidad de Extremadura.
POBLACIÓN MUESTREADA	Estudiantes de 3º, 4º de la ESO y 1º de Bachillerato, de Institutos Públicos de varias poblaciones de Extremadura.
DISEÑO MUESTRAL	Estudio observacional de cohortes transversal, aleatorio por bloques
TAMAÑO MUESTRAL	600 individuos
MÉTODO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	Cuestionario relleno por los alumnos en las aulas
NÚMERO DE VARIABLES	31
RECOGIDA DE DATOS	Los educadores sociales de cada instituto - durante los meses de mayo y junio de 2009 - meses de noviembre y diciembre de 2014

Cuadro 15: Ficha técnica del estudio

7. Resultados

7.1. Análisis Descriptivo

7.1.1. Características demográficas

La Tabla 1 muestra la descripción del perfil general de los adolescentes de la muestra, separados por promoción.

Características	Global (n=600)	Promoción 2008-09 (n=300)	Promoción 2014-15 (n=300)
Edad, mediana [IQ], (años)	15 [14-16]	16 [15-16]	15 [14-15]
Sexo, mujeres (%)	54.9%	57.9%	53.2%
Curso (%) 3º ESO, 4º ESO, 1º Bachillerato	46.8, 44.8, 8.3	46.7, 46.7, 6.7	47, 43, 10

Tabla 1: Características demográficas de las dos promociones.

No se observan diferencias de edad, como ya era de esperar puesto que en ambos períodos se han seleccionado los mismos cursos. Debemos señalar que la muestra presenta un porcentaje ligeramente superior de mujeres (54.9%) que de hombres (45.1%) pero sin diferencias entre las dos promociones.

7.1.2. Valoración de los cursos de formación afectivo-sexuales recibidos dentro del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Una de las preguntas de especial interés en este estudio es conocer la opinión que tienen los estudiantes acerca de los cursos de formación afectivo-sexual recibidos dentro del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

El 50% de los estudiantes de la muestra ha recibido formación afectivo-sexual dentro del proyecto, de los cuales el 50% pertenecen a cada una de las dos promociones.

Dentro del grupo de los estudiantes que sí ha recibido formación afectivo-sexual, la mayoría ha recibido dos cursos de formación, Tabla 2.

Alumnos que han recibido formación afectivo-sexual	Nunca	Un curso	Dos cursos	Tres cursos	Cuatro cursos o más
Número n (%)	300 (50)	45 (7.5)	156 (26)	80 (13.3)	19 (3.2)

Tabla 2: Duración de los cursos de formación afectivo-sexual recibidos.

Según se observa en la Tabla 3 la valoración de los cursos recibidos es muy buena. Un 78% dan una nota de 7 o superior a su satisfacción con los cursos recibidos, en todos los casos la mediana es de 8 puntos. Además no se observan diferencias entre alumnos y alumnas.

P4. Valora tu satisfacción con esa formación de 0 a 10.				
Valoración de los cursos recibidos Escala [0,10]	Media	Desviación Estándar	Mediana	Intervalo intercuartílico
Global	7.33	1.954	8	[7-8]
Mujeres	7.42	1.866	8	[7-9]
Hombres	7.22	2.024	8	[7-8]

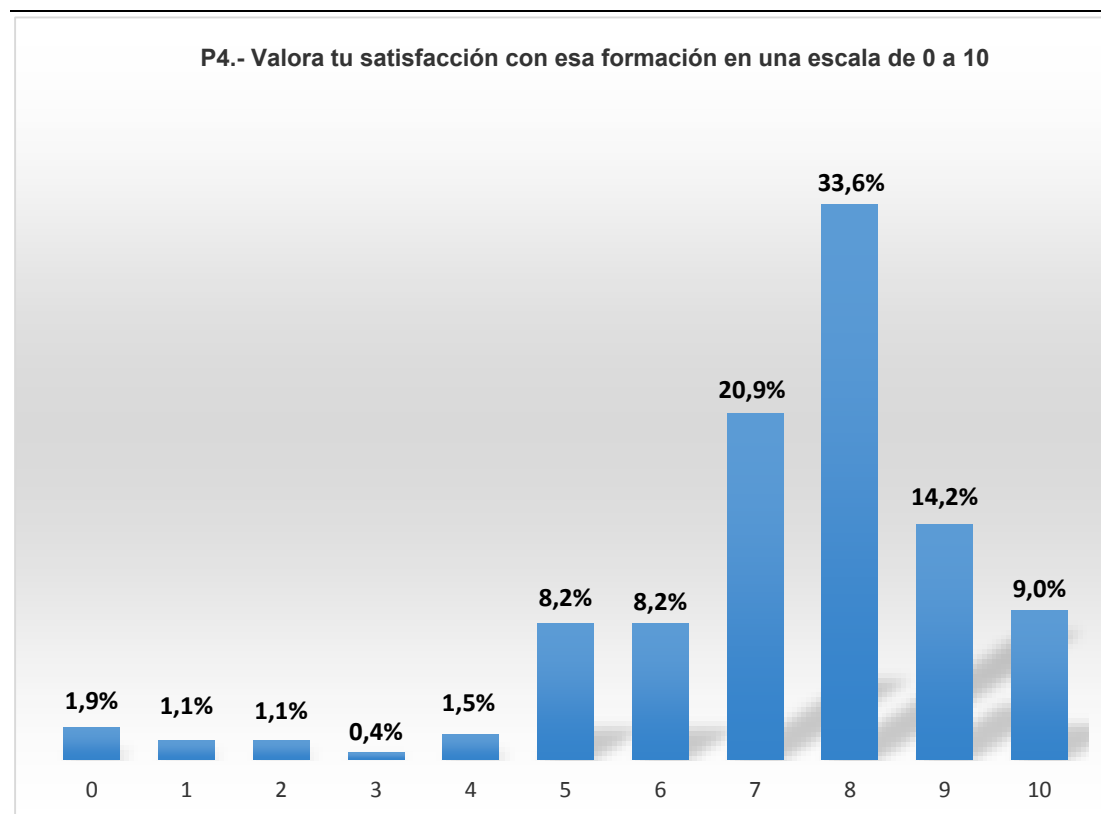


Tabla 3: Medidas estadísticas de la valoración de los cursos recibidos, separando por sexos.

Sobre la opinión de los estudiantes acerca de la utilidad de estos talleres de formación afectivo-sexual, Tabla 4, un gran porcentaje de ellos, el 85% afirman que les han resultado útiles, lo hayan puesto en práctica o no. Separados por promociones, el 88.5% de los adolescentes del 2008-09 afirman haber sacado utilidad de los cursos. Entre los de la promoción del 2014-15, este porcentaje es del 82%.

P5. Según cómo has afrontado tú el tema de la sexualidad, cuál ha sido la utilidad de estos talleres de formación afectivo-sexual.			
Respuestas	Promoción 2008-09	Promoción 2014-15	Total
	N=139	N=139	N=268
No me ha servido para nada.	11.5%	17.8%	14.6%
Me ha servido, aunque no siempre lo he puesto en práctica.	37.4%	42.6%	39.9%
Me ha sido muy útil	51.1%	39.5%	45.5%

Tabla 4: Distribución de las respuestas dadas a la pregunta **P5. Según cómo has afrontado tú el tema de la sexualidad, cuál ha sido la utilidad de estos talleres de formación afectivo-sexual.**

7.1.3. Bloque afectivo-sexual.

Conocimientos de anticonceptivos

La Tabla 5 muestra la distribución de respuestas dadas a las cuestiones relaciones con los conocimientos en materia sexual respecto a métodos anticonceptivos.

De ella se desprende que el 38.4% de los jóvenes consideran que las relaciones son más placenteras sin preservativo. Aproximadamente la misma cantidad, el 37.4%, afirma desconocerlo.

El 84% considera que el uso del preservativo es el método adecuado para los jóvenes en todas sus relaciones. También cuando se trata de pareja habitual, el 84.5% considera que el preservativo sigue siendo el método adecuado.

Sobre qué es la píldora del día después solo un 4% afirma no saberlo. Del resto, el 64% opina que es un remedio para emergencias, mientras que el 32% (la mitad que los anteriores) cree que es un método anticonceptivo como otros.

Cuestiones		Porcentaje
P19.- ¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?	Con preservativo	10,2%
	Sin preservativo	38,4%
	Igual de placenteras con y sin preservativo	14,0%
	No sabe/ no contesta	37,4%
P20.- Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes	En todas sus relaciones	84,3%
	En las relaciones esporádicas	9,8%
	Sólo para las relaciones con desconocidos	4,1%
	Nunca; es un obstáculo para la relación sexual.	1,9%
P22.- ¿Qué es la píldora del día después?	Un método anticonceptivo como otros.	32,0%
	Un remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias.	64,0%
	No lo sé.	4,0%
P25- Si tuvieras pareja habitual (más de dos meses, por ejemplo) crees que es adecuado usar:	La píldora.	8,8%
	El preservativo.	84,5%
	Métodos invasivos (por ejemplo el DIU).	2,4%
	Otros (marcha atrás, método Ogino).	1,9%
	Ninguno.	2,4%

Tabla 5: Distribución de respuestas dadas a las cuestiones relacionadas con los conocimientos de métodos anticonceptivos. N=600.

Búsqueda de Ayuda.

Se ha preguntado a los adolescentes en quién se apoyarían en caso de necesidad ante un embarazo y se contabiliza que buscarían apoyo en los padres el 57% de las alumnas y el 64.3% de los alumnos, Tabla 6.

Cuestiones		n	Porcentaje
P17.- (Sólo alumnas) Estás embarazada ¿A quién recurres?	A nadie	1	0.3%
	A mi pareja	64	19.4%
	A mis amigos/as	64	19.4%
	A mis padres	188	57.0%
	A otros ¿Quién? ..	13	3.9%
P18.- (Sólo alumnos) Tu pareja está embarazada ¿A quién recurres?	A nadie	14	5.3%
	A mis amigos/as	50	18.8%
	A mis padres	171	64.3%
	A otros ¿Quién? ...	31	11.7%

Tabla 6: Distribución de respuestas dadas a las cuestiones relativas a la búsqueda de ayuda.

Seguridad y autoestima de los adolescentes

En la Tabla 7 se presenta la distribución de respuestas dadas a las preguntas relacionadas con la seguridad y autoestima de los adolescentes.

Cuestiones	Porcentaje	
P8. ¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?	Edadaños	20,5%
	En la primera oportunidad	9,6%
	Cuando yo decida que estoy preparado	65,0%
	No sabe/ no contesta	4,9%
P9.- ¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?	Me preocupa (me preocupaba).	5,4%
	Estoy (estaba) impaciente porque llegue (llegara) la ocasión.	9,9%
	Estoy (estaba) tranquilo: Ya llegará.	74,1%
	No sabe/ no contesta	10,6%
P10.- Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?	No necesariamente. Yo lo haré cuando yo quiera o pueda.	81,2%
	Sí, porque no quiero quedarme atrasado o descolgado del grupo.	2,0%
	No me lo planteo; ya las he tenido.	16,8%
P11.- ¿Por qué querías (o quieres) iniciarte en las relaciones sexuales?	Todos lo hacen. Es lo natural.	32,9%
	No quiero ser el único que no pruebe.	2,6%
	Me apetece.	40,2%
	Tengo la edad en que se mantienen.	7,3%
	Otros motivos	16,9%

Tabla 7: Distribución de respuestas a las cuestiones relaciones con la seguridad y autoestima de los adolescentes. N=600.

De esta información se puede resumir que ante el inicio de las relaciones sexuales la mayoría, el 65%, responde que no existe una edad concreta para

ello, en su opinión el momento apropiado no llega hasta que uno se siente preparado. El 15.3% se muestra preocupado o impaciente por no haber tenido relaciones sexuales. Un 81.2% consideran que aunque sus amigos ya hayan tenido experiencias sexuales ellos no tienen por qué tenerlas. El motivo fundamental por el que se iniciarían en las relaciones sexuales es “porque les apetece”, 40% de las respuestas.

Llama la atención en este punto que el 17% de la muestra reconoce haber tenido ya relaciones sexuales.

Sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos.

Todos manifiestan una enorme preocupación a ser contagiados de una enfermedad de transmisión sexual, Sida o a la posibilidad de un embarazo. Además y como puede apreciarse en la Tabla 8, las puntuaciones medias a estas tres preguntas son muy elevadas especialmente a un posible contagio de SIDA.

P15.- Valora de 0 a 10 tu preocupación o miedo por:			
	Media	Desviación Estándar	Percentiles (P25,P75)
Valora tu preocupación por ser contagiado de una enfermedad de transmisión sexual	8.4	2.52	(8, 10)
Valora tu preocupación por ser infectado de SIDA	8.8	2.4	(9, 10)
Valora tu preocupación por un embarazo (tú o tu pareja)	8.5	2.3	(8, 10)

Tabla 8: Medidas estadísticas de las respuestas dadas al miedo a ser contagiado de alguna enfermedad de transmisión sexual, o ser contagiado de SIDA, o a un embarazo.

En cuanto a su conocimiento de las conductas de riesgo, puede apreciarse en la Tabla 8, que son conscientes de los riesgos que tiene practicar sexo sin protección ya que el 88.6% de los alumnos encuestados afirma que no usar anticonceptivos puede conllevar un probable o muy probable embarazo. El

77.4% dice que no usar preservativo puede conllevar contagio de Sida o alguna enfermedad de transmisión sexual.

El 59.6% reconoce ser consciente también del riesgo de contagio cuando se relacionan con personas poco conocidas sin tomar precauciones.

Para el 43% un embarazo sería el mayor problema al que hayan tenido que enfrentarse.

Cuestiones		Porcentaje
P16.- Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es:	Un inconveniente.	14.3%
	¡Qué mala suerte he tenido!	10.2%
	El mayor problema al que hayas tenido que enfrentarte.	43.1%
	A mí no me pasará.	13.4%
	No sabe/ no contesta	18.8%
P23.- Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es:	Muy remota	4.7%
	Poco probable	6.6%
	Probable	50.3%
	Muy probable	38.3%
P24.- Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es:	Muy remota	4.4%
	Poco probable	18.3%
	Probable	51.3%
	Muy probable	26.1%
P26.- Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?	Cine y relaciones sin preservativo.	11.8
	Cine, sin relaciones.	29.7
	Paseo y preservativo.	58.5
P27.- Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?	Sí.	59.6%
	No.	15.4%
	No sabe/ no contesta.	25.0%
P30.- ¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?	Ninguno. Llegado el caso, el aborto es la solución.	6.4
	Coste medio. Es la solución a un problema.	10.3
	Coste alto. Hay que evitar llegar a estar en esta situación.	62.3
	No sabe/ no contesta.	21.0

Tabla 9: Distribución de respuestas dadas a cuestiones relacionadas con el conocimiento de las conductas de riesgo y su actitud ante ellos. N=600.

Relaciones Dominantes o de Igualdad

En la Tabla 10 se presentan las respuestas dadas a las cuestiones relacionadas con la aceptación o no de la voluntad de la pareja, o a la imposición de la propia voluntad.

La gran mayoría es consciente de la importancia del uso de medidas anticonceptivas. Si hipotéticamente se encontraran en un momento de relaciones íntimas con una pareja, sin medidas de protección hay un 70.8% que estaría dispuesto a dejarlo para otra ocasión si es que la pareja no quiere correr riesgos; mientras que un 17.6% intentaría convencer al otro para seguir adelante.

A la inversa, si es el otro el que está dispuesto a correr riesgos hay un 66.3% que aun así no se arriesgaría aunque se lo pidiera su pareja, pero un 13.9% lo aceptaría.

Cuestiones		Porcentaje
P28.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. El otro quiere dejarlo, pero tú insistes en continuar:	Intentas convencerlo a toda costa.	8.9%
	Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente.	8.7%
	Aceptas dejarlo para otra ocasión.	70.8%
	No sabe/ no contesta	11.6%
P29.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar:	Te mantienes firme en tu negativa.	66.3%
	Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente.	9.9%
	Aceptas continuar.	13.9%
	No sabe/ no contesta.	9.9%

Tabla 10: Distribución de respuestas dadas a cuestiones relacionadas con la aceptación de la voluntad de la pareja. N=600.

7.1.4. Comunicación en temas afectivo-sexuales con su entorno

En este apartado vamos a analizar las respuestas de los alumnos encuestados a las preguntas que componen el rasgo de comunicación con el entorno.

Puede observarse en la Tabla 11 que la comunicación con los padres y los profesores no es fluida. El 43.7% de los jóvenes encuestados afirman no hablar nunca en familia de temas sexuales. De hecho cuando se les pide que valoren de 0 (muy mala) a 10 (excelente) la comunicación con su padre y con su madre, los resultados medios en ambos casos son inferiores al 5, aunque significativamente superiores los otorgados a las madres (3.9 para las madres frente a 2.6 para los padres). El 72.4% de los adolescentes proporciona puntuaciones inferiores a 5 en la valoración de la comunicación con el padre. Y el 54.2% puntúan por debajo de 5 a la comunicación con la madre. Al valorar a los profesores, el 67% no llega al 5 y su puntuación media es de 2.8, similar a la de los padres.

Por ello se puede considerar que la comunicación en temas afectivos sexuales con los adultos se encuentra en niveles claramente inferiores a los recomendados. Se comprueba sin embargo que las puntuaciones medias que otorgan a la comunicación con sus amigos es muy alta (8.3 de media).

Cuestiones		Media	Desviación Estándar
P6.- Valora de 0 a 10 tu comunicación en temas afectivo-sexuales con	Los amigos	8.3	2.1
	Los profesores/tutores	2.8	2.8
	Tu padre	2.6	2.9
	Tu madre	3.9	3.3

Respuestas	Amigos	Profesores	Padre	Madre
0	1.0%	36.0%	42.4%	26.6%
1	0.8%	7.5%	7.6%	6.9%
2	1.0%	8.8%	6.8%	6.4%
3	1.5%	7.6%	8.1%	7.5%
4	2.2%	7.1%	7.5%	6.8%
5	5.0%	12.7%	10.0%	11.9%
6	4.9%	7.8%	4.4%	9.3%
7	9%	6.3%	5.6%	6.6%
8	14.4%	3.4%	2.7%	7.8%
9	20.1%	2.0%	2.4%	4.7%
10	40%	0.7%	2.5%	5.4%

P7.- ¿Cómo es la comunicación con tus padres en cuanto a temas sexuales?	Nunca hablo con ellos de estos temas	43.7%
	Sólo recorro a ellos en caso de tener problemas (embarazo, rotura de un preservativo, etc.)	4.8%
	Algunas veces hago algún comentario, pero sobre cosas que le ocurre a algún amigo/a	32.5%
	En casa se aborda el tema de manera natural.	19.0%

Tabla 11: Distribución de respuestas dadas a las cuestiones relacionadas con la comunicación con el entorno. N=600.

7.1.5. Tolerancia con la homosexualidad.

En este apartado se van a analizar las respuestas de los estudiantes a las preguntas que componen el rasgo de Tolerancia con la homosexualidad. En la Tabla 12 se presenta la distribución de respuestas dadas a las cuestiones relacionadas con la homosexualidad.

Aunque la cuantificación de esa intolerancia es distinta según el grado de amistad; si el amigo lo confiesa, un 10.9% no lo toleraría, mientras que en caso

de relaciones menos estrechas, cuando no hay confianzas sino sospechas ante la homosexualidad de otros, la cifra se eleva al 20.6%.

La idea que tienen sobre la tolerancia de sus amigos es también escasa o ambigua. Un 15,6% cree que él sería rechazado por sus amigos si fuera homosexual. Y del resto, cerca de la mitad tienen dudas.

Cuestiones		Porcentaje
P12.- Un amigo te confiesa que es homosexual	Dejas de ser su amigo.	4,7%
	Decides alejarte poco a poco de él.	6,2%
	Te es indiferente.	8,1%
	Te es indiferente, pero te preocupa que otros le rechacen.	16,8%
	No te importa. Vuestra amistad no se verá afectada por ello.	64,3%
P13.- ¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?	Sí	15,6%
	No	45,6%
	No sabe / No contesta	38,8%
P14. Es posible que uno de tus amigos sea homosexual:	No te importa.	35,0%
	Prefiero no saberlo.	17,6%
	Intentare hablar con él por si necesita algo.	29,3%
	Si lo es realmente, dejaré de ser su amigo.	3,0%
	No sabe/ no contesta.	15,1%

Tabla 12: Distribución de respuestas dadas a las cuestiones relaciones con la tolerancia con la homosexualidad. N=600.

7.2. Identificación de los factores que influyen sobre los distintos rasgos.

7.2.1. Bloque afectivo-sexual.

Hay que recordar que el objetivo principal de este trabajo es identificar las deficiencias que presentan los adolescentes de la Comunidad de Extremadura en sus conocimientos y actitudes afectivo-sexuales y los factores que puedan marcar diferencias.

En este apartado se va a analizar por tanto, la preparación de los adolescentes e identificar en qué puntos concretos presenta carencias. Para ello se consideran

las variables p8, p9, p10, p16, p19, p20, p22, p23, p24, p25, p26, p27, p28, p29, p30 que engloban el conjunto de conocimientos y actitudes afectivo-sexuales. En este análisis se han recodificado todas las variables para agrupar las distintas respuestas en dos categorías, “Respuesta adecuada” o “Respuesta inadecuada”, puede consultarse cómo han sido recodificadas cada una de estas preguntas en el Anexo 9.

Se utiliza el modelo multivariante de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE) para determinar posibles diferencias; e interpretar si son debidas a alguno de los factores sexo, curso, haber recibido formación afectivo-sexual o no y la promoción a la que pertenecen.

Se observa en la Tabla 13 que los factores pregunta, sexo y promoción son significativos. También lo son las interacciones de Pregunta*Sexo y Pregunta*Promoción.

Variable	Grados de libertad	Chi-cuadrado	p-valor
Pregunta	15	1307	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Sexo (Hombre o Mujer)	1	158	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Curso (3ºESO-4ºESO-1ºBach)	2	1	0.712
Promoción (2009-10 o 2014-15)	1	25	5.7×10^{-07} ***
Formación (Si o No)	1	1	0.380
Pregunta*Sexo	14	86	2.2×10^{-12} ***
Pregunta*Promoción	14	34	0.002 **

Tabla 13: Resultado del Análisis Multivariante GEE para las preguntas del bloque afectivo-sexual.

El primer resultado relevante que se obtiene es que no resulta significativa la formación, lo que se traduce en que las diferencias de actitud o de conocimientos de los estudiantes no son debidos al hecho de haber recibido o no formación afectivo-sexual.

Es un resultado de gran trascendencia cuya primera consecuencia en nuestro estudio es que en los análisis y tratamientos sucesivos el factor formación no será tendido en cuenta.

Los factores influyentes serán aquellos que han resultado significativos. A continuación el objetivo será valorar en qué medida son influyentes, con qué importancia, con qué repercusión, qué significa y cómo se interpreta.

Ahora bien, puesto que también resultan significativas las interacciones entre factores, los efectos principales no pueden interpretarse directamente y por tanto se va a realizar un análisis por subgrupos resultado de dividir según sexo y promoción. Los cuatro subgrupos son Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

La Tabla 14 presenta los porcentajes de Respuesta Adecuada de cada una de las preguntas del bloque afectivo-sexual, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-9 y Hombre 2014-15.

Variable	Mujer 2008-09	Mujer 2014-15	Hombre 2008-09	Hombre 2014-15
P08	89.0	74.4	41.7	42.7
P09	82.1	76.3	65.4	67.1
P10	82.7	87.8	74.8	75.5
P16	56.6	44.2	39.4	25.9
P19	14.5	14.1	15.7	11.2
P20	91.9	85.9	85.0	67.8
P22	79.8	56.4	59.1	55.2
P23	94.8	91.0	78.0	82.5
P24	89.0	76.3	73.2	65.7
P25	92.5	78.2	84.3	75.5
P26	92.5	88.5	88.2	74.8
P27	71.7	62.8	53.5	46.9
P28	82.1	74.4	61.4	59.4
P29	85.5	77.6	42.5	46.9
P30	73.4	64.1	52.8	53.1

Tabla 14: Tabla de Porcentajes de Respuesta Adecuada a las preguntas del bloque afectivo-sexual, separado en cada uno de los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

Las Tablas 15 a 18, presentan los valores de los estimadores obtenidos para cada uno de estos subgrupos así como los Odds y sus correspondientes IC al 95%.

Cuando el IC95% contiene al cero se considera que la respuesta adecuada se desconoce. En cada pregunta, un valor positivo significa que los adolescentes sí conocen la respuesta adecuada, cuanto mayor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden adecuadamente. Un valor negativo significa que los adolescentes están equivocados respecto a cuál es la respuesta correcta, cuanto menor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden equivocadamente.

Mujeres 2008-09

Pregunta	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	Odds	IC95%(Odds)
p08	2.256	0.261	74.80	< 2x10 ⁻¹⁶ ***	9.54	(5.72-15.92)
p09	1.522	0.198	58.93	1.6 x10 ⁻¹⁴ ***	4.58	(3.11-6.75)
p10	1.596	0.204	61.40	4.7 x10 ⁻¹⁵ ***	4.93	(3.31-7.36)
p16	0.281	0.154	3.33	0.068	1.32	(0.98-1.79)
p19	-1.747	0.216	65.39	6.7 x10 ⁻¹⁶ ***	0.17	(0.11-0.27)
p20	2.506	0.289	75.22	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	12.26	(6.96-21.59)
p22	1.402	0.192	53.56	2.5 x10 ⁻¹³ ***	4.06	(2.79-5.92)
p23	2.903	0.342	71.88	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	18.23	(9.32-35.63)
p24	2.093	0.243	74.06	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	8.11	(5.04-13.06)
p25	2.684	0.313	73.32	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	14.64	(7.93-27.04)
p26	2.889	0.346	69.88	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	17.98	(9.12-35.42)
p27	0.928	0.169	30.28	3.7 x10 ⁻⁰⁸ ***	2.53	(1.82-3.52)
p28	1.556	0.201	59.87	1.0 x10 ⁻¹⁶ ***	4.74	(3.20-7.03)
p29	1.908	0.229	69.67	< 2 x10 ⁻¹⁶ ***	6.74	(4.30-10.56)
p30	1.016	0.172	34.83	3.6 x10 ⁻⁰⁹ ***	2.76	(1.97-3.87)

Tabla 15: Coeficientes estimados obtenidos para cada pregunta del bloque afectivo-sexual, utilizando el modelo GEE, junto con los Odds y sus IC95%, para el Subgrupo Mujeres 2008-09.

Mujeres 2014-15

Pregunta	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	Odds	IC95%(Odds)
p08	1.116	0.184	36.81	1.3x10 ⁻⁰⁹ ***	3.05	(2.13-4.38)
p09	1.224	0.193	40.40	2.1x10 ⁻¹⁰ ***	3.40	(2.33-4.96)
p10	2.027	0.250	65.72	5.6 x10 ⁻¹⁶ ***	7.59	(4.65-12.39)
p16	-0.194	0.163	1.42	0.23374	0.82	(0.60-1.13)
p19	-1.795	0.233	59.46	1.3 x10 ⁻¹⁴ ***	0.17	(0.11-0.26)
p20	1.843	0.233	62.27	3.0 x10 ⁻¹⁵ ***	6.32	(4.00-9.97)
p22	0.280	0.163	2.94	0.08618.	1.32	(0.96-1.82)
p23	2.631	0.322	66.62	3.3x10 ⁻¹⁶ ***	13.89	(7.39-26.10)
p24	1.195	0.191	39.34	3.6 x10 ⁻¹⁰ ***	3.30	(2.27-4.80)
p25	1.495	0.212	49.94	1.6 x10 ⁻¹² ***	4.46	(2.94-6.76)
p26	2.272	0.276	67.81	2.2 x10 ⁻¹⁶ ***	9.70	(5.65-16.66)
p27	0.523	0.164	10.20	0.00140 **	1.69	(1.22-2.33)
p28	1.087	0.184	34.80	3.7 x10 ⁻⁰⁹ ***	2.97	(2.07-4.25)
p29	1.347	0.195	47.75	4.9 x10 ⁻¹² ***	3.85	(2.62-5.64)
p30	0.616	0.172	12.88	0.00033 ***	1.85	(1.32-2.59)

Tabla 16: Coeficientes estimados obtenidos para cada pregunta del bloque afectivo-sexual, utilizando el modelo GEE, junto con los Odds y sus IC95% para el Subgrupo Mujeres 2014-15.

Hombres 2008-09

Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	Odds	IC95%(Odds)
p08	-0.324	0.181	3.23	0.07238	0.72	(0.51-1.03)
p09	0.649	0.188	11.97	0.00054 ***	1.91	(1.32-2.77)
p10	1.088	0.204	28.34	1.0 x10 ⁻⁰⁷ ***	2.97	(1.99-4.43)
p16	-0.385	0.184	4.41	0.03582*	0.68	(0.47-0.98)
p19	-1.671	0.244	46.76	8.0 x10 ⁻¹² ***	0.19	(0.12-0.30)
p20	1.914	0.268	50.82	1.0 x10 ⁻¹² ***	6.78	(4.01-11.46)
p22	0.383	0.181	4.45	0.03490*	1.47	(1.03-2.09)
p23	1.402	0.226	38.59	5.2 x10 ⁻¹⁰ ***	4.06	(2.61-6.33)
p24	1.036	0.203	26.15	3.2 x10 ⁻⁰⁷ ***	2.82	(1.89-4.19)
p25	1.729	0.249	48.22	3.8 x10 ⁻¹² ***	5.64	(3.46-9.18)
p26	2.244	0.306	53.77	2.3 x10 ⁻¹³ ***	9.43	(5.18-17.18)
p27	0.142	0.178	0.64	0.42490	1.15	(0.81-1.63)
p28	0.465	0.182	6.50	0.01076*	1.59	(1.11-2.27)
p29	-0.301	0.179	2.82	0.09303	0.74	(0.52-1.05)
p30	0.122	0.179	0.47	0.49452	1.13	(0.80-1.60)

Tabla 17: Coeficientes estimados obtenidos para cada pregunta del bloque afectivo-sexual, utilizando el modelo GEE, junto con los Odds y sus IC95%, para el Subgrupo Hombres 2008-09.

Hombres 2014-15

Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	Odds	IC95%(Odds)
p08	-0.275	0.170	2.61	0.10620	0.76	(0.54-1.06)
p09	0.735	0.179	16.80	4.2 x10 ⁻⁰⁵ ***	2.09	(1.47-2.96)
p10	1.182	0.199	35.45	2.6 x10 ⁻⁰⁹ ***	3.26	(2.21-4.82)
p16	-1.038	0.192	29.27	6.3 x10 ⁻⁰⁸ ***	0.35	(0.24-0.52)
p19	-2.065	0.266	60.43	7.7 x10 ⁻¹⁵ ***	0.13	(0.08-0.21)
p20	0.807	0.183	19.53	9.9 x10 ⁻⁰⁶ ***	2.24	(1.57-3.21)
p22	0.226	0.169	1.79	0.18087	1.25	(0.90-1.75)
p23	1.594	0.224	50.59	1.1 x10 ⁻¹² ***	4.92	(3.17-7.64)
p24	0.688	0.178	14.87	0.00012 ***	1.99	(1.40-2.82)
p25	1.153	0.196	34.48	4.3 x10 ⁻⁰⁹ ***	3.17	(2.16-4.65)
p26	1.152	0.197	34.08	5.3 x10 ⁻⁰⁹ ***	3.16	(2.15-4.66)
p27	-0.126	0.168	0.57	0.45198	0.88	(0.63-1.23)
p28	0.420	0.172	5.97	0.01457 *	1.52	(1.09-2.13)
p29	-0.076	0.170	0.20	0.65402	0.93	(0.66-1.29)
p30	0.154	0.169	0.83	0.36125	1.17	(0.84-1.62)

Tabla 18: Coeficientes estimados obtenidos para cada pregunta del bloque afectivo-sexual, utilizando el modelo GEE, junto con los Odds y sus IC95%, para el Subgrupo Hombres 2014-15

Esta información aparece representada en la Figura 9

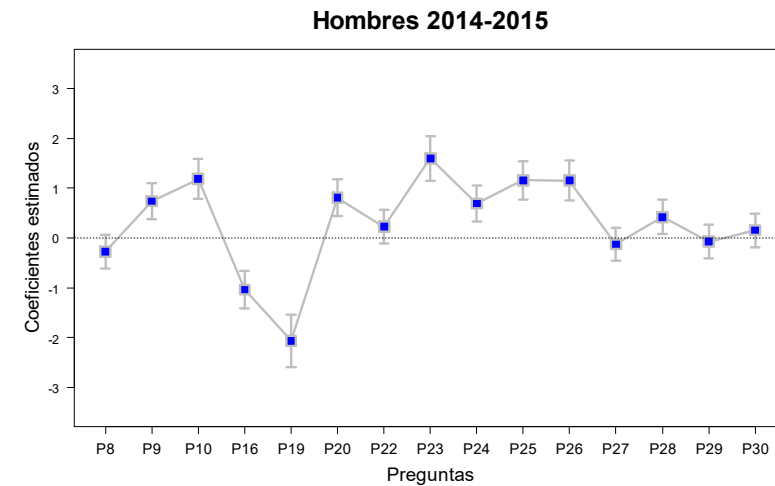
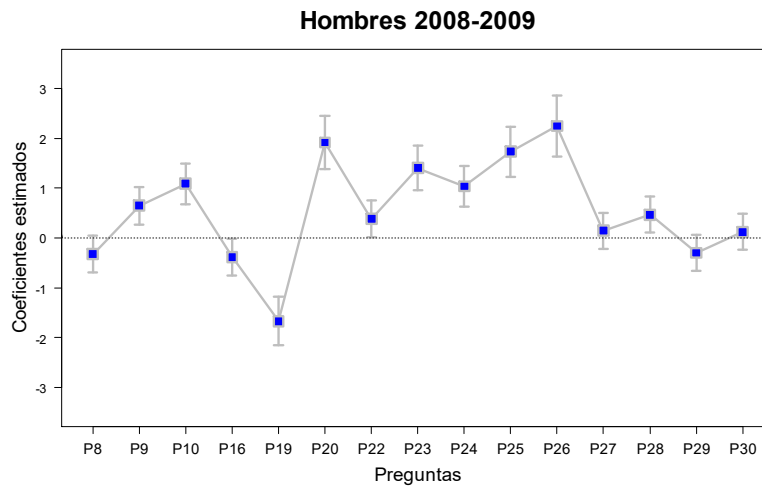
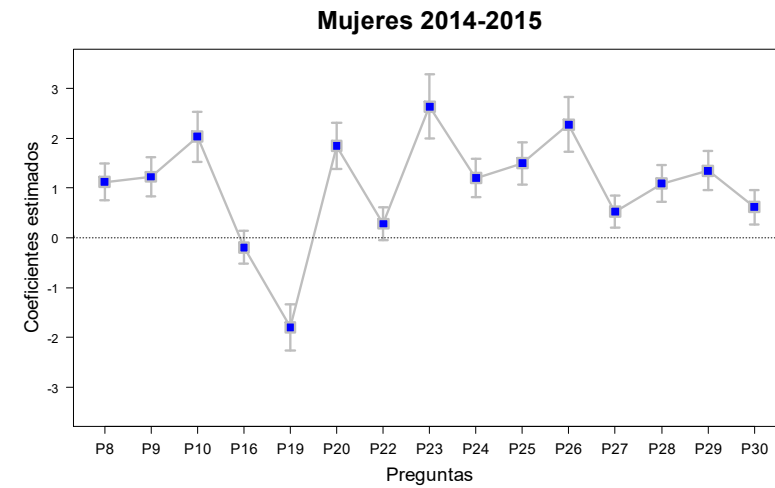
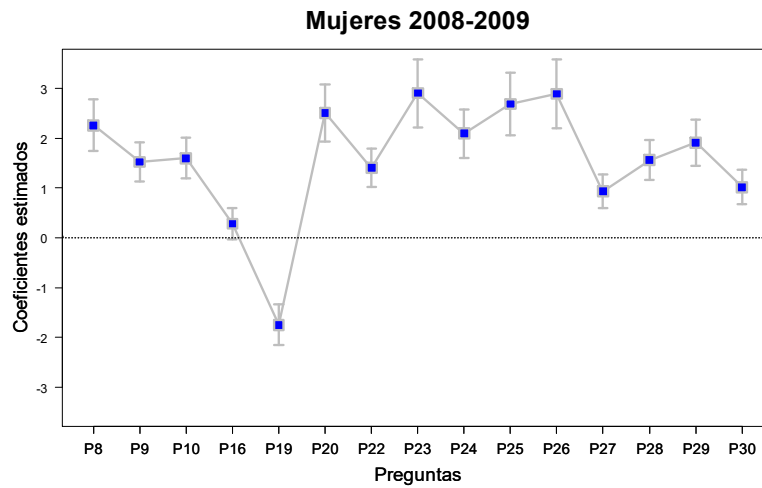


Figura 9: Coeficientes estimados obtenidos para cada pregunta del bloque afectivo-sexual, utilizando el modelo GEE, separados por sexo y promoción, junto con sus IC95%. Cuando el IC95% contiene al cero se considera que la respuesta adecuada se desconoce. En cada pregunta, un valor positivo significa que los adolescentes sí conocen la respuesta adecuada, cuanto mayor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden adecuadamente. Un valor negativo significa que los adolescentes están equivocados respecto a cuál es la respuesta correcta, cuanto menor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden equivocadamente.

Esta representación gráfica, Figura 9, permite identificar con mayor claridad los puntos débiles en los conocimientos y las actitudes de los adolescentes.

Para interpretarlo adecuadamente hay que comprobar, en cada pregunta, si el IC95% contiene o no al cero. Cuando el IC95% contiene al cero significa que los porcentajes de jóvenes que responden adecuadamente y los porcentajes de los que responden de manera inadecuada son similares. Y por tanto, globalmente los jóvenes no saben responder a esa pregunta.

Un valor positivo del estimador significa que el porcentaje de adolescentes que dan la respuesta adecuada a esa pregunta es mayor que el porcentaje de los que dan la respuesta inadecuada y por tanto, esa es una cuestión conocida adecuadamente por la mayoría de los jóvenes. Cuanto mayor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden adecuadamente.

Análogamente, un valor negativo del estimador significa que los adolescentes están equivocados respecto a cuál es la respuesta correcta, cuanto menor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden equivocadamente.

De acuerdo a estos criterios una observación minuciosa de la Figura 9 nos permite extraer una serie de consideraciones identificando los puntos destacados de la formación afectivo-sexual de los jóvenes, ya sea por el desconocimiento o por el descenso que se produce entre las dos promociones 2008-09 y 2014-15. Se irán analizando estas preguntas destacadas dentro de cada rasgo al que pertenezcan.

Paralelamente, cada una de estas preguntas destacadas se representará mediante un Análisis de Correspondencia Simple (ACS). Para ello se abandona la respuesta dicotómica (Respuesta Adecuada/Respuesta Inadecuada) volviendo a considerarse todas las opciones posibles de respuesta a la pregunta. Se crea una nueva variable que es la combinación de sexo y promoción que tiene cuatro niveles, mujeres y hombres de cada una de las dos promociones y que se abreviarán por M-2008, M-2014, H-2008 y H-2014.

Se ha comprobado que existe asociación de la variable combinación de sexo y promoción con todas las preguntas del bloque afectivo sexual (test de la chi cuadrado estadísticamente significativo para $p < 0.05$) excepto con la pregunta 19 “¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?”.

Los mapas de aquellas variables que por su falta de interés no se representan en el desarrollo del trabajo se encuentran recopilados en el Anexo 9.

Conocimientos de anticonceptivos

En el rasgo de conocimientos en materia sexual de métodos anticonceptivos están incluidas cuatro preguntas del cuestionario, que van a analizarse secuencialmente.

Lo más llamativo aparece en la pregunta 19 “¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?” para la que el valor del estimador es siempre negativo (es decir está situado por debajo del eje en los cuatro gráficos de la Figura 9).

Lo que significa que independientemente del subgrupo, en todos los casos, el porcentaje de los jóvenes que dan la respuesta inadecuada es mucho mayor que los que dan la respuesta adecuada. Por ejemplo, en el caso del subgrupo de hombres de la promoción 2014-15, el Odds vale 0.13; y su inverso $1/0.13$ es 7.7, casi 8; luego se puede afirmar que se obtiene una respuesta adecuada por cada 8 inadecuadas. Es decir en proporción 1 a 8.

En efecto, al reconsiderar de nuevo todas las opciones de respuesta a la pregunta, se comprueba que la variable combinación de sexo y promoción no marca diferencias estadísticamente significativas (para $p < 0.05$ con el test de la chi cuadrado).

La Tabla 19 refleja la distribución de respuestas a la pregunta p19 “¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

P19.- ¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?				
	Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
Con preservativo	10.7%	6.5%	11.1%	12.7%
Sin preservativo	26.0%	36.4%	45.2%	49.3%
Igual de placenteras con y sin preservativo	14.8%	14.3%	15.9%	11.3%
No sabe/ no contesta	48.5%	42.9%	27.8%	26.8%

Tabla 19: Porcentaje de respuestas a la pregunta 19 “Cómo son más placenteras las relaciones sexuales”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

En la Figura 10 aparece representado el mapa obtenido mediante el Análisis de Correspondencias Simple (ACS) para esta pregunta. La lectura de estos mapas debe tener consideración de la cercanía entre los cuatro niveles de la variable Combinación y las categorías de la pregunta concreta.

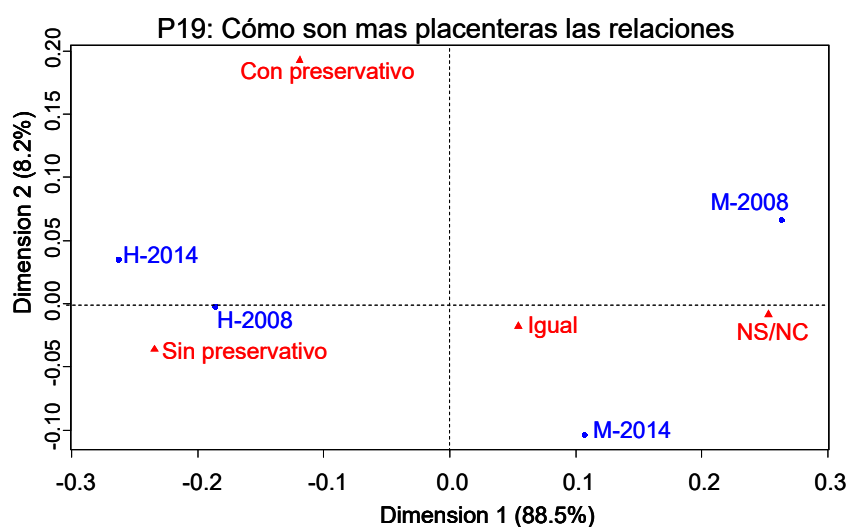


Figura 10: Análisis de Correspondencia Simple para las preguntas p19 “Cómo son más placenteras las relaciones sexuales” y la variable combinación de sexo y promoción.

Como era de esperar no hay asociación. Puede comprobarse que ningún subgrupo está especialmente cerca de la respuesta adecuada. Mayoritariamente los hombres contestaron “Sin preservativo”, mientras que las mujeres optaron en su mayoría por “No sabe”.

En definitiva, la pregunta p19 es un concepto mal aprendido, con creencias erróneas sobre él.

En el extremo opuesto se encuentra la pregunta p20 “Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes” que se sitúa por encima del eje en los cuatro gráficos de la Figura 9 puesto que el valor del estimador es positivo en los cuatro subgrupos.

Significa por tanto que la competencia está adquirida; no obstante se observa una bajada en la promoción del 2014-15 respecto a la promoción 2008-09.

La distribución de respuestas a estas preguntas, en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15, se presenta en la Tabla 20.

		Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
P20.- Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes	En todas sus relaciones	92.4%	86.5%	87.1%	69.3%
	En las relaciones esporádicas	5.2%	7.1%	8.1%	20.0%
	Sólo para las relaciones con desconocidos	2.3%	2.6%	3.2%	8.6%
	Nunca; es un obstáculo para la relación sexual.	0.0%	3.9%	1.6%	2.1%

Tabla 20: Porcentaje de respuestas a las preguntas **p20 “Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes”** en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

Se representa en la Figura 11 el mapa correspondiente al Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta p20 “Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes”.

Es evidente también en el mapa el empeoramiento entre promociones tanto en el grupo de hombres como de mujeres. Nótese cómo se alejan M-2014 y H-2014 de la respuesta “En todas sus relaciones” respecto a las posiciones de M-2008 y H-2008.

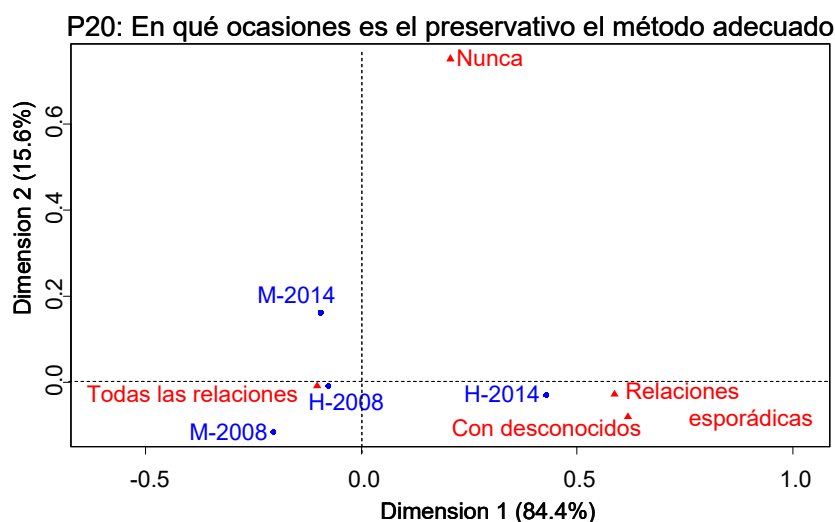


Figura 11: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta p20 “Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes” y la variable combinación de sexo y promoción

Respecto a la pregunta p22 “¿Qué es la píldora del día después?” sorprende el acusado descenso de respuestas apropiadas en el grupo de las alumnas, en efecto el Odds del estimador del análisis multivariante disminuye de 4.06 IC95% (2.79, 5.92) en la promoción 2008-09 a 1.32 IC95% (0.96, 1.82) en 2014-15. Es decir, mientras en 2008-09 la relación entre las estudiantes que conocen la respuesta adecuada y las que no la conocen era de 4 a 1, la relación cambia en 2014-15 siendo de 1 a 1.

La distribución de respuestas a la pregunta 22 “¿Qué es la píldora del día después?”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15, se presenta en la Tabla 21 y en la Figura 13 se representa el mapa correspondiente al ACS.

P22.- ¿Qué es la píldora del día después?				
	Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
Un método anticonceptivo como otros.	19.2	35.7	36.5	39.4
Un remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias	80.2	57.1	59.5	55.6
No lo sé.	0.6	7.1	4.0	4.9

Tabla 21: Porcentaje de respuestas a la pregunta p22 “¿Qué es la píldora del día después?”, separado en los cuatro subgrupos.

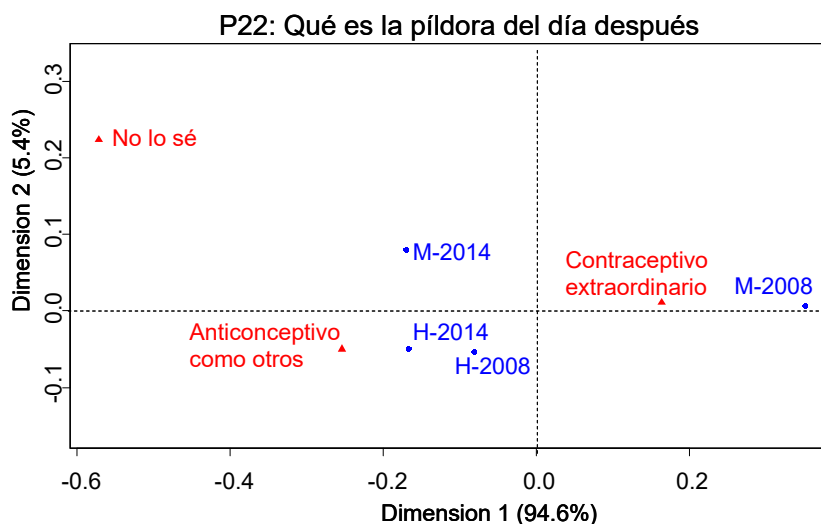


Figura 12: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta p22 “Qué es la píldora del día después” y la variable combinación de sexo y promoción

Se aprecia fácilmente en el mapa que mientras en 2008-09 las alumnas estaban claramente posicionadas en la respuesta “un contraceptivo para situaciones extraordinarias” se produce sin embargo un acercamiento de los alumnos de las dos promociones y de las alumnas del 2014-15 a la respuesta “un anticonceptivo como otros”, lo que indica que el concepto ya no está tan claro.

La pregunta p25 “Si tuvieras pareja habitual crees que es adecuado usar” no ofrece características reseñables.

Búsqueda de ayuda.

Se procede al análisis de sus recursos representados por las preguntas p17 “(Sólo alumnas) Estás embarazada ¿A quién recurres?” y p18 “(Sólo alumnos) Tu pareja está embarazada ¿A quién recurres?”

En la Tabla 22 se presenta la distribución de respuestas a estas dos preguntas, separados ahora en dos subgrupos, Mujer 2008 y Mujer 2014 para la pregunta 17 y otros dos subgrupos, Hombre 2008 y Hombre 2014 para la pregunta 18.

		Mujeres		
		2008-09 N=173	2014-15 N=160	Total N=333
P17.- (Sólo alumnas) Estás embarazada ¿A quién recurres?	A nadie	0.6%	0.0%	0.3%
	A mi pareja	27.2%	11.1%	19.4%
	A mis amigos/as	23.7%	14.4%	19.4%
	A mis padres	42.8%	73.2%	57.0%
	A otros ¿Quién?	5.8%	1.3%	3.9%
		Hombres		
		2008-09 N=127	2014-15 N=140	Total N=267
P18.- (Sólo alumnos) Tu pareja está embarazada ¿A quién recurres?	A nadie	4.8%	5.8%	5.3%
	A mis amigos/as	19.8%	18.1%	18.8%
	A mis padres	59.5%	68.1%	64.3%
	A otros ¿Quién?	15.9%	8.0%	11.7%

Tabla 22: Porcentaje de respuestas a la pregunta p17 “(Sólo alumnas) Estás embarazada ¿A quién recurres?”, separados en dos subgrupos, Mujer 2008 y Mujer 2014; repuestas para la pregunta p18 “(Sólo alumnos) Tu pareja está embarazada ¿A quién recurres?” separadas en otros dos subgrupos, Hombre 2008 y Hombre 2014.

El porcentaje de alumnas que acudirían a sus padres en caso de embarazo se incrementa de forma notable de la promoción 2008-09 a la promoción 2014-15, pasa de un 42.8% a un 73.2%.

También en el caso de los alumnos se produce ese incremento, aunque en este caso es menos marcado, sube del 59.5% en 2008-09 al 68.1% en 2014-15.

Seguridad y Autoestima

Las cuestiones que se han agrupado como explicativas de un rasgo de seguridad y autoestima o confianza en uno mismo son las pregunta p8, p9, p10 y p11. De ellas, las tres primeras han sido analizadas en el modelo multivariante GEE con lo que a continuación se comentan los resultados obtenidos.

En el grupo de los alumnos se observa un claro desconocimiento en la pregunta p8 “¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?” ya que los valores del estimador están cercanos al eje horizontal.

Los valores del estimador en el caso de las alumnas son positivos lo que indica una mejor asimilación del concepto. No obstante se nota un descenso entre las dos promociones, el Odds del estimador pasa de 9.54 IC95% (5.72, 15.92) a 3.05 IC95% (2.13, 4.38). Es decir, se pasa de una relación (entre quienes conocen la respuestas adecuada y quienes no) de 9.5 a 1 en la promoción 2008-09 a una relación de 3 a 1 en la promoción del 2014-15.

La distribución de respuestas a la pregunta 8 “¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15, se presenta en la Tabla 23; asimismo el mapa correspondiente al ACS aparece en la Figura 13

		Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
P8. ¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?	Edadaños	4.1%	13.6%	35.7%	34.0%
	En la primera oportunidad	2.4%	1.9%	19.0%	18.4%
	Cuando yo decida que estoy preparado	90.6%	75.3%	42.1%	43.3%
	No sabe/ no contesta	2.9%	9.1%	3.2%	4.3%

Tabla 23: Porcentaje de respuestas a las preguntas p8 “¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?” en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

Se observa en el mapa que “Cuando esté preparado” es la respuesta mayoritaria de las mujeres. Pero la posición de M-2014 respecto de la respuesta “cuando esté preparado” está más alejada que M-2008, lo que indica un empeoramiento de respuestas en la promoción 2014. Asimismo la mayoría de las respuestas “En la primera oportunidad” o “A una edad concreta” corresponde al grupo de los hombres.

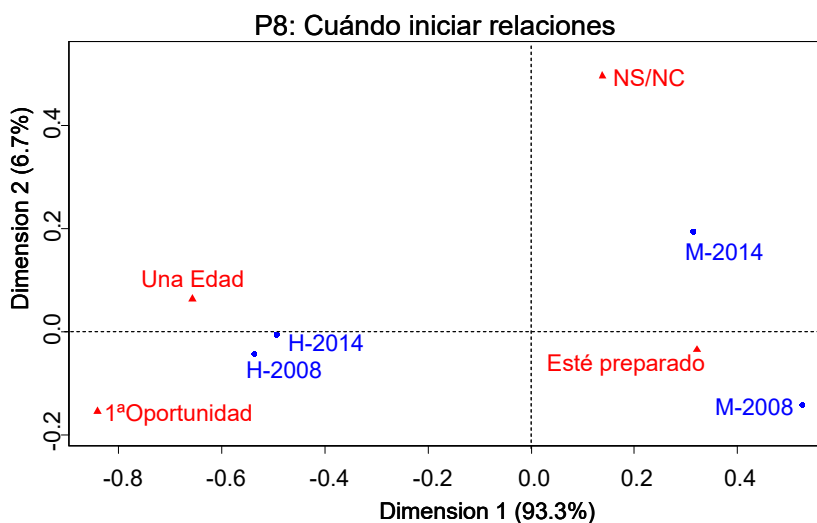


Figura 13: Análisis de Correspondencia Simple para las preguntas **p8** “**Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales**” y la variable combinación de sexo y promoción.

En cuanto a las preguntas p9 “¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?”, p10 “Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?” y p11 “¿Por qué querías (o quieres) iniciarte en las relaciones sexuales?”, los porcentajes de respuestas separadas según sexo y promoción en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15, aparecen en la Tabla 24

Para la pregunta p10 “Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?” más del 81% de los adolescentes lo decidirán sin actuar o seguir al entorno de sus amigos, encontrándose diferencias significativas por sexo ($p < 0,05$, test de la chi cuadrado), entre alumnos (el 76%) y alumnas (el 86%). De hecho un 4.5% de los alumnos confiesa no querer retrasarse con respecto al grupo de amigos, en el grupo de las alumnas no hay ninguna.

Respecto al motivo por el que quieren iniciarse en las relaciones sexuales (p11) es “porque les apetece” (40% de las respuestas) y “porque es lo natural” (33%) no apreciándose diferencias significativas por sexos ni por promoción.

		Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
P9. ¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?	Me preocupa (me preocupaba).	5.2%	8.4%	1.6%	5.6%
	Estoy (estaba) impaciente porque llegue (llegara) la ocasión.	3.5%	1.9%	22.2%	14.8%
	Estoy (estaba) tranquilo: Ya llegaré.	82.1%	77.3%	65.9%	67.6%
	No sabe/ no contesta	9.2%	12.3%	10.3%	10.6%
P10.- Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?	No necesariamente. Yo lo haré cuando yo quiera o pueda.	83.1%	88.4%	74.8%	76.6%
	Sí, porque no quiero quedarme atrasado o descolgado del grupo.	0.0%	0.0%	6.3%	2.8%
	No me lo planteo; ya las he tenido.	16.9%	11.6%	18.9%	20.6%
P11.- ¿Por qué querías (o quieres) iniciarte en las relaciones sexuales?	Todos lo hacen. Es lo natural.	32.7%	39.0%	29.6%	29.8%
	No quiero ser el único que no pruebe.	2.5%	2.1%	4.0%	2.1%
	Me apetece.	38.9%	34.2%	47.2%	41.8%
	Tengo la edad en que se mantienen.	4.3%	7.5%	4.0%	13.5%
	Otros motivos	21.6%	17.1%	15.2%	12.8%

Tabla 24: Distribución de respuestas a las preguntas p9, “¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?” p10 “Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?”, p11 “¿Por qué querías (o quieres) iniciarte en las relaciones sexuales?”, separados en los cuatro subgrupos, Mujer 2008, Mujer 20014, Hombre 2008 y Hombre 2014.

Sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos

Las variables explicativas de este rasgo son p15 “Valora de 0 a 10 tu preocupación o miedo por ser contagiado de una enfermedad de transmisión sexual, ser infectado de SIDA, y un embarazo (tú o tu pareja)”, p16 “Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es”, p23 “Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es”, p24 “Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es”, p26 “Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?”, p27 “Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa

persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?” y p30 “¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?”

Con respecto a los miedos, todos manifiestan una enorme preocupación a ser contagiados de una enfermedad de transmisión sexual, Sida o a la posibilidad de un embarazo (pregunta 15) especialmente las alumnas, ($p < 0.01$, Test de la t muestras independientes). Además y como puede apreciarse en la Figura 14 las puntuaciones a estas tres preguntas también son significativamente distintas ($p < 0.01$, test de Friedman). En todos los casos su mayor preocupación es el posible contagio de SIDA.

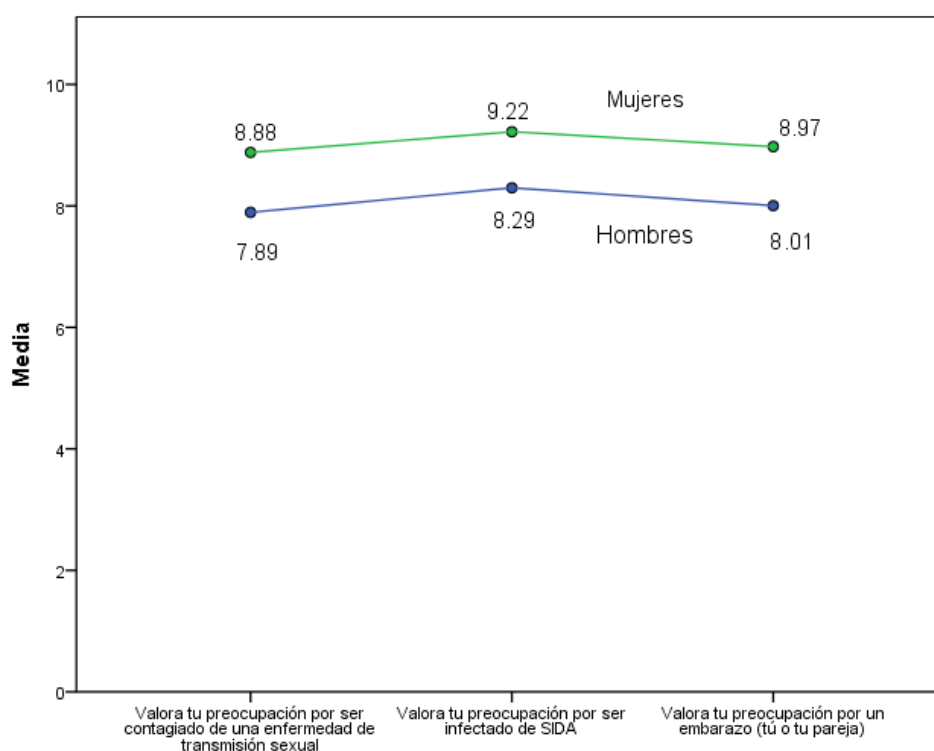


Figura 14: Valores medios de la preocupación expresada por alumnos y alumnas, por separado, a ser contagiados de alguna enfermedad de transmisión sexual, SIDA, o a un embarazo (pregunta p15)

En la Tabla 25 se han recogido las puntuaciones medias para cada una de las cuatro combinaciones de género y promoción, aunque en este caso la promoción no marca diferencias significativas.

P15.- Valora de 0 a 10 tu preocupación o miedo por:					
Media (DE)	Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140	Total
Ser contagiado de una enfermedad de transmisión sexual	9.04 (1.81)	8.7 (2.00)	8.39 (2.60)	7.46 (3.32)	8.44 (2.52)
Ser infectado de SIDA	9.40 (1.62)	9.01 (1.99)	8.95 (2.34)	7.74 (3.38)	8.81 (2.45)
Un embarazo (tú o tu pareja)	8.89 (1.87)	9.06 (1.76)	8.36 (2.36)	7.69 (3.14)	8.54 (2.36)

Tabla 25: Tabla de medias de las respuestas a la pregunta p15 “Valora de 0 a 10 tu preocupación o miedo por ser contagiado de una enfermedad de transmisión sexual, ser infectado de SIDA, y un embarazo (tú o tu pareja)” separadas en los cuatro subgrupos Mujer 2008, Mujer 2014, Hombre 2008 y Hombre 2014.

Según los resultados del análisis multivariante GEE, los adolescentes no responden adecuadamente a la pregunta p16 “Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es”, ni las alumnas, cuyo valor de estimador se sitúa cerca del eje horizontal, ni los alumnos que responden especialmente mal, visto que el valor del estimador es negativo en las dos promociones; con un claro descenso en el 2014-15 respecto al 2008-09.

En la Tabla 26 se muestra la distribución de respuestas a la pregunta p16 “Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

P16. Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es				
	Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
Un inconveniente.	11.6%	15.7%	9.8%	19.9%
¡Qué mala suerte he tenido!	8.1%	7.2%	14.6%	12.1%
El mayor problema al que hayas tenido que enfrentarte.	57.0%	45.1%	40.7%	26.2%
A mí no me pasará.	8.1%	13.7%	17.1%	16.3%
No sabe/ no contesta	15.1%	18.3%	17.9%	24.8%

Tabla 26: Porcentaje de respuestas a la pregunta 16 “Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es”, separado en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

En la Figura 15 se representa el mapa obtenido del Análisis de Correspondencias Simple para la pregunta p16.

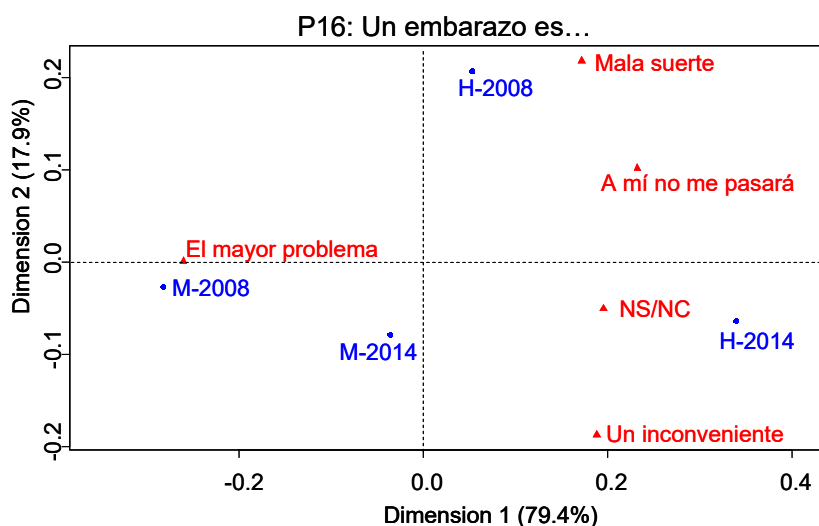


Figura 15: Análisis de Correspondencia Simple para las preguntas p16 “Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es” y la variable combinación de sexo y promoción.

La respuesta mayoritaria de las mujeres de la promoción 2008-09 es “El mayor problema”, pero puede apreciarse que el grupo de Mujeres de 2014 se ha alejado de esta respuesta. Los hombres responden peor que ellas ya que sus respuestas no se acercan a la respuesta razonable.

Las respuestas a las preguntas p23 “Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es”, p24 “Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es” y p26 “Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?”, evidencian que las competencias están adquiridas, los valores de los estimadores son siempre positivos. En la Tabla 27 aparece la distribución de respuestas a estas preguntas, en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

Es solo reseñable la bajada que se ha producido tanto en Hombres como en Mujeres en la promoción del 2014-15 respecto a la promoción 2008-09 en la

pregunta p26 “Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?”.

Cuestiones		Mujeres 2008-09	Mujeres 2014-15	Hombres 2008-09	Hombres 2014-15
		N=173	N=160	N=127	N=140
P23.- Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es	Muy remota	2.3%	3.9%	6.5%	7.0%
	Poco probable	2.9%	2.6%	13.0%	9.9%
	Probable	52.0%	54.6%	43.1%	50.0%
	Muy probable	42.8%	38.8%	37.4%	33.1%
P24.- Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es	Muy remota	2.3%	2.6%	4.0%	9.2%
	Poco probable	8.7%	20.6%	22.2%	24.1%
	Probable	58.4%	50.3%	48.4%	46.1%
	Muy probable	30.6%	26.5%	25.4%	20.6%
P26.- Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?	Cine y relaciones sin preservativo.	5.3%	9.2%	9.7%	24.1%
	Cine, sin relaciones.	40.8%	48.0%	14.5%	9.9%
	Paseo y preservativo.	53.8%	42.8%	75.8%	66.0%

Tabla 27: Distribución de respuestas dadas a las preguntas p23 “Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es”, p24 “Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es”, y p26 “Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?”, separadas en los cuatro subgrupos.

Con respecto a las preguntas p27 “Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?”, y p30 “¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?” se detecta un claro desconocimiento en el grupo de los alumnos. La distribución de respuestas a ambas preguntas en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15 se presentan en la Tabla 28.

		Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
P27.- Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?	Sí.	71.7%	62.8%	53.5%	46.9%
	No.	8.7%	11.5%	18.9%	24.5%
	No sabe/ no contesta.	19.7%	25.6%	27.6%	28.7%
P30.- ¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?	Ninguno. Llegado el caso, el aborto es la solución.	2.3%	8.4%	8.7%	7.1%
	Coste medio. Es la solución a un problema.	7.5%	9.1%	12.7%	12.8%
	Coste alto. Hay que evitar llegar a estar en esta situación.	73.4%	64.9%	53.2%	53.9%
	No sabe/ no contesta.	16.8%	17.5%	25.4%	26.2%

Tabla 28: Porcentaje de respuestas a las preguntas **p27** “**Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?**”, y **p30** “**¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?**”, en los cuatro subgrupos.

En la Figura 16 del mapa obtenido del Análisis de Correspondencias Simple para la pregunta p27 “Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?” se ve la cercanía de ambos grupos de mujeres a la respuesta sí, es la respuesta mayoritaria dada por ellas, pero han disminuido desde el 2008-09 al 2014-15. Los hombres en cambio, ofrecen respuestas dispersas. En definitiva muestran un desconocimiento aún mayor.

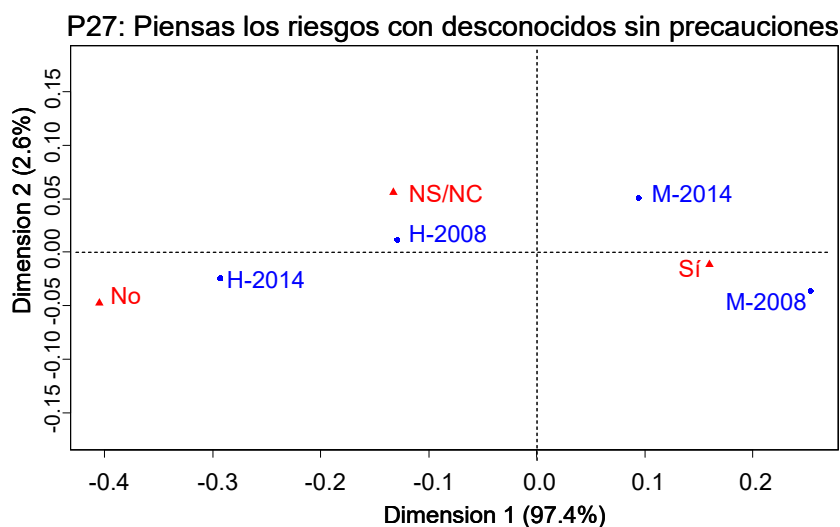


Figura 16: Análisis de Correspondencia Simple para la preguntas p27 “Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?” y la variable combinación de sexo y promoción.

De la misma forma en la Figura 17 del mapa obtenido del Análisis de Correspondencias Simple para la pregunta p30 “¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?” se detecta una clara separación entre hombres y mujeres. Para las mujeres el coste mayoritariamente es alto, para los hombres es medio. Además las mujeres desde el 2008-09 al 2014-15 han rebajado la cantidad de respuestas de “coste alto”, aumentando el resto de respuestas.

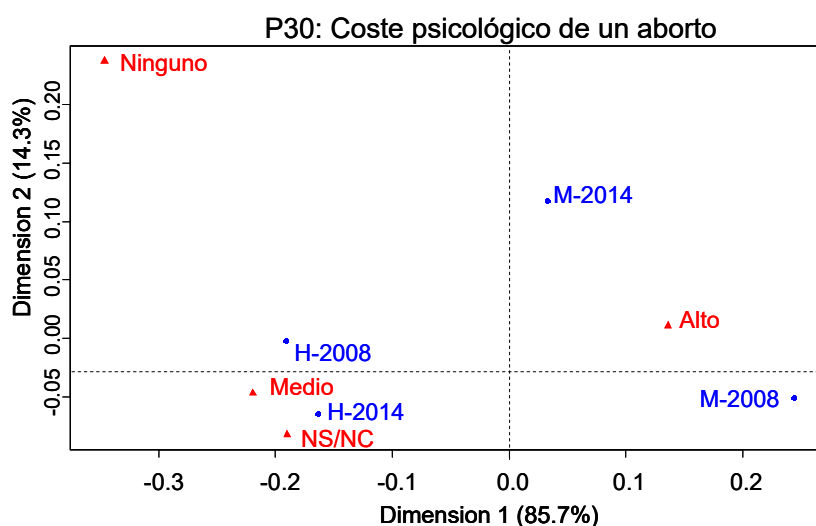


Figura 17: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta p30 “¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?” y la variable combinación de sexo y promoción.

Relaciones Dominantes o de igualdad

Las preguntas p28 y p29 explican en alguna medida la disposición a aceptar o no la voluntad del otro cuando en la pareja chocan dos posiciones opuestas, uno que está dispuesto a prácticas de riesgo y otro no y se han englobado bajo el nombre de rasgo de relaciones dominantes o de igualdad.

Las respuestas a la p28 “Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. El otro quiere dejarlo, pero tú insistes en continuar”, no entrañan interés, el valor del estimador obtenido en el Análisis Multivariante GEE es positivo en los cuatro subgrupos.

Sin embargo, en el caso de la pregunta p29 “Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar”, el valor del estimador es negativo en los subgrupos de Hombres, lo que indica que ellos no han adquirido la competencia. En la Tabla 29 se presenta la distribución de respuestas a esta pregunta en los subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

		Mujeres 2008-09 N=173	Mujeres 2014-15 N=160	Hombres 2008-09 N=127	Hombres 2014-15 N=140
P29.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar:	Te mantienes firme en tu negativa.	87.1%	79.6%	42.5%	48.2%
	Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente.	5.9%	7.9%	15.7%	11.5%
	Aceptas continuar.	2.9%	5.9%	26.0%	25.2%
	No sabe/ no contesta.	4.1%	6.6%	15.7%	15.1%

Tabla 29: Porcentaje de respuestas a la pregunta **p29 “Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar”** en los cuatro subgrupos.

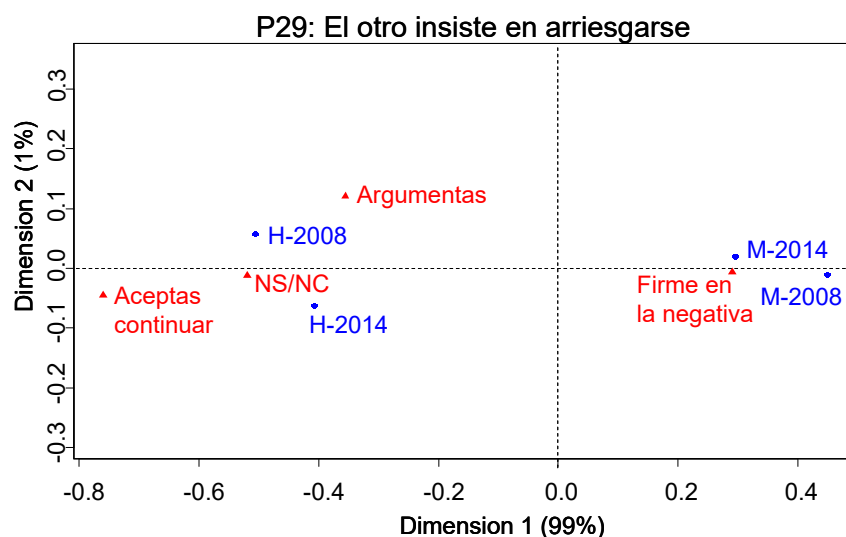


Figura 18: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta p29 “Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar” y la variable combinación de sexo y promoción.

Al representar el mapa resultado del Análisis de Correspondencias Simple, Figura 18, puede verse cómo las mujeres “se mantienen firmes en la negativa, mientras que los hombres están mucho más cerca de la respuesta “aceptas correr riesgos”.

7.2.2. Comunicación en temas afectivo-sexuales con el entorno

En este apartado se va a describir cómo es la comunicación de los adolescentes con su entorno inmediato con respecto a temas afectivo-sexuales y cuáles son los factores que influyen en ella. Las variables consideradas explicativas de este rasgo son las preguntas p6 “Valora de 0 a 10 tu comunicación en temas afectivo-sexuales con los amigos, profesores, tu padre y tu madre” donde las respuestas varían de 0 (el mínimo) a 10 (el máximo) y p7 “¿Cómo es la comunicación con tus padres en cuanto a temas sexuales?” que verbaliza qué tipo de conversaciones se mantienen en los hogares.

Se utiliza el modelo multivariante de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE) donde la variable respuesta es la valoración de la comunicación con amigos, profesores, padre y madre y como variable independiente se ha considerado el tipo de interlocutor -con cuatro niveles-, grado de comunicación

en el hogar (correspondiente a la pregunta 7), -también dividida en cuatro niveles- sexo, formación y promoción.

Variable	Grados de libertad	Chi-cuadrado	p-valor
Pregunta (cuatro niveles)	4	9084	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Sexo (Hombre o Mujer)	1	3	0.06896
Promoción (2008-09 o 2014-15)	1	12	0.00052 ***
Pregunta7	1	156	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Pregunta*Sexo	3	122	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Pregunta*Pregunta7	3	220	$< 2 \times 10^{-16}$ ***
Pregunta*Promoción	3	12	0.00765 **

Tabla 30: Resultado del Análisis Multivariante GEE, para el estudio de la Comunicación con el entorno.

Se observa en la Tabla 30 que son significativos los factores pregunta, sexo y promoción, la pregunta p7, así como las interacciones Pregunta*Sexo, pregunta*pregunta7 y Pregunta*Promoción

A la vista de las interacciones se decide dividir en 8 subgrupos según el sexo, y según la respuesta dada a la pregunta 7, de las 4 opciones posibles que son: Comunicación nula, Solo recurren a ellos en caso de problemas, Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos, Hay buena comunicación.

Se decide no dividir los subgrupos por promociones porque una excesiva fragmentación no aporta claridad a los resultados.

No obstante, puede observarse en la Tabla 31 (donde se recogen los valores de las medias y desviaciones de las respuestas dadas a la pregunta p6 separadas en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15), que en la promoción del 2014-15, tanto los alumnos como las alumnas dan puntuaciones medias más bajas tanto a la comunicación con el padre como con la madre (también con los profesores), respecto a las puntuaciones dadas en 2008-09.

P6.- Valora de 0 a 10 tu comunicación en temas afectivo-sexuales con:					
Media (DE)	Mujeres 2008-09	Mujeres 2014-15	Hombres 2008-09	Hombres 2014-15	Total
Amigos	8.45 (1.87)	8.02 (2.14)	8.28 (2.26)	8.45 (2.10)	8.30 (2.14)
Profesores	3.59 (3.03)	2.07 (2.79)	2.93 (2.74)	2.65 (2.62)	2.83 (2.79)
Tu padre	2.11 (2.62)	1.69 (2.93)	3.74 (2.97)	3.17 (3.17)	2.59 (2.93)
Tu madre	4.28 (3.24)	3.84 (3.27)	3.98 (3.13)	3.43 (3.24)	3.90 (3.27)

Tabla 31: Tabla de medias y desviaciones de las respuestas a la pregunta **p6 “Valora de 0 a 10 tu comunicación en temas afectivo-sexuales con los amigos, profesores, tu padre y tu madre”** separadas en los cuatro subgrupos Mujer 2008-09, Mujer 2014-15, Hombre 2008-09 y Hombre 2014-15.

En todos los casos las puntuaciones más altas corresponden siempre a los amigos, con puntuaciones que superan el valor 8. Ni los profesores ni los padres ni las madres llegan al aprobado. Las alumnas siempre dan puntuaciones más altas a las madres, mientras que los alumnos afirman tener más comunicación afectivo-sexual con los padres. Tanto en el caso de alumnos como de alumnas parece que la comunicación con profesores, con padres y con madres ha disminuido de la primera promoción 2008-09 a la segunda 2014-15.

Se ha decidido pues, como se acaba de explicar, calcular los estimadores del Análisis Multivariante GEE, para cada uno de los 8 subgrupos resultado de cruzar las opciones Hombre y Mujer con las 4 opciones posibles de respuesta a la pregunta 7: Comunicación nula, Solo recurren a ellos en caso de problemas, Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos, Hay buena comunicación.

Los valores de los estimadores y sus correspondientes IC 95% se presentan en la Tabla 32. Asimismo en la Figura 19 se han representado gráficamente los estimadores obtenidos para cada uno de los 8 subgrupos, así como los IC95%.

Variable	Estimador	IC95%	Variable	Estimador	IC95%
Amigos	7.86	(7.45-8.27)	Amigos	8.00	(7.60-8.40)
Profesores	2.68	(2.15-3.21)	Profesores	2.70	(2.24-3.15)
Padre	0.76	(0.47-1.05)	Padre	2.11	(1.67-2.55)
Madre	1.65	(1.21-2.08)	Madre	2.27	(1.81-2.74)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres - Comunicación nula con los padres			Estimación de los efectos Subgrupo Hombres - Comunicación nula con los padres		
Variable	Estimador	IC95%	Variable	Estimador	IC95%
Amigos	6.91	(5.14-8.68)	Amigos	8.88	(7.75-10.01)
Profesores	2.18	(0.72-3.65)	Profesores	2.94	(1.66-4.22)
Padre	2.09	(0.70-3.48)	Padre	3.88	(2.36-5.40)
Madre	4.45	(2.85-6.06)	Madre	3.88	(2.27-5.50)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Solo recurren a los padres en caso de problemas			Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Solo recurren a los padres en caso de problemas		
Variable	Estimador	IC95%	Variable	Estimador	IC95%
Amigos	8.67	(8.37-8.98)	Amigos	8.46	(7.97-8.95)
Profesores	3.37	(2.84-3.89)	Profesores	2.73	(2.10-3.36)
Padre	2.17	(1.72-2.62)	Padre	4.16	(3.54-4.79)
Madre	4.87	(4.37-5.37)	Madre	4.40	(3.76-5.05)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos			Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos		
Variable	Estimador	IC95%	Variable	Estimador	IC95%
Amigos	8.48	(8.03-8.93)	Amigos	9.13	(8.72-9.55)
Profesores	2.44	(1.83-3.05)	Profesores	3.14	(2.34-3.94)
Padre	3.46	(2.71-4.22)	Padre	6.7	(5.21-6.92)
Madre	7.00	(6.41-7.59)	Madre	6.79	(6.05-7.54)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Buena Comunicación			Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Buena Comunicación		

Tabla 32: Coeficientes estimados obtenidos para la pregunta p6 “Valoración numérica de la comunicación en temas afectivos sexuales con amigos, profesores, padre y madre” utilizando el modelo GEE, separados por sexo y por las respuestas posibles a la pregunta p7 “Comunicación con los padres en cuanto a temas afectivo-sexuales”. Estas posibles respuestas son Comunicación nula, Solo recurren a ellos en caso de problemas, Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos, Hay buena comunicación.

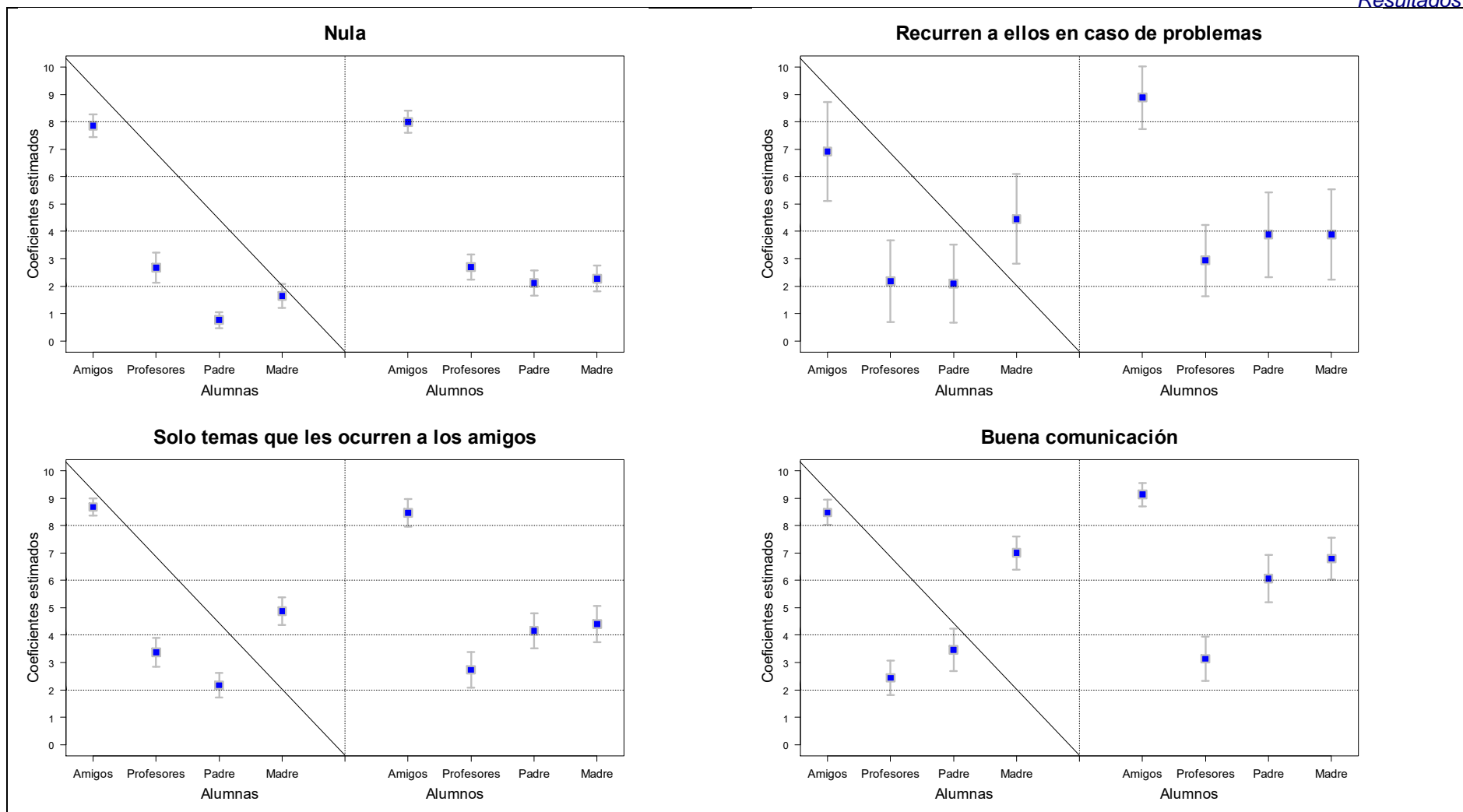


Figura 19: Coeficientes estimados obtenidos para la pregunta p6 “Valoración numérica de la comunicación en temas afectivos sexuales con amigos, profesores, padre y madre” del bloque “Comunicación con el entorno”, utilizando el modelo GEE, separados por sexo y por las respuestas posibles a la pregunta p7 “Comunicación con los padres en cuanto a temas afectivo-sexuales”. Estas posibles respuestas son Comunicación nula, Solo recurren a ellos en caso de problemas, Solo se tratan temas que les ocurren a los amigos, Hay buena comunicación

Se puede observar en la Figura 19 que independientemente del subgrupo, la valoración de los amigos es siempre buena y la de los profesores es escasa.

Respecto a la valoración de los padres se ve que las respuestas son coherentes ya que los adolescentes que afirman tener buena comunicación en casa son los que dan valoraciones más altas al padre y a la madre; a la inversa, aquellos que afirman que la comunicación es nula, dan puntuaciones más bajas.

Puede apreciarse también que es la valoración de la madre la que de manera directa aumenta proporcionalmente en cuanto sube la comunicación en la familia (esa valoración más alta la recibe tanto de alumnas como de alumnos)

Sin embargo las alumnas siempre dan puntuaciones notablemente más bajas al padre que a la madre, mientras que los alumnos valoran más o menos igual al padre que a la madre.

7.2.3. Tolerancia con la homosexualidad

Para analizar el rasgo de Tolerancia con la homosexualidad, las variables explicativas y relacionadas con ellas, son las correspondientes a las preguntas p12 “Un amigo te confiesa que es homosexual”, p13 “¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?” y p14 “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual”.

Como ya se hizo en el análisis del bloque afectivo-sexual se recodifican las respuestas a las preguntas p12 “Un amigo te confiesa que es homosexual” y p14 “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual” en respuesta adecuada y respuesta inadecuada. En el Anexo 11 aparece cómo han sido recodificadas.

Se aplica el modelo multivariante de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE) considerando las preguntas p12 y p14 como variables y como factores la pregunta p13 “¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?”, sexo, promoción y formación, y sus interacciones.

Se obtienen diferencias significativas por pregunta, sexo y p13. Además la interacción entre pregunta y sexo también es significativa, Tabla 33.

Variable	Grados de libertad	Chi-cuadrado	p-valor
Pregunta	2	254.2	< 2x10 ⁻¹⁶ ***
Sexo (Hombre o Mujer)	1	87.0	< 2x10 ⁻¹⁶ ***
Promoción (2008-09 o 2014-15)	1	2.6	0.105
Pregunta13 (3 niveles)	2	92.2	< 2x10 ⁻¹⁶ ***
Formación (No o Sí)	1	0.0	0.860
Pregunta*Sexo	1	4.9	0.026 *

Tabla 33: Resultado del Análisis Multivariante GEE para el estudio de la Tolerancia con la homosexualidad

Para interpretar los efectos, se divide en seis subgrupos según sexo y según cada una de las posibles respuestas a la pregunta 13. Es decir, denotamos los seis subgrupos como: H-13(1) son los alumnos varones que a la pregunta 13 respondieron “creo que mis amigos me rechazarían si yo fuera homosexual”; H-13(2) son los varones que respondieron “creo que mis amigos no me rechazarían si yo fuera homosexual”; H-13(3) son los alumnos que desconocen si serían rechazados por sus amigos en caso de ser homosexual; y los subgrupos M-13(1), M-13(2), M-13(3) son los equivalentes correspondientes de alumnas.

En la Figura 20 se representan los estimadores y sus intervalos de confianza al 95%; los valores de los coeficientes y sus intervalos de confianza se presentan en la Tabla 34.

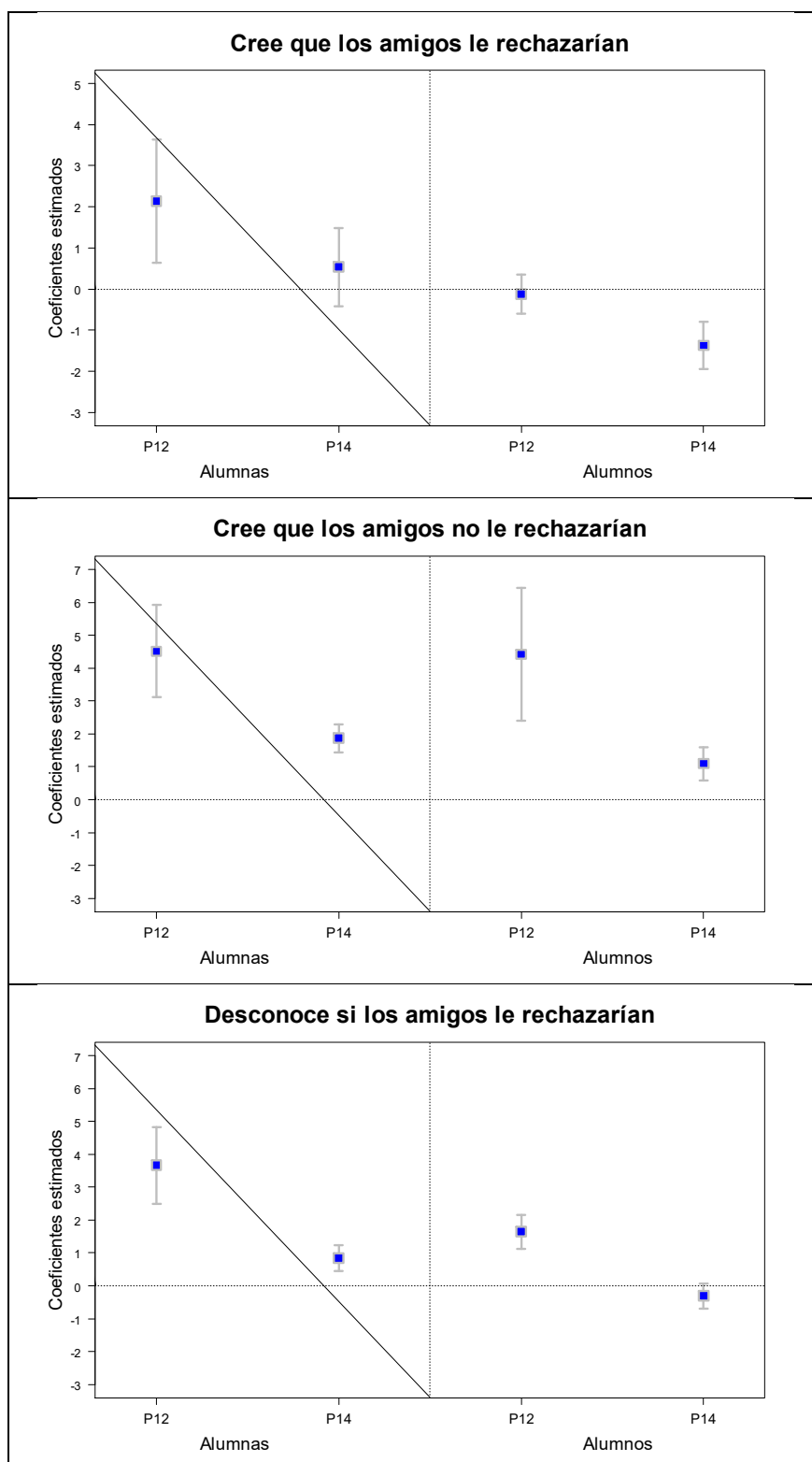


Figura 20: Coeficientes estimados obtenidos para las preguntas p12 “Un amigo te confiesa que es homosexual” y p14 “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual”, utilizando el modelo GEE, separados por sexo y su opinión acerca del posible rechazo de sus amigos en caso de que él fuera homosexual (p13). Cuando el IC95% contiene al cero se considera que la respuesta adecuada se desconoce. En cada pregunta un valor positivo significa que los adolescentes sí conocen la respuesta adecuada, cuanto mayor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden adecuadamente. Un valor negativo, significa que los adolescentes están equivocados respecto a cuál es la respuesta correcta, cuanto menor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden equivocadamente.

Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	2.140	0.748	8.20	0.0042 **	(0.67, 3.61)
Pregunta p14	0.539	0.476	1.28	0.2571	(-0.39, 1.47)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Cree que los amigos la rechazarían					
Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	-0.121	0.237	0.26	0.61	(-0.59, 0.34)
Pregunta p14	-1.369	0.289	22.43	2.2x10 ⁻⁰⁶ ***	(-1.94, -0.80)
Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Cree que los amigos lo rechazarían					
Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	4.512	0.701	41.5	1.2x10 ⁻¹⁰ ***	(3.14, 5.89)
Pregunta p14	1.869	0.215	75.6	< 2x10 ⁻¹⁶ ***	(1.45, 2.29)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Cree que los amigos no la rechazarían					
Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	4.419	1.006	19.3	1.1x10 ⁻⁰⁵ ***	(2.45, 6.,39)
Pregunta p14	1.099	0.252	19.0	1.3x10 ⁻⁰⁵ ***	(0.61, 1.59)
Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Cree que los amigos no lo rechazarían					
Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	3.664	0.585	39.3	3.7x10 ⁻¹⁰ ***	(2.52, 4.81)
Pregunta p14	0.847	0.199	18.1	2.1x10 ⁻⁰⁵ ***	(0.46, 1.24)
Estimación de los efectos Subgrupo Mujeres – Desconoce si los amigos la rechazarían					
Variable	Estimador	Error Estándar	Test de Wald	p-valor	IC95%
Pregunta p12	1.642	0.258	40.67	1.8x10 ⁻¹⁰ ***	(1.14, 2.15)
Pregunta p14	-0.309	0.192	2.58	0.11	(-0.69, 0.07)
Estimación de los efectos Subgrupo Hombres – Desconoce si los amigos le rechazarían					

Tabla 34: Coeficientes estimados y sus correspondientes IC95% obtenidos para las preguntas **p12** “Un amigo te confiesa que es homosexual” y **p14** “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual”, utilizando el modelo GEE, separados por sexo y su opinión acerca del posible rechazo de sus amigos en caso de que él fuera homosexual (p13). Cuando el IC95% contiene al cero se considera que la respuesta adecuada se desconoce. En cada pregunta un valor positivo, significa que los adolescentes sí conocen la respuesta adecuada, cuanto mayor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden adecuadamente. Un valor negativo, significa que los adolescentes están equivocados respecto a cuál es la respuesta correcta, cuanto menor sea ese valor, mayor es la proporción de alumnos que responden equivocadamente.

A la vista de la Figura 20 se concluye que:

En todas las circunstancias las mujeres responden adecuadamente en mayor porcentaje que los hombres puesto que el estimador correspondiente tiene siempre valores más altos; luego son potencialmente más tolerantes.

Especialmente preocupantes los alumnos que creen que serían rechazados por sus amigos. Son ellos los que en mayor porcentaje rechazarían a otros; en la Tabla 34 puede verse que los valores del estimador para el subgrupo de hombres que creen serían rechazados son -0.121 IC95% $(-0.59, -0.34)$ para la pregunta p12 y -1.369 IC95% $(-1.94, -0.80)$ para la pregunta p14.

En todos los casos las respuestas son mejores, con valores más altos del estimador, cuando las relaciones son estrechas de amistad y confidencialidad (p12) comparadas con la circunstancia en que se tienen sospechas de un amigo, pero no hay certezas ni confidencias.

Se pasa ahora a representar mediante un Análisis de Correspondencia Simple (ACS) un mapa para cada una de estas variables p12 “Un amigo te confiesa que es homosexual” y p14 “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual” considerando todas sus posibles respuestas (no dicotomizadas en respuesta adecuada/respuesta inadecuada)

Se decide que tiene más sentido considerar las dos respuestas Sí o no a la pregunta 13 “¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?” y se crea, pues, una nueva variable combinación de sexo con estas dos respuestas, que tiene cuatro niveles: H-Me rechazarían, M-Me rechazarían, H-No me rechazarían, M-No me rechazarían.

Los mapas del Análisis de Correspondencia Simple de cada una de las variables consideradas (p12 y p14) con la nueva variable combinación construida, Figuras 21 y 22 respectivamente, serán explicativos de la asociación entre las distintas categorías y niveles, en función de su cercanía.

Se observa en ambas Figuras 21 y 22 que las mujeres están cerca de las respuestas adecuadas lo que significa que esas han sido sus respuestas mayoritarias. También los hombres que creen que no serían rechazados están en posiciones cercanas a las respuestas tolerantes. En cambio los hombres que consideran que serían rechazados por sus amigos han dado respuestas inadecuadas.

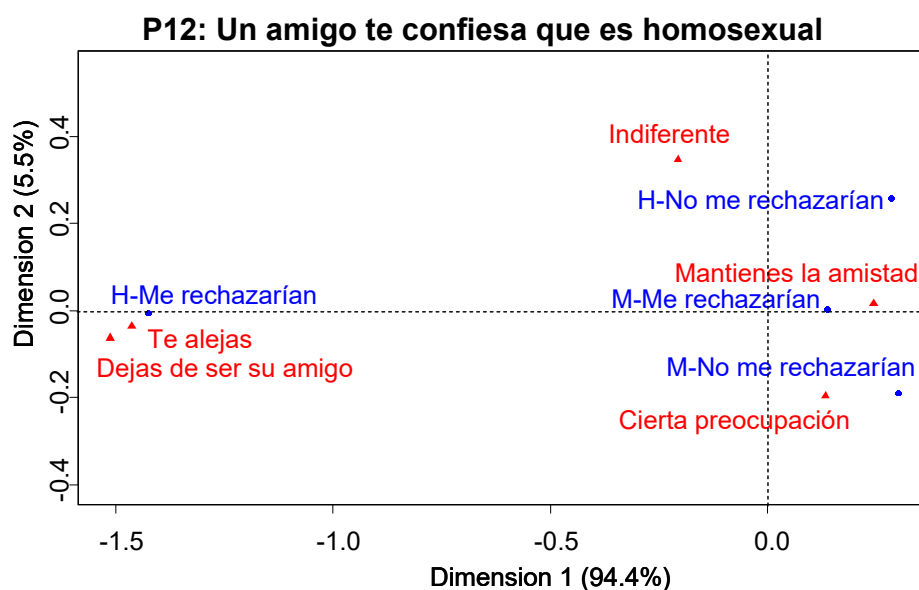


Figura 21: Análisis de Correspondencias Simple para la pregunta **p12** “Un amigo te confiesa que es homosexual” y la variable combinación de sexo y respuestas Sí/No a las pregunta **p13** “¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?”

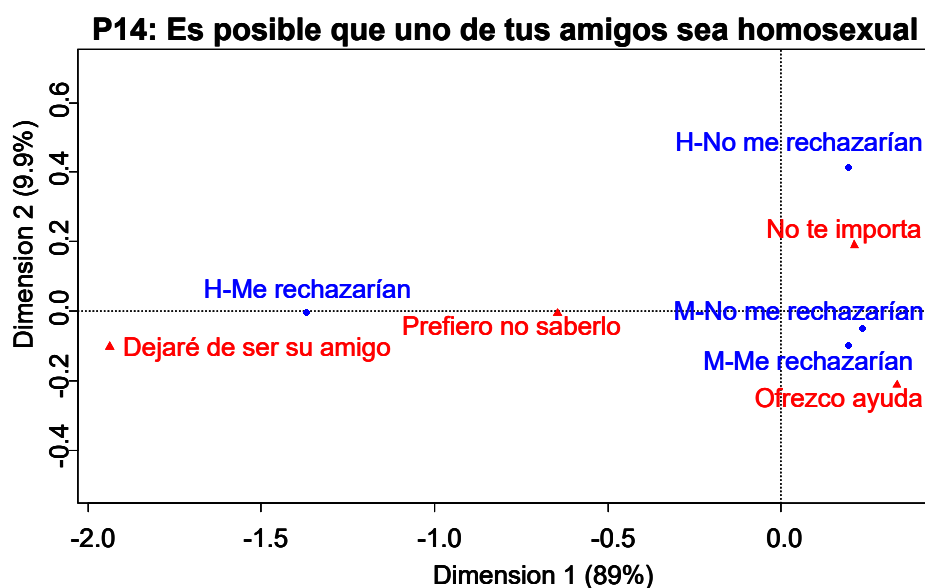


Figura 22: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta **p14** “Es posible que uno de tus amigos sea homosexual” y la variable combinación de sexo y respuestas a las pregunta **p13** “¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?”.

8. Discusión y futuras líneas de actuación

La importancia de una adecuada formación afectivo-sexual en los adolescentes hace necesario el conocimiento de los puntos débiles y los factores que puedan influir en la adquisición de las competencias. En esta discusión se van a resaltar los hallazgos más importantes obtenidos en este estudio.

8.1. Características demográficas.

A la hora de analizar las características demográficas de la muestra de los 600 alumnos encuestados, todos ellos de Centros Públicos de la Comunidad de Extremadura, cuyas edades están comprendidas entre los 14 y los 16 años, se observa que el 54.9% son mujeres y el 45.1% son hombres. Pertenecen a los cursos 3º de la ESO, el 46.8%; 4º de la ESO, el 44.8% y 1º de Bachillerato, el 8.3%.

8.2. Valoración de los cursos de formación afectivo-sexual recibidos.

El 50% de los alumnos encuestados ha participado en el proyecto de formación afectivo-sexual *¿Comenzar la casa por el tejado?*, la mayoría de ellos durante dos cursos.

La valoración que dan de la formación recibida es muy positiva con una puntuación media de 7.33, en una escala de 0 a 10. Además un alto porcentaje de ellos, el 85%, afirma que esta formación le ha sido muy útil, aunque cerca del 40% manifiesta que no siempre la ha puesto en práctica.

En este sentido, los resultados observados en este estudio coinciden con los obtenidos en la mayor parte de las evaluaciones de proyectos de educación afectivo-sexual que se han ido poniendo en marcha desde el año 1990 en España. Así se destaca por ejemplo en Chico et al. (2000) y en Hernández-Martínez et al. (2009).

8.3. Competencias relativas a la educación afectivo-sexual.

Uno de los objetivos principales de este estudio es identificar las debilidades y carencias que tienen los adolescentes extremeños en relación con las competencias que se adquieren en la formación afectivo-sexual.

En la discusión se va a mantener la misma clasificación por rasgos que se ha considerado a lo largo de todo el trabajo.

Conocimientos de anticonceptivos.

Uno de los aspectos más negativos que aparecen en este estudio se relaciona con las creencias erróneas sobre métodos anticonceptivos.

En relación con el uso del preservativo el 38% de los adolescentes contesta que las relaciones sexuales son más placenteras sin preservativo y el 37.4% desconoce si son más placenteras con preservativo o sin él, o igual en los dos casos. Al considerar las variables sexo y promoción observamos que es un problema generalizado en los cuatro subgrupos, el estimador correspondiente en el modelo multivariante a la pregunta “¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?” es siempre negativo, lo que significa que independientemente del subgrupo, los porcentajes de los que dan la respuesta inadecuada son mucho mayores que los que dan la respuesta adecuada.

Sin embargo, sí están mentalizados en el uso del preservativo, el 84% considera que este es el método adecuado a utilizar en las relaciones sexuales esporádicas. A pesar de que el porcentaje también es elevado cuando se trata de relaciones con la pareja habitual, se observa que las alumnas de la segunda promoción se plantean en mayor medida otras alternativas.

Al preguntarles sobre la píldora del día después, el 64% de los encuestados entiende que es un remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias frente a un 32% que lo considera un método anticonceptivo como otros. En este caso sorprende que los resultados de las alumnas de la promoción 2014-15 hayan empeorado. El Odds disminuye de 4.06 IC95% (2.79, 5.92) en la promoción

2008-09 a 1.32 IC95% (0.96, 1.82) en 2014-15. Puesto que ambos valores son positivos, el porcentaje de alumnas que ha adquirido el conocimiento adecuado sobre su uso es mayor que el porcentaje de las que no. Pero el descenso del valor evidencia este empeoramiento.

En el posterior ACS puede apreciarse que mientras en 2008-09 las alumnas estaban más próximas a la respuesta “remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias”, los alumnos de ambas promociones y las alumnas del 2014-15 aparecen más cerca de la respuesta “un anticonceptivo como otros” lo que indica por tanto, que su percepción no es tan clara.

Esto puede deberse al hecho de que en los años 2008-09 la novedad de este método y la controversia generada sobre su libre dispensación en farmacias hacía que estuviera presente en los medios de comunicación casi a diario. Seis años más tarde este tema ha dejado de estar en primera plana, reflejándose en el cambio de consideración de las adolescentes.

El extenso tema de la anticoncepción y los métodos anticonceptivos, que algunos colectivos pueden percibir como suficientemente tratado y conocido, es aún una asignatura pendiente entre los adolescentes. Ni siquiera las TICs que hacen accesible todo tipo de información sobre anticoncepción, parecen haber ayudado de manera determinante a una mejor percepción.

Búsqueda de ayuda.

Cuando se pregunta a los adolescentes a quién se confiarían en el caso de un embarazo, sorprende que solo el 57% de las alumnas y el 64.3% de los alumnos conteste que recurrirían a sus padres.

No obstante puede apreciarse un importante incremento entre el 2008-09 y el 2014-15; sube del 42.8% al 73.2% en las alumnas y del 59.5% al 68.1% en los alumnos.

Esto podría ser visto como un reflejo de que los adolescentes se sienten más apoyados por el entorno familiar y también como un aumento de proteccionismo por parte de los adultos hacia los hijos en que los problemas se han relajado.

Seguridad y autoestima.

Al analizar las preguntas que componen el rasgo de Seguridad y autoestima, se observa que el 65% de los adolescentes encuestados considera que no existe una edad concreta para iniciarse en las relaciones sexuales, en su opinión el momento no llega hasta que uno no se siente preparado. Sin embargo, estos porcentajes globales enmascaran las importantes diferencias entre mujeres y hombres, en el análisis multivariante se obtienen unos Odds para el estimador de 9.54 IC95% (5.72, 15.92) y 3.05 IC95% (2.73, 4.38) para los subgrupos de mujeres en las promociones 2008-09 y 2014-15 respectivamente, mientras que en el grupo de los hombres los Odds obtenidos son 0.72 IC95% (0.51, 1.05) y 0.76 IC95% (0.54, 1.06) para las promociones 2008-09 y 2014-15 respectivamente. En el caso de los hombres, esos valores cercanos a cero se traducen en que ellos no han interiorizado el mensaje detrás de la respuesta correcta, mostrando inseguridad y falta de madurez. Los valores positivos de los estimadores de las alumnas, sin embargo, evidencian que en su caso sí han adquirido la competencia, aportando respuestas más reflexivas aunque empeoran en la segunda promoción. El porcentaje de mujeres que contesta “cuando yo decida que estoy preparada” se haya reducido en 15 puntos porcentuales desde la promoción 2008-09 a la promoción 2014-15.

En el ACS se observa que la mayoría de las respuestas de “a una edad concreta” o “en la primera oportunidad” corresponden al grupo de hombres.

Al preguntarles por cómo se sienten o sentían por no haber tenido aún relaciones sexuales el 74.1% de todos los jóvenes encuestados contesta que están tranquilos. Importa señalar que un amplio porcentaje, el 81.2% manifiesta que aunque sus amigos ya hayan tenido experiencias sexuales ellos no necesariamente deben tenerlas. En esta pregunta no se han observado diferencias ni por género ni por promoción.

A la vista de estos resultados la valoración que se puede hacer acerca de la confianza en sí mismos que muestran los adolescentes es positiva. En especial, en el grupo de las alumnas, dado que ellas maduran más temprano, esta es más acusada.

Sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos

Otro de los rasgos considerados dentro del bloque afectivo-sexual es su sensibilización con los riesgos y cómo los afrontan, que se pueden desglosar en: cuál es la valoración de sus miedos, conocimiento de los riesgos del no uso de medidas de protección, coste personal de los riesgos que se asuman y coherencia de actuaciones con el conocimiento de esos riesgos.

Todos los jóvenes encuestados muestran una enorme preocupación a ser contagiados de una ETS, de SIDA o por la posibilidad de un embarazo, otorgando puntuaciones medias en todos los casos por encima de los 8 puntos. Al analizar las diferencias por género resulta que las mujeres se muestran significativamente más preocupadas que los hombres. Contraer el SIDA es lo que más alarma a unos y otras.

Son conscientes de los riesgos teóricos de practicar sexo sin protección ya que el 88.6% de los encuestados afirma que no utilizar anticonceptivos supone un probable o muy probable embarazo y el 77.4% contesta que no usar preservativo conlleva un posible contagio de SIDA o ETS.

Sin embargo es especialmente preocupante que al preguntarles si se plantearían llegado el caso, que una persona a la que conocen poco les pueda transmitir una enfermedad si no utilizaran preservativo, solo el 59.6% de los jóvenes reconoce el riesgo. Esto muestra la diferencia entre los conocimientos teóricos y las actitudes prácticas. Al separar por sexo y promoción se comprueba una vez más que estos comportamientos son más preocupantes en el grupo de los hombres.

Estas cifras confirman los resultados ya conocidos acerca de la valoración que hacen los jóvenes de los riesgos de practicar sexo sin preservativo. Así, por ejemplo, en el último informe del INJUVE, aparecen recogidos los datos de una

muestra de 1200 jóvenes de entre 15 y 24 años, Rodríguez et al. (2008), donde la valoración media que atribuyen al riesgo de no usar preservativo es de 7.9 puntos en una escala de 0 a 10. Sin embargo, tal como se refleja en este informe, a la hora de valorar la relación daños/beneficios relativos al no uso del preservativo el nivel de compensación supera la media.

Al analizar el coste personal de los riesgos asumidos, más de la mitad de los encuestados, el 56.9% no considera un embarazo como su mayor problema. Los resultados que se observan en el análisis multivariante muestran claramente las importantes diferencias entre los alumnos y las alumnas. Pero más preocupante es todavía el hecho de que tanto unos como otras empeoran en la segunda promoción 2014-15.

En esta misma línea preocupa que solo para el 62.3% el coste psicológico de un aborto sea alto. Es de destacar que el 21% no sabe o no contesta a esta pregunta. Ante esta situación caben dos interpretaciones, puede entenderse como un escenario tan improbable para muchos de ellos que prefieren no contestar; o la segunda interpretación y más alarmante, es que realmente desconozcan la gran carga psicológica que puede suponer.

Tal y como se ha reflejado en el ACS, se detecta una marcada separación entre hombres y mujeres. Para ellas, el coste mayoritariamente es alto, aunque con un ligero empeoramiento en la promoción 2014-15; para ellos, el coste es medio.

Una vez evaluados cuáles son sus miedos, conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos y el coste personal posible de no usarlos interesa conocer cuál sería su actitud ante una hipotética situación de riesgo. La disyuntiva es elegir entre gastar el poco dinero del que disponen en preservativos para poder tener sexo seguro, o gastarlo en una entrada de cine, -lo que implica renunciar a tener sexo o practicarlo sin seguridad-, el 11.8% del total estaría dispuesto a asumir el riesgo de tener prácticas sexuales sin preservativo. Llama la atención que al separar por género y promoción tanto en el grupo de ellas como de ellos se incrementa el porcentaje de los que están dispuestos a asumir

riesgos, en el caso de los alumnos el aumento es de 13 puntos porcentuales de la promoción 2008-09 a la promoción 2014-15.

Este es un ejemplo más del rasgo característico de los adolescentes, su grado de imprudencia por el que frecuentemente no evitan conductas de riesgo a pesar de saber identificarlas.

Relaciones Dominantes o de Igualdad

Para terminar el bloque afectivo sexual falta analizar el rasgo correspondiente a las relaciones dominantes o de igualdad.

Tal y como se ha visto en el análisis del rasgo sensibilización con los riesgos y actitud ante ellos, el 11.8% estaría dispuesto a asumir conductas sexuales de riesgo con independencia de la opinión de la pareja.

El análisis que se plantea ahora es saber qué ocurre, qué tipo de comportamientos tienen los adolescentes que sí están dispuestos a asumir riesgos cuando saben que su pareja no. El 70.8% aceptaría ceder sin ejercer ningún tipo de presión emocional pero se encuentran diferencias entre hombres y mujeres. Los Odds del estimador son 4.74 IC95% (3.20, 7.03) y 2.97 IC95% (2.07, 4.25) en los grupos de mujeres de las promociones 2008-09 y 2014-15 respectivamente, mientras para los hombres son 1.59 IC95% (1.11, 2.27) y 1.52 IC95% (1.09, 2.13). Los valores más altos para mujeres que hombres evidencian que ellas tienen la competencia mejor adquirida; por otra parte, en el grupo de mujeres el descenso del valor del estimador entre una promoción y otra significa que en la segunda son menos las mujeres que la adquieren.

En la situación opuesta, cuando es la pareja la que está dispuesta a incurrir en conductas arriesgadas, el 66.3% se mantendría firme para no asumirlos, pero un 13.9 % aceptaría. Separando por género y promoción los Odds del estimador del análisis multivariante que se obtienen son 6.74 IC95% (4.30, 10.56) y 3.85 IC95% (2.62, 5.64) en los grupos de mujeres de las promociones 2008-09 y 2014-15 respectivamente, la disminución de estos valores evidencia el empeoramiento de las actitudes adecuadas de las alumnas entre las dos

promociones. Mientras que los Odds para los alumnos no resultan significativamente distintos de cero en ninguno de los dos periodos estudiados, es decir no han adquirido la competencia en ninguna de las dos promociones.

De las respuestas aportadas a esta pregunta puede hacerse una lectura de la disponibilidad o no a aceptar “someterse” a la voluntad del otro actuando en contra de las propias convicciones. En este sentido, las alumnas manifiestan una tendencia mayor a ceder; los alumnos se mantienen en una situación de indolencia.

En el ACS queda patente que las mujeres se “mantienen firmes en la negativa”, mientras que los hombres “aceptan continuar con la conducta de riesgo”.

La interpretación que puede hacerse de estos resultados es que las alumnas tienen una percepción más concreta del riesgo que asumen, el coste personal es más elevado para ellas que para ellos, a lo que se suma su observado mayor grado de madurez y seguridad en sí mismas.

8.4. Comunicación en temas afectivo-sexuales con su entorno.

No cabe duda que las personas como seres sociales influyen y son influidos por su entorno, se trata de una interacción de doble dirección, las personas positivas se comunican bien con su familia, sus amigos,...a la vez que las personas que mantienen una comunicación excelente con su entorno son personas más positivas, extrovertidas, con mayor tendencia a la felicidad.

Por este motivo, un factor que puede marcar diferencias en la adquisición de competencias de los adolescentes en materia afectivo-sexual es la calidad y cantidad de la relaciones con las personas que forman parte de su vida.

Se ha pedido por tanto, a los estudiantes valorar la comunicación que mantienen en temas afectivo-sexuales con los adultos de su entorno separando las figuras de padre, madre y profesores, así como la que mantienen con sus amigos.

Se detecta que la valoración otorgada a los adultos es muy pobre asignando una puntuación media de 2.6 a la comunicación con el padre, 3.9 a la madre y 2.8 a los profesores.

Al considerar qué factores son diferenciadores de estas valoraciones aparece además del sexo y la promoción, el nivel de comunicación que tienen los jóvenes dentro de la familia en temas afectivo-sexuales. Cuando el nivel es nulo las valoraciones de padre y madre son las más bajas, como era de esperar.

Las alumnas asignan puntuaciones más altas a la madre que al padre, independientemente del nivel de comunicación en el hogar obteniendo unos estimadores para la madre cuyos valores aproximadamente superan dos veces el valor del estimador correspondiente al padre. Los alumnos no presentan diferencias.

Lamentablemente las madres solo son aprobadas por alumnas y alumnos en el grupo de comunicación excelente en el hogar, obteniéndose una estimación de la puntuación media de 7 IC95% (6.41, 7.54) y 6.79 IC95% (6.05, 7.54) respectivamente.

Los padres no son aprobados por las alumnas en ninguno de los niveles y solo son aprobados por los alumnos cuando el nivel de comunicación en el hogar es excelente, con una puntuación media estimada de 6.7 IC95% (5.21, 6.92).

En resumen los padres han suspendido en la “asignatura de comunicación”. Al preguntar a los jóvenes en quién buscarían apoyo en caso de un embarazo solo declararon recurrir a los padres el 57% de las alumnas y el 64.3% de los alumnos, indicador posible de esa falta de confianza en ellos. Se hace necesaria una llamada de atención a las familias para que no relajen el diálogo con los hijos. Quizá estemos ante una situación complicada en la que los adolescentes se alejan de la tutela de los padres, en favor de dar mayor peso e importancia afectivamente y para el ocio y la información a sus amigos, y a las tecnologías, las redes sociales e internet, mientras que los padres miran con impotencia. Forma parte del ciclo vital que en la etapa adolescente los alumnos y alumnas busquen su autodeterminación y se distancien de los padres. Pero a los padres

competen a continuar siendo el referente para los hijos, estar ahí, provocando y guiando el diálogo con ellos.

Las puntuaciones que otorgan a los profesores también son muy bajas. La valoración que hacen tanto unos como otras de la comunicación en temas afectivo-sexuales con los profesores se sitúan en la mayoría de los casos por debajo de 3. Probablemente este dato signifique sencillamente que los profesores no son ni sus interlocutores ni sus confidentes para estos temas.

En cambio, las puntuaciones dadas a la comunicación con los amigos son siempre muy altas, con una puntuación próxima a 7 en el peor de los casos.

Los resultados obtenidos en la confianza de los adolescentes con los padres para hablar de temas afectivo-sexuales son similares a los de otros estudios. Así, por ejemplo, el de Parra y Oliva (2002) o el sondeo de opinión INJUVE 2010.

Cabe destacar las diferencias entre los resultados obtenidos en este trabajo y los del INJUVE relativos a la comunicación con los profesores y las amistades; en el INJUVE los profesores aparecían como principal fuente de información para el 24.2% de los jóvenes, mientras que en el presente trabajo las bajas puntuaciones de los profesores hacen entender que estos temas no se tratan en el centro educativo. Por el contrario, las amistades que, como se ha comentado, aparecen con puntuaciones muy elevadas, solo eran considerados la principal fuente de información para el 24.4% de los jóvenes encuestados en el sondeo 2010. Hay que señalar que la edad de los encuestados de INJUVE va de 15 a 29 años, por tanto, muchos de ellos han superado la adolescencia y han dejado de tener las amistades como referente.

8.5. Tolerancia con la homosexualidad.

El último de los rasgos que se ha analizado en este trabajo es el relativo a la tolerancia de los adolescentes con la homosexualidad.

Se observa que la actitud de los jóvenes encuestados es distinta según el grado de amistad, así cuando el amigo manifiesta su homosexualidad un 10.9%

mostraría un comportamiento negativo hacia él, mientras que cuando no hay tanta confianza, ante la sospecha de homosexualidad, el porcentaje es del 20.6%.

Los resultados muestran que cuando la homosexualidad está en el entorno, prácticamente todos estarían dispuestos a aceptarla. Sin embargo, en abstracto, cuando se trata de una persona que no es del grupo, el porcentaje de rechazo se duplica. Estos porcentajes son similares a los que aparecen en el estudio COGAM (2013) en el que el 25.35% tiene prejuicios.

En este caso los factores que han marcado diferencias significativas han sido el sexo y la opinión que el adolescente tiene sobre la actitud de sus amigos si él fuera homosexual. Las alumnas muestran un alto grado de tolerancia, independientemente de la opinión que tienen sobre la actitud de sus amigos. Entre los varones, se observa una clara asociación, su nivel de tolerancia depende de su percepción del nivel de tolerancia de sus amigos. Concretamente el colectivo que opina que sería aceptado por sus amigos es el más tolerante. Los que desconocen la actitud de sus amistades aparecen como más tolerantes hacia su entorno y más dudoso fuera de su grupo. Finalmente, el colectivo que opina que sería rechazado es el menos tolerante.

Estos resultados son acordes con los que se reflejan en el Informe INJUVE (2010) donde se señala que aunque la juventud se auto-percibe y se expresa como un colectivo tolerante, el instituto no aparece como un espacio particularmente libre de homofobia.

La promoción no ha resultado ser un factor significativo, es decir, los jóvenes son igual de tolerantes o intolerantes en el 2014-15 que en el 2008-09. El hecho de no haber empeorado podría interpretarse como un dato positivo, pero en una sociedad en la que el avance cultural y legislativo nos incita y estimula a ser tolerantes con la diversidad, el hecho de que estos alumnos y alumnas objeto del presente estudio no hayan mostrado ser más tolerantes es un hecho negativo, puesto que es un reflejo de que ellos no han progresado en esta línea,

en consonancia con el lento progreso de la sociedad a la hora de asumir la diversidad.

8.6. Diferencias por género, promoción y haber recibido o no formación afectivo-sexual.

El género ha aparecido como factor determinante a la hora de marcar diferencias en cada uno de los rasgos analizados en este estudio.

Las mujeres, con respecto a los hombres, distinguen mejor que ellos que iniciarse en relaciones sexuales depende de uno mismo y de su grado de preparación y madurez; están más concienciadas del uso de la píldora del día después como contraceptivo de emergencia (en la promoción del 2008-09). Están más preocupadas por los riesgos de contraer ETS o SIDA y por la posibilidad de embarazos y son más conscientes que ellos de los riesgos de relaciones sin protección con personas a quienes apenas conocen. Conceden mayor gravedad al problema real de un embarazo y a la posibilidad de un aborto.

Tienen mejor adquiridas que los hombres las competencias relativas a la aceptación de la voluntad de la pareja para no incurrir en conductas de riesgo, o la no aceptación de su voluntad cuando ello implicara las conductas de riesgo.

Asimismo las alumnas se comunican mejor con las madres dándoles puntuaciones más altas que las que les dan los alumnos. Al contrario los alumnos otorgan puntuaciones más altas a la comunicación con el padre.

Y por último ellas son más tolerantes con la homosexualidad.

La influencia del género en todos los rasgos y características estudiadas significa que los alumnos y las alumnas, teniendo distintas particularidades y distintas necesidades, asimilan y hacen suyas, también de manera diferente las enseñanzas.

La promoción también está asociada al comportamiento de los adolescentes, así se detectan unas actitudes más positivas o más competencias adquiridas en la

promoción 2008-09 comparado con la 2014-15 tanto en alumnos como alumnas con respecto al uso del preservativo como método adecuado para todas las relaciones sexuales y sobre la importancia que conceden al caso real de un embarazo.

En el caso solo de las alumnas, estaban más concienciadas en 2008-09 sobre el uso de la píldora del día después como remedio de emergencia, sobre el momento adecuado para iniciarse en las relaciones sexuales; y concedían mayor importancia y gravedad a la posibilidad de un aborto. También actuaban mejor en cuanto a no ceder a presiones de la pareja para aceptar prácticas sexuales de riesgo.

Hay que añadir que en el caso de los hombres, se incrementa en el 2014-15 el porcentaje de los dispuestos a practicar sexo no seguro.

Un aspecto en el que sí se ha observado mejoría en la promoción 2014-15 es en el de la confianza o apoyo necesario en los padres para recurrir a ellos que sí ha aumentado en la promoción 2014-15, tanto en el grupo de alumnos como de alumnas. Constatación paradójica, teniendo en cuenta que la valoración que hacen unos y otras de la comunicación en temas sexuales tanto con padres como con madres (y con profesores) ha bajado en la promoción 2014-15. Esto podría interpretarse como síntoma del malestar de los adolescentes ante la escasa comunicación con sus padres, de hecho han manifestado en otros estudios su deseo de tener a los padres como principal fuente de información, el 34.4%, Romero de Castilla (2001) y 53.1% Cifras INE (2004).

Aunque el tiempo transcurrido es de seis años, la influencia de la promoción lleva a pensar que los adolescentes de una y otra se comportan, actúan y piensan de manera diferente. Debemos suponer que en esos pocos años, no obstante, se han producido suficientes cambios en el ambiente social, cultural y político que justifiquen la relajación de los miedos adolescentes y la cotidianidad de conductas imprudentes asumidas con naturalidad. Cambios que justifiquen asimismo, por parte de la sociedad y de los padres, la mayor disponibilidad a proteger hasta edades más avanzadas a los jóvenes, convirtiéndolos en eternos

adolescentes y privándoles de la autonomía e independencia para que aprendan a asumir sus riesgos y ser responsables de sus actos. Y finalmente cambios que justifiquen, por parte de las políticas sanitarias y educativas, haber relajado el discurso y actuar menos incisivamente.

El factor que no ha aparecido significativo en ninguno de los análisis realizados es haber recibido o no formación afectivo-sexual dentro del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

A pesar de que los alumnos manifiestan estar contentos con la formación recibida, con unas puntuaciones medias muy altas, y afirman que les han sido útiles, no hay evidencia estadística de que la actitud y comportamiento (actual) de los adolescentes que han recibido formación afectivo-sexual sea mejor, más adecuado, más tolerante o simplemente que estén mejor preparados que aquellos que no la han recibido.

No cabe duda de que este es un resultado decepcionante. Las expectativas y deseos de los responsables de cualquier proyecto de educación afectivo-sexual (de cualquier formador en realidad) son obtener evidencia del éxito, la prueba de que los receptores del mensaje lo han aprovechado, interiorizado, aprendido de él y adquirido las destrezas, habilidades, competencias que se pretenden.

De haber obtenido resultados positivos en este sentido se podría haber afirmado abiertamente que ofrecer a los adolescentes educación afectivo-sexual es ventajoso.

En este caso no se ha encontrado la evidencia estadística; no obstante eso no debe ser motivo de desánimo.

Parece claro que este es el camino a seguir, que la formación completa de las personas incluye ser bien formados también en materia de afectividad y sexualidad, habrá que seguir trabajando en ello, mejorando, adecuando y adaptando los proyectos que se apliquen ya sea de manera externa o dentro del currículo de las escuelas.

La educación es una semilla cuyos frutos no tienen por qué recogerse inmediatamente sino a largo a plazo, a lo largo de toda vida. La educación comienza desde el nacimiento y en ella actúan y participan la familia, la escuela y el entorno. Aunque en el momento actual del estudio no se han encontrado diferencias es de esperar que sí se encuentren en su vida de adulto. Podría darse el caso de que los resultados solo se hagan visibles al comparar unas generaciones con otras.

El proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? debe su nombre precisamente a que la intervención en la formación reglada en la escuela se ha iniciado tarde, pero con la esperanza de que no sea demasiado tarde.

Los receptores, los adolescentes, valoran muy positivamente los cursos del proyecto y los rentabilizan, además de demandarlos, como corroboran otros estudios, INJUVE (2010), lo que ha de servir de apoyo y estímulo para seguir elaborando y mejorando en el futuro inmediato los proyectos de formación afectivo-sexual.

Es importante trazar las directrices en las que los siguientes proyectos han de incidir, diseñar la metodología adecuada, los conceptos en los que los adolescentes no se están formando debidamente, las competencias que no se están adquiriendo y si es el caso o si es posible, diseñar cursos a medida, ya sea a la medida de cada joven, como a la medida de cada grupo de jóvenes.

Será especialmente importante el diseño de estos proyectos ahora que con la entrada en vigor de la ley LOMCE (Ley Orgánica 8/2013) de Mejora de la Calidad Educativa, se ha eliminado la asignatura de Educación para la Ciudadanía, con lo que la enseñanza obligatoria pierde ese posible espacio en el que enseñar materias de salud sexual y reproductiva. Este es uno de los motivos por los que la CEDAW (la Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres) en su Informe sobre igualdad de fecha Julio 2015 recrimina a España.

8.7. Comparativa del presente trabajo con otras evaluaciones de programas de educación afectivo-sexual.

Desde el año 1990 se han diseñado y puesto en marcha en España muchos proyectos de educación afectivo-sexual. Sin embargo es difícil encontrar publicaciones de valoraciones sistemáticas y rigurosas acerca de la eficacia de estos programas.

Muchos estudios realizados hasta ahora estaban enfocados solo en la valoración que hacían los participantes, que cualitativamente siempre es muy satisfactoria. Posiblemente ese éxito sea un motivo por el que los organizadores no han tomado conciencia de la necesidad de realizar evaluaciones sistemáticas y en profundidad y de la utilidad para el resto de la comunidad.

Sobre el tipo de evaluación, muchos estudios realizados se centraban en contrastar un aumento de conocimientos en materia afectivo-sexual mediante cuestionarios pre y post intervención; y la metodología empleada no permitía cuantificar adecuadamente la mejor o peor asimilación de conceptos; y raramente podían medir actitudes.

Como novedad el presente trabajo pone el acento en detectar qué aspectos, conocimientos y actitudes están interiorizados y cuáles no, independientemente de la formación. Al utilizar un diseño de medidas repetidas cada individuo se compara consigo mismo, de esta forma es posible conocer cuáles son las competencias que adquiere en materia afectivo-sexual y cuáles no; permitiendo así una lectura más acertada de las conclusiones.

El tamaño muestral permite extraer conclusiones inferenciales sobre las competencias no adquiridas, sobre las debilidades de la formación integral de cada adolescente y del conjunto de ellos. El aumento excesivo del tamaño de muestra, muy interesante desde el punto de vista descriptivo, puede conllevar sin embargo en estadística inferencial un innecesario incremento de la potencia estadística apareciendo como diferencias estadísticamente significativas valores irrelevantes desde el punto de vista educativo.

En resumen el presente trabajo representa, hasta la fecha el único centrado en evaluar las competencias, además de aportar un diseño, una metodología y un tamaño de muestra que permiten detectar claramente las carencias, debilidades y dificultades en temas afectivo-sexuales con las que conviven los adolescentes.

9. Conclusiones

1. Los adolescentes de la Comunidad de Extremadura no han adquirido todas las competencias relativas a la formación afectivo-sexual. No tienen una actitud responsable en cuanto al uso del preservativo, con diferencias importantes de los hombres respecto a las mujeres y de la promoción 2014-2015 respecto a la 2008-09.
2. Sí muestran una adecuada actitud respecto a su seguridad y autoestima aunque con diferencias por sexo.
3. Manifiestan una alta sensibilización con el riesgo de un embarazo o de ser contagiados de una enfermedad de transmisión sexual (ETS) o de SIDA.
4. Respecto a las relaciones dominantes o de igualdad, los alumnos muestran un claro desconocimiento de los comportamientos adecuados comparado con las alumnas.
5. La valoración que hacen los adolescentes de la comunicación en temas afectivo-sexuales con sus padres, madres y profesores está muy lejos del aprobado.
6. En cuanto al grado de tolerancia con la homosexualidad ellos son menos tolerantes que ellas, observándose en algunos casos posiciones claras de rechazo.
7. El sexo y la promoción aparecen como factores que marcan diferencias en todos los rasgos analizados. Haber recibido o no formación afectivo-sexual no muestra variaciones en la adquisición de las competencias.
8. Los alumnos que han recibido formación afectivo-sexual la valoran muy positivamente.

10. Referencias

1. Amaro Á. (2011) La Educación Afectivo-Sexual y las nuevas tecnologías para una adolescencia virtualizada. IX Jornadas de Redes de Investigación en Docencia Universitaria . Disponible en <http://web.ua.es/en/ice/jornadas-redes-2011/documentos/proposals/185400.pdf>. Acceso 13-09-2015.
2. Arillo G I. (2008) El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR, México, Tesis de Maestría en Estudios de Población y Desarrollo Regional, Facultad de Arquitectura de la Universidad Autónoma del Estado de México (FAUAEM)/UNAM Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM).
3. Barella J L, Mesa I, Cobeña M. (2002). Conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno. Medicina de Familia (And) Vol. 3, N.º 4, 255-260.
4. Barnes H L, Olson D H. (1985). Parent-adolescent communication and the circumplex model. Child Development 56, 438-447.
5. Barragán F. (1995). Sexualidad, educación sexual y promoción de la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública, 4:23-26.
6. Barragán F, Guerra I, Jiménez B. (1996). La construcción colectiva de la igualdad. Junta de Andalucía-Consejería de Educación y Ciencia. Sevilla.
7. Barragán V. (2007). Salud Sexual y Reproductiva. Consejo Contraceptivo. Ponencia en el III Seminario Vita de Salud Sexual, Reproductiva y Materno-infantil. Yaoundé.
8. Barragán V. (2002). La educación afectivo-sexual. Estudio de actitudes del profesorado de secundaria de Extremadura. Trabajo final para la obtención del Diploma en Salud Sexual y Reproductiva de la Escuela de Salud de Extremadura. Badajoz.

9. Bermúdez MP, Buela-Casal G, Teva I. (2011) Type of Sexual Contact and Precoital Sexual Experience in Spanish Adolescents. *Universitas Psychologica*; vol.10, núm 2:411-421.
10. Benschoff J M. y Alexander S J. (1993). The family communication project: fostering parent-child communication about sexuality. *Elementary School Guidance & Counselling*, 27, 228.
11. Callejas S, Fernández B, Méndez P. y cols. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes en la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 79, núm. 5.
12. Carey V J, Lumley T, Ripley B. (2012). gee: Generalized Estimation Equation solver. Disponible en

<http://CRAN.R-project.org/package=gee>. R package version 4.13-18.

Acceso 13-09-2015.
13. Carrera-Fernández M V, Lameiras-Fernández, M, Foltz M L, Núñez-Mangana A M, Rodríguez-Castro Y. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria. *International Journal of Clinical and Health Psychology* Vol. 7, Nº 3, pp. 739-751.
14. Carrera M V. et al. (2013). Actitudes hacia la diversidad sexual en estudiantes de secundaria españoles. *Revista Iberoamericana de Salud y Ciudadanía* 12/2013; 2(2):110-128.
15. Cifras INE 4/2004. Disponible en

http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_sida0704.pdf.

Acceso 13-09-2015.

16. Chico E, González R, Parrado S. (2000). Talleres de afectividad-sexualidad. I Parte. Revista A tu salud 2000; 30_11-19. Talleres de afectividad-sexualidad. II Parte. Revista A tu salud 2000; 31-32: 15-20.
17. Cifras Jóvenes. Sondeo de opinión (2010). Jóvenes y Diversidad Sexual. Instituto de la Juventud. Disponible en http://www.injuve.es/sites/default/files/Sondeo2010_2b.pdf
Acceso 13-09-2015
18. Claramunt C. (2006). La adolescencia: análisis de una década (1993-2003). Ponencia presentada en las XII Jornadas de Educación para la Salud en la Escuela: La educación afectivo-sexual en el ámbito escolar. Valencia.
19. Claramunt C. (2011). Valoración del programa de educación sexual (P.E.Sex) en adolescentes de 13 a 16 años. Tesis Doctoral. Disponible en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Cclaramunt/Documento.pdf> Acceso 01-06-2015.
Acceso 16-9-2015
20. Clínica Dator (2006). Estudio Preliminar de Interrupciones Voluntarias de Embarazo en el período 2000-2005 en la Clínica Dator. Madrid.
21. COGAM (2013). Homofobia en las aulas 2013. ¿Educamos en la diversidad afectivo sexual? Disponible en www.cogam.es/.../informe-completo-homofobia-en-las-aulas-2013.pdf
Acceso 16-9-2015
22. Declaración de derechos sexuales, adoptada por la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Disponible en http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_3715000/3715309.stm.

Acceso16-9-2015

23. Encuesta de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) del 2014.
24. 3ª Encuesta del equipo Daphne con la colaboración de Bayer Schering Pharma sobre Sexualidad y Anticoncepción en la Juventud Española, del año 2009. Disponible en:

<http://www.grupodaphne.com/archivos/encuestas/presentacionj.pdf>

Acceso16-9-2015

25. Encuesta Nacional de Salud Sexual. (2009). Observatorio de Salud de la Mujer de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Gobierno de España. Disponible en:

www.msssi.gob.es/.../v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf

Acceso16-9-2015

26. Estándares de Educación Sexual para Europa. Marco para las personas encargadas de formular políticas educativas, responsables y especialistas de salud. Oficina Regional de la OMS para Europa y BZgA. Disponible en:

http://www.madridsalud.es/publicaciones/OtrasPublicaciones/standars_d_e_calidad_de_la_educacion_sexual_en_europa_traducido_12nov.pdf

Acceso16-9-2015

27. Estébanez, I y Vázquez, N (2013) .La desigualdad de género y el sexismo en las redes sociales. Observatorio Vasco de la Juventud. VI 196. Disponible en:

https://www.euskadi.eus/contenidos/noticia/liburua_sexismoa_gazteak_7/es_def/adjuntos/sexismo_gizarte_sareetan_c.pdf.

Acceso 12-09-2015.

28. ESTRATEGIA DE LA UNESCO SOBRE EL VIH Y EL SIDA, (2012).
Disponible en:
<http://www.unesco.org/new/es/hiv-and-aids/about-us/our-strategy/>
Acceso 16-9-2015
29. Evaluación de un Programa de Educación Sexual y Prevención de VIH/SIDA en Centros de Menores. (2008). Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/jovenes/docs/EvaluacionProgramaEducacionSexualCentrosMenores.pdf>. Acceso 16-9-2015
30. Federación Internacional de Planificación de la Familia (*IPPF*) *Carta sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos*. (1996) Londres. Disponible en:
http://www.ipas.org/spanish/womens_rights_and_policies/international_health_professional_associations_recommendations.asp#ippf.
Acceso 16-9-2015
31. Federación internacional de Planificación Familiar (*IPPF*). *Barometer of Women`s Access to Modern Contraceptive Choice in 16 EU Countries*. 2015. Disponible en:
<http://www.ippfen.org/resources/barometer-2015-womens-access-modern-contraceptive-choice>.
Acceso 16-9-2015
32. Fernández Costa S, Juárez Martínez, O Díez D E. (1999). Prevención del Sida en la Escuela Secundaria: Recopilación y valoración de programas. *Revista Española de Salud Pública*. Vol 73, Nº 6.
33. Fisher W A, Byrne D, White L A, Kelley K. (1998). Erotophobia-Erotophilia as a dimension of personality. *J Sex Res*; 25:12-51.
34. Font P. *Pedagogía de la sexualidad*. (2002). Universitat de Barcelona- Institut de Ciències de l'Educació (ICE). Barcelona.

35. García G A, Cañadas-De la Fuente G A, González-Jiménez E, Fernández Castillo R, García I. (2011). Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. REv.Méd. Chile [internet],139 (10). 1269-1275.
36. García J, Lena A, González-Fernández C, Blanco A G. (2009). Ni ogros ni princesas. Guía para la educación afectivo-sexual en la ESO. Conserjería de Salud y servicios sanitarios. Conserjería de Educación y Ciencia. Instituto Asturiano de la Mujer.
37. González C, Sánchez-Crespo J R, González A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. (2009). Enfermería clínica. Vol. 19, Nº. 4, 221-224.
38. Hargreaves A, Earl L, Ryan J. (1998). Una educación para el cambio: reinventar la educación de los adolescentes. Barcelona, Octaedro.
39. Hernán M, Ramos M, Fernández A. (2002). Salud y Juventud. Consejo de la Juventud de España. Disponible en:
http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/import/cje/cje0029.pdf
Acceso 16-9-2015
40. Hernández-Martínez A, García-Serrano I, Simón-Hernández M, Coy-Auñón R. García-Fernández A M, Liante-Peñarrubia E, Floro-Moreno P, Mateos-Ramos A. (2009). Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. Enfermería Clínica 2009; 19 (3): 121-128.
41. Huber M, and colleagues (2011). How should we define health? BMJ 2011;343:d4163. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d4163>

Acceso 16-9-2011

42. Hutchinson, M. K. y Cooney, T. M. (1998). Patterns of parent-teen sexual risk communication: implications for intervention. *Family Relations*, 47, 185.
43. Hyde J S. *Understanding Human Sexuality*. (1994). EEUU. McGraw Hill.
44. Infante A, París A, Fernández L, Padrón M. (2009) ¿Y tú que sabes de “eso”? Manual de educación sexual para Jóvenes. Diputación de Málaga.
45. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1995). Fondo de Población de las Naciones Unidas. San José: Litografía e imprenta LIL.
46. Informe de la interrupción voluntaria del embarazo y métodos anticonceptivos en jóvenes. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/intVoluntariaJoven.pdf>

Acceso 16-9-2015

47. Informe del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la educación (sexual). 2010. Disponible en:

<http://www.movilh.cl/documentacion/Derecho%20humano%20a%20la%20educaci%C3%B3n%20sexual.pdf>

Acceso 16-9-2015

48. Informe Juventud en España 2012. Instituto de la Juventud. Disponible en :

www.injuve.es/sites/default/files/2013/26/publicaciones/IJE2012_0.pdf

Acceso 16-9-2015

49. Informe 2004: Las concepciones de salud de los jóvenes. Volumen I: Discursos sobre la salud y la enfermedad. Volumen II: Prácticas y comportamientos relativos a los Sistema de información sobre hábitos saludables. .Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Conserjería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. Disponible en:

www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA...PortalSalud%2FPTSA...

Acceso 16-9-2015

50. Jordan, T. R., Price, J. H. y Fitzgerald, S. (2000). Rural parents' communication with their teen-agers about sexual issues. *Journal of School Health*, 70, 338-345.

51. Kaplan H S. (2014). La Nueva Terapia Sexual. Vol. 1: Medicina y Salud. Alianza Editorial Madrid.

52. Lameiras M, Carrera M V, Núñez Mangana A M, Rodríguez Castro Y. (2006). Evaluación de un programa de educación sexual con adolescentes: una perspectiva cualitativa.

53. Liang K Y, Zeger S L. (1986). Longitudinal data analysis using generalized linear models. *Biometrika*; 73:13–22.

54. Libro blanco de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación, ANECA, sobre el PROYECTO DE LA TITULACIÓN DE ENFERMERÍA 2005.

Disponible en

http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05_enfermeria.pdf

Acceso 16-9-2015

55. LOE, 2006. Disponible en:

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-7899-consolidado.pdf>

Acceso 16-9-2015

56. López J. (1986). Actitud del profesorado de preescolar, E.G.B. y educación especial hacia la educación sexual en la escuela. Revista de sexología nº 26. In.Ci.Sex. Madrid.
57. López F, Fuertes A., (1994). Para comprender la sexualidad. Verbo Divino. Navarra.
58. López F. (1995). Educación sexual de adolescentes y jóvenes. Siglo XXI de España Editores. Madrid.
59. López F. (1995). La Educación Sexual. (2005). Biblioteca Nueva.
60. Mesa M I, Barella J L, Cobeña M. (2004) . Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. Atención Primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria; 33(7):374-380.
61. Miguel, V (2013) Informe sobre Percepción de la violencia de género en la adolescencia y la juventud 2013. Encargado por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. NIPO: 680-15-003-X. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/estudiosinvestigaciones/PDFS/Percepcion_Social_VG_Adolesc_Juv.pdf.

Acceso12-09-2015.

62. Nenadic O. Greenacre M. (2007). Correspondence analysis in R, with two- and three-dimensional graphics: The ca package. Journal of Statistical Software, 20 (3), Disponible en:
<http://www.jstatsoft.org/v20/i03/>. Acceso12-09-2015
63. ONU.SIDA. ESTRATEGIA 2011-2015. LLEGAR A CERO. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida (ONUSIDA).Disponible en:

http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2034_UNAIDS_Strategy_es.pdf.

Acceso 16-9-2015

64. Pardo MC, Pérez T. (2013). Analysis of housing prices by GEE and GLMM methodologies. A longitudinal study. Applied Stochastic Models in Business and Industry. 29(5), 552–563.
65. Parra A, Oliva A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. Anales de psicología, vol. 18, nº 2 (diciembre), 215-231.
66. Peduzzi P. et al. (1995). Importance of events per independent variable in proportional hazards regression analysis. II. Accuracy and precision of regression estimates. J ClinEpidemiol 12. Vol. 4..
67. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011. Disponible en:
<http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/myd/PlanEstrategico2008-2011.pdf>

Acceso 16-9-2015

68. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016. Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
[http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicasocial/Documents/PEI_O2014-2016%20\(PLAN%20IGUALDAD%20OPORTUNIDADES\).pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/espana/eh15/politicasocial/Documents/PEI_O2014-2016%20(PLAN%20IGUALDAD%20OPORTUNIDADES).pdf)

Acceso 16-9-2015

69. Plataforma CEDAW Sombra España (2015). VII y VIII informes periódicos de España ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer.

Disponible en:
http://www.rednosotrasenelmundo.org/IMG/pdf/InformeSombra_Actualizado_23Sep__2014.pdf

<https://cedawsombraesp.wordpress.com/2015/07/02/nota-de-prensa-la-onu-suspende-a-espana-en-igualdad-de-genero/>

Acceso 16-9-2015

70. Pérez T, Makrestsov N, Garatt J, Torlakovic E, Gilks CB. and Mallett S. (2015). Modelling Canadian quality control test programme for Steroid Hormone Receptors in Breast Cancer using hierarchical modelling: Diagnostic Accuracy Study. *Applied Immunohistochemistry and Molecular Morphology*. In press.
71. Real P, Oliva A, Serrano M. et al. (2003). Sexualidad y Contracepción entre las jóvenes sevillanas: Un estudio cuantitativo. Ayuntamiento de Sevilla, Servicio de Juventud. Universidad de Sevilla.
72. Rock E M, Ireland M, Resnick M D. To know what that we know what we know. (2003). Perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior *J PediatrAdolescGynecol*, 16: 369-376.
73. Rodríguez E, Ballesteros J C, Megías I, Rodríguez M A. (2008) La lectura juvenil de los riesgos de las drogas: del estereotipo a la complejidad. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Madrid. Disponible en :
<http://www.fad.es/sites/default/files/riesgosbeneficios.pdf>

Acceso 16-9-2015

74. Romero de Castilla R J, Lora M N, Cañete R. (2001). Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Atención Primaria* Vol. 27. Núm.01. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adolescentes-fuentes-informacion-sexualidad-preferencias-13724>

Acceso 16-9-2015

75. Save The Children. (2010). La tecnología en la preadolescencia y adolescencia: Usos, riesgos y propuestas desde los y las protagonistas.

76. Soriano-Ayala E, González-Jiménez A J, Soriano-Ferrer M. (2014). Educación para la salud sexual. Del enamoramiento al aborto: Un estudio cualitativo con adolescentes españoles e inmigrantes. Perfiles educativos vol.36 no.144 México. Disponible en :

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S018526982014000200007&lang=pt

Acceso 16-9-2015

77. Steinberg, L. (1981). Transformations in family relations at puberty. *Developmental Psychology*, 17, 833-840.

78. Steinberg, L y Hill, J. (1978). Patterns of family interactions as a function of age. The onset of puberty and formal thinking. *Developmental psychology*, 14, 683-694.

79. Vergouwe Y, Steyerberg EW, Eijkemans MJC, Habbema JDF (2005). Substantial effective sample sizes were required for external validation studies of predictive logistic regression models. *Journal of Clinical Epidemiology*, Vol. 58, Issue 5, p475–483.

80. Venegas, M. (2009). La política afectivo-sexual: una aproximación sociológica a la educación afectivo-sexual. Tesis Doctoral. Editorial de la Universidad de Granada. DL: GR1800.

81. Venegas M. (2013a). Sex and relationships education and gender equality: recent experiences from Andalusia (Spain). *Sex Education*. Volume 13, Number 5, 1 September 2013, pp. 573-584(12). Disponible en:

<http://www.ingentaconnect.com/content/routledg/csed/2013/00000013/0000005/art00008>

Acceso 16-9-2015

82. Venegas, M. (2013b) La educación afectivo-sexual en el marco de la educación para la ciudadanía democrática y los derechos humanos. RASE, Revista de la Asociación de Sociología de la Educación (www.ase.es/rase) vol. 6, núm.3: 408-425. Disponible en :

issuu.com/sociologeducasociologiaeducacion/docs/rase_06_3

Acceso 16-9-2015

83. Westerhuis ME. and al (2012) Prediction of neonatal metabolic acidosis in women with a singleton term pregnancy in cephalic presentation. [Journal]. - [s.l.]: Am J Perinatol. Vol. 29 (3) : 167-74.

11. Anexos

Anexo 1: Mapa del Área Sanitaria de Don Benito-Villanueva. Los IES participantes en el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? pertenecen a municipios coloreados.

ZONA DEL PROYECTO

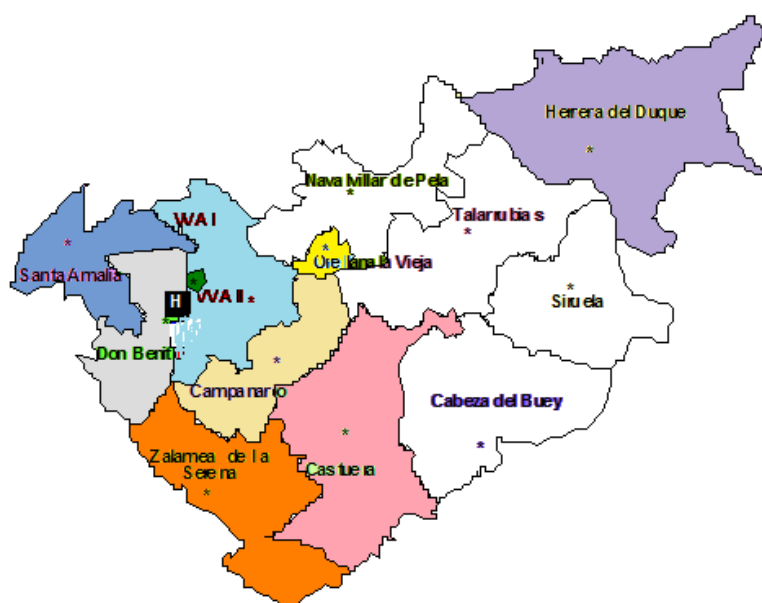


Figura A 1: Mapa del área sanitaria de Don Benito-Villanueva. . Los IES participantes en el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? pertenecen a municipios coloreados

Anexo 2: Cursos e Institutos en los que se desarrolló el Proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Sesiones con los alumnos			
Institutos	2005-2006	2006-2007	2007-2008
San José (Villanueva)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach
Puerta Serena (Villanueva)	1º, 2º ESO	2º, 3º, 4º ESO	2º, 3º, 4º ESO
Luis Chamizo (Don Benito)	2º ESO	2º, 3º, 4º ESO	2º, 4º ESO 1º Bach
Pedro de Valdivia (Villanueva)	1º, 2º, 3º, 4º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO
José Manzano (Don Benito)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach
Cuatro Caminos (Don Benito)	1º, 2º, 3º, 4º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO	2º, 3º, 4º ESO
Donoso Cortés (Don Benito)	1º, 2º, 3º ESO	1º, 2º, 3º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO
Benazaire (Herrera del Duque)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach	¿?	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach
Pedro Alfonso (Orellana)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach	3º, 4º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach
Manuel Godoy (Castuera)	4º ESO	4º ESO	2º, 4º ESO
Bartolomé J. Gallardo (Campanario)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º, 2º Bach
Antonio Nebrija (Zalamea)	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach	1º, 2º, 3º ESO	1º, 2º, 3º, 4º ESO 1º Bach

Tabla A 1: Cursos e Institutos en los que se desarrolló el proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Anexo 3: Número de alumnos totales que recibieron formación del Proyecto durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08

Número Total de Alumnos							
Curso	1º ESO	2º ESO	3º ESO	4º ESO	2º Bach	1º Bach	Total
2005-2006	899	786	906	621	298	103	3613
2006-2007	549	787	809	652	189	111	3097
2007-2008	796	1247	997	962	338	176	4516

Tabla A 2: Número de alumnos totales que recibieron formación del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08

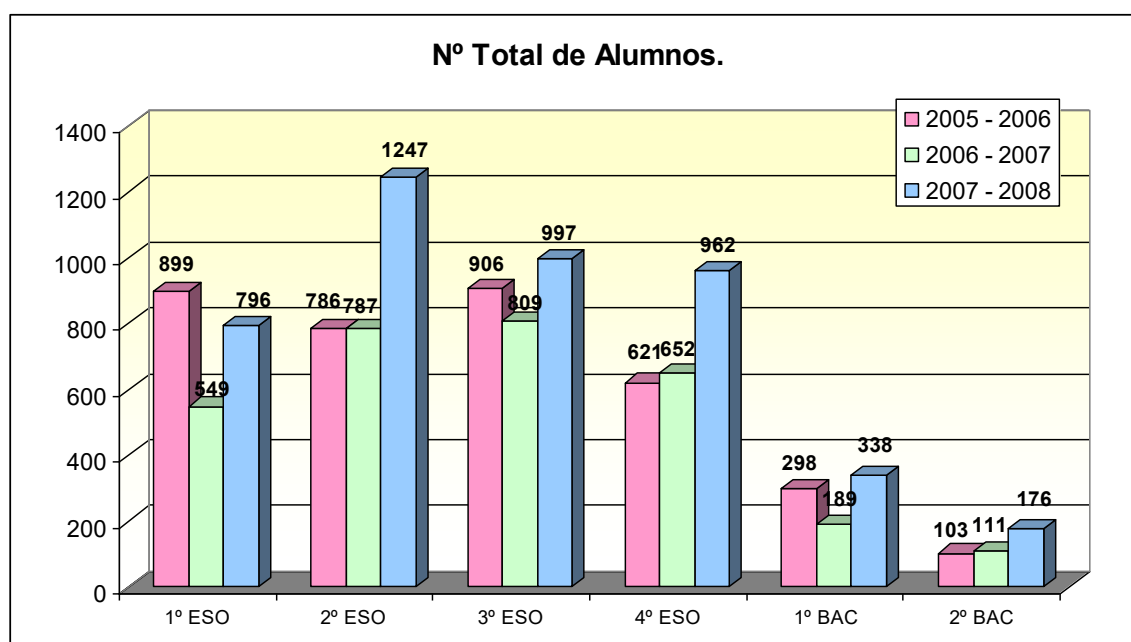


Figura A 2: Número de alumnos totales que recibieron formación del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08.

Anexo 4: Número de alumnos por años que recibieron formación del Proyecto durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08

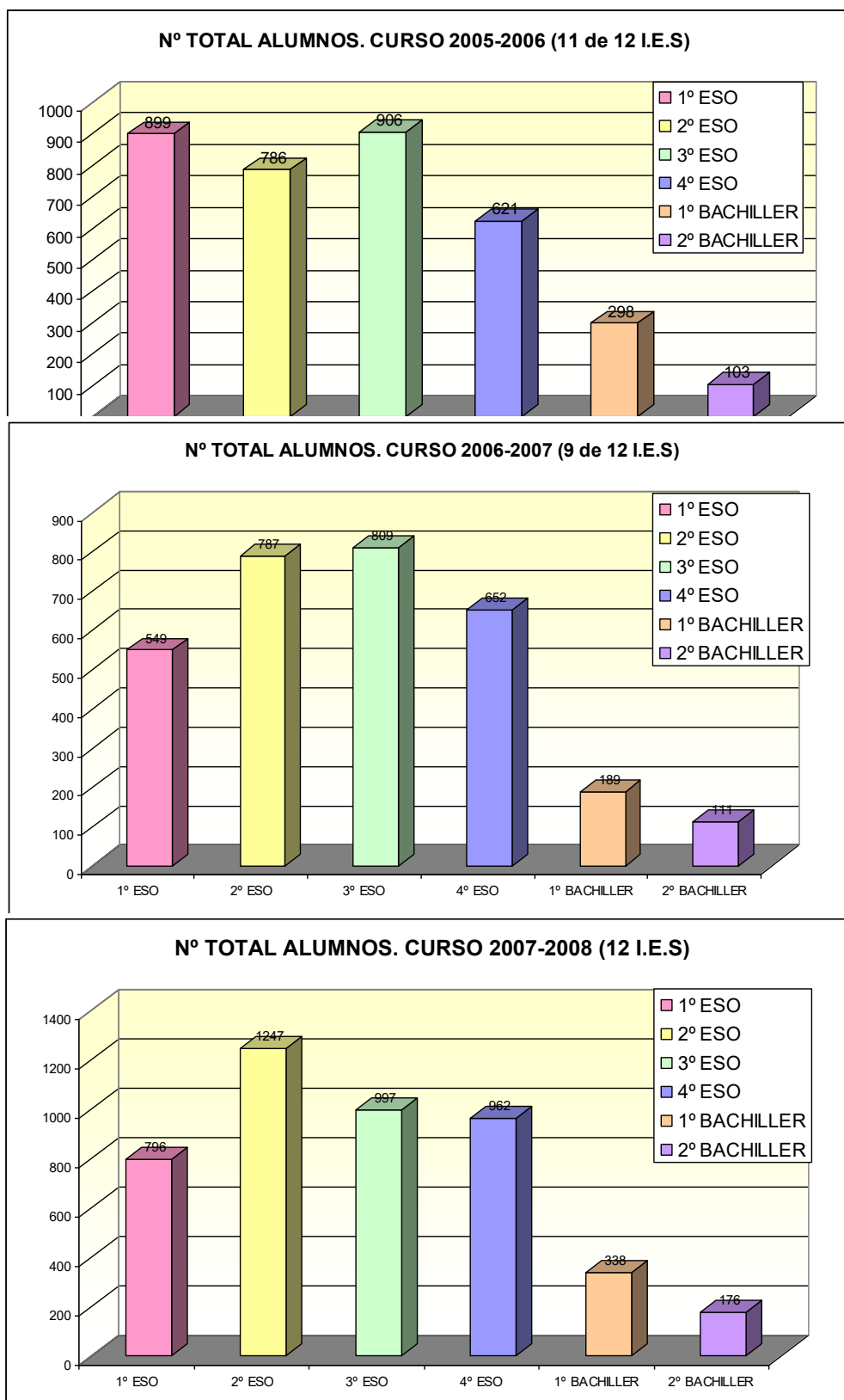


Figura A 3: Número de alumnos por años que recibieron formación del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado? durante los cursos 2005-2006, 2006-2007 y 2007-08

Anexo 5: Ejemplo de sesión de la programación con el profesorado del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?, Sesión 8ª, y detalle de diez actividades propuestas para desarrollar con el alumnado.

Título: “Prevención del riesgo de transmisión de I.T.S. y SIDA”

Ponente: Teresa Mora García (Enfermera C.O.P.F. Don Benito, Diplomada Universitaria en Enfermería, Título Superior de Enfermería, Lda. En Antropología de la Salud y la Enfermedad, Diploma Superior en Salud Sexual y Reproductiva)

Objetivo general: Disminuir la incidencia de I.T.S. y SIDA en los adolescentes y jóvenes de nuestra zona de influencia.

Objetivos específicos:

- Minimizar los riesgos de contagio de ITS y SIDA en las relaciones sexuales.
- Conocer los mecanismos de contagio de las ITS y SIDA.
- Conocer los mecanismos de prevención para las ITS y SIDA.
- Adquirir habilidades para la prevención de riesgos en ITS y SIDA.
- Adquirir habilidades para la negociación en el uso de medidas preventivas en ITS y SIDA.

Contenidos

- Diferencias entre ETS/ITS.
- Generalidades sobre las ITS.
- Generalidades sobre el VIH-SIDA.
- Taller del preservativo.

Actividades a realizar:

- Juego de las tarjetas.
- Aprendemos a usar el preservativo.
- Aprendemos a usar “la preservativa”.

Actividades alternativas:

- Valorando riesgos: SÍ DA/ NO DA.
- Juego de roles: Negociamos el uso del preservativo.
- Juego de roles: Vamos a comprar preservativos
- Analizando casos: El caso de Aday. El caso de Julia.
- Buscamos noticias sobre ITS y SIDA.
- Cadena de inconvenientes en el uso del preservativo.

Recursos para la sesión: Retroproyector, transparencias, tarjetas, bolígrafos y folios.

Bibliografía:

Félix LÓPEZ SÁNCHEZ, 1995, Educación sexual de jóvenes y adolescentes, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A. Madrid.

Salud IV. Las enfermedades de Transmisión Sexual, Instituto de la Mujer.

Concha CIFRIÁN (cord.). 1992, “La mujer y el SIDA” en Salud VII, Instituto de la Mujer.

MASTER & JOHNSON, 1988, El sexo en los tiempos del sida, Ed. B. Barcelona.

COLECTIVO HARIMAGUADA, 1994, “Guía de educación afectivo-sexual en educación secundaria”, en Programa de Educación Afectivo-Sexual. Gobierno de Canarias.

AA. VV. PEAS Proyecto de educación afectivo-sexual, Trabajadores Sociales de los COPFs, Consejería de Sanidad, Junta de Extremadura.

AA.VV., 1995, Guía Didáctica Educación para la Salud. Educación Secundaria: SIDA, Consejería de bienestar Social, Badajoz.

AA.VV., 1996, Curso de Educación Afectivo-Sexual. CPR Coria.

Tabla A 3: Ficha técnica de la 8ª sesión de la programación con el profesorado del proyecto ¿Comenzar la casa por el tejado?

Actividad I: Juego de las tarjetas o cacería de firmas (López 1995)

El objetivo es hacer ver, con un juego sencillo, la facilidad con que pueden propagarse el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual y valorar los medios de los que disponemos para evitar los contagios. En esta actividad también se pueden observar los efectos de la “presión de grupo” sobre los compañeros y tiene una duración de 30 minutos.

Se dispone de un número suficiente de fichas preparadas, para todos los integrantes del grupo, transparencias y retroproyector. El número ideal de participantes para la realización de esta actividad es de 20 a 30 personas.

Existen 10 tarjetas con mensaje y el resto están en blanco. Los mensajes pueden expresarse de la siguiente forma:

1 tarjeta: dice “jugar solamente con el/la compañero de la derecha”.

1 tarjeta: dice “jugar solamente con el/la compañero de la izquierda”.

1 tarjeta: dice “no jugar”.

1 tarjeta: lleva dibujada una raya roja (No expresa su significado, pero corresponde a una persona que tiene una ITS/ETS.)

1 tarjeta: lleva dibujadas dos rayas rojas (No expresa su significado, pero corresponde a una persona que tiene una ITS/ETS y utiliza preservativo.)

1 tarjeta: lleva dibujada una raya verde (No expresa su significado, pero corresponde a una persona que tiene SIDA.)

1 tarjeta: lleva dibujadas dos rayas verdes (No expresa su significado, pero corresponde a una persona que tiene SIDA y utiliza preservativo.)

3 tarjetas: lleva dibujadas dos barras azules (No expresa su significado, pero cada una, corresponde a una persona que utiliza preservativo.)

Se reparte una tarjeta a cada participante en el juego procurando alternar las fichas que contienen mensaje y las que no lo tienen. Si se conoce el grupo previamente es interesante dar las tarjetas con mensaje a personas que faciliten la dinamización del juego.

Discretamente se pide a los portadores de las tres tarjetas con mensaje escrito que sigan las instrucciones que tienen y se les aclaran las posibles dudas sin desvelar la dinámica de la actividad. Se pide a todos los participantes que durante dos minutos intercambien firmas con las personas que quieran hacerlo.

Pasado el tiempo necesario para el intercambio de firmas, se ruega a todos que vuelvan a sus asientos.

Una vez que el grupo se ha tranquilizado se comienza a desvelar el significado de la dinámica realizada. Se explica que cada intercambio de firmas significa una relación sexual que se ha mantenido.

Se pide a la persona que tiene la tarjeta con una raya roja (equivale a una ETS) que salga al centro del grupo.

A continuación se va nombrando a los que hayan firmado la tarjeta y también se les pide que acompañen a esta persona.

A medida que se vayan aclarando los significados de cada tarjeta se irán formando dos subgrupos de personas: uno con los que hayan contraído una ITS o SIDA, y otro, con los que no se han contagiado debido al uso de medidas de protección.

Una vez finalizado el juego se pide a los participantes que vuelvan a sus sitios y se establece un debate para comentar la actividad y las percepciones que ha tenido cada uno.

- Para facilitar el diálogo puede preguntarse a cada participante:
- Cómo se ha sentido en el papel que le ha tocado interpretar en el juego
- Qué percepciones ha tenido con respecto al desarrollo del juego
- Qué opinión tiene con respecto a los mecanismos de transmisión

- Qué aportaciones pueden hacer en cuanto a los recursos de prevención...
- En paralelo con este juego se pueden proyectar transparencias con los conceptos que queramos destacar, por ejemplo:
- Concepto de ETS
- Signos y síntomas más frecuentes
- Mecanismos de prevención
- Fuentes de infección...

Actividad II: Aprendemos a utilizar el preservativo

El objetivo es adquirir destrezas en el uso correcto del preservativo y resolver las posibles dudas que el grupo pueda tener con respecto al manejo del mismo. Tiene una duración de 30 minutos y se necesita contar con preservativos para todos los participantes en el taller, un molde de pene (no es imprescindible), transparencias y retroproyector, fotocopias.

A pesar de que existen muchas versiones de cómo aprender a utilizar el preservativo, basándose en la experiencia de otros profesionales y en la propia, la ponente propone el siguiente modo de hacerlo.

Se piden dos voluntarios para realizar la actividad que han de situarse de modo que les puedan observar todos los asistentes. A uno de los voluntarios se le entrega un preservativo, y a la otra persona un molde de pene o similar (puede utilizarse un plátano, una zanahoria... o dos dedos).

Se invita al grupo a reflexionar sobre la importancia que tiene la participación de las dos personas en la colocación del preservativo. Principalmente, esto nos ayudará a desmontar la idea, bastante extendida, de que el uso del condón “corta la relación sexual”.

A partir de ese momento, los voluntarios se encargarán de explicar al grupo la forma correcta de utilizar el preservativo. Simultáneamente se irán resolviendo

las posibles dudas o puntualizando las cuestiones que se consideren necesarias porque entrañen alguna dificultad.

Una vez finalizada la demostración se agradece la ayuda a los voluntarios y se pide al grupo que les dé un aplauso.

A continuación, se entrega a cada uno de los participantes en la actividad una fotocopia con “Instrucciones para el uso correcto del preservativo” y otra con “Cuestiones importantes para el uso del preservativo”.

Cuando dispongan de las fotocopias, proyectaremos unas transparencias con las mismas y haremos un rápido repaso de los puntos que incluyen.

Este punto será un repaso de la actividad realizada, a la vez que nos ayudará a suplir las posibles deficiencias que hayan podido surgir.

En la última parte de esta actividad se reparten condones entre los participantes y se solicita que, colocados por parejas, pongan en práctica la utilización correcta del preservativo. Para llevarlo a cabo, cada uno colocará un preservativo en dos dedos de la otra persona que tiene enfrente.

Les invitaremos a que valoren la pérdida o no de sensibilidad, la resistencia del preservativo, la sensación del contacto con el espermicida o con el lubricante...

Actividad III: Aprendemos a utilizar la preservativa

Con una duración de 10 minutos, el objetivo es dar a conocer el preservativo femenino, enseñar la forma correcta de uso, y explicar las ventajas frente a los demás métodos, en general y frente al preservativo masculino en particular.

El preservativo femenino es un método anticonceptivo mucho menos utilizado que el masculino, una de las causas puede ser debida al hecho de que los profesionales no lo promocionan adecuadamente; como ejemplo anecdótico a esta actividad se le dedica la tercera parte del tiempo empleado en la actividad anterior.

Actividad IV: Juego de roles. Negociamos el uso del preservativo

Tomado del “taller del sexo seguro” elaborado por el equipo del Centro de Drogodependencias de Extremadura en Mérida.

Se plantean como objetivos la valoración en grupo la importancia que tiene el uso del preservativo para evitar riesgos innecesarios y la adquisición de destrezas de negociación en determinadas circunstancias en las que podamos sentirnos presionados por la persona que tenemos enfrente.

Su duración es de 20 minutos.

Se pide una pareja de voluntarios (preferiblemente chico y chica).

La pareja está sentada en un sofá tomando una copa. Se encuentran a gusto. Están cariñosos, se besan, se abrazan... (Si pensamos que esta situación puede crear conflicto entre los participantes o con los padres o madres de los alumnos contextualizaremos la situación expresando esta situación de palabra y dando paso a la negociación en sí.

Uno de los dos comenta que si van a realizar una práctica sexual con posible riesgo de contagio de una ETS quiere utilizar el preservativo para sentirse más seguro.

La otra persona intenta manipular la situación con excusas: vamos a rematar bien el día, me molesta mucho, me hace daño, disminuye el placer, si no lo utilizamos nos sentiremos más próximos, demuéstrame que realmente me quieres, somos personas sanas...

El voluntario que había propuesto el uso del preservativo rebate con nuevos argumentos: si no utilizamos el preservativo no me sentiré ni cómodo ni seguro por miedo a un posible contagio, aunque aparentemente estemos sanos, tampoco estaré seguro por miedo a un embarazo, estoy seguro de que si lo utilizamos vamos a disfrutar más porque el miedo no estará presente, entiendo tus argumentos para no utilizarlo, pero colocándolo de forma activa entre los dos

disfrutaremos mucho más de la relación, si realmente me quieres no me hagas sufrir corriendo riesgos innecesarios...

Una vez realizada la representación se agradece a los voluntarios su ayuda. Se pide al grupo que les dé un aplauso y se pasa a comentar la actividad en grupo buscando nuevos argumentos para el uso del preservativo e intentando resolver situaciones conflictivas que puedan surgir en circunstancias similares.

Para facilitar el debate se lanzan a los participantes en la dramatización preguntas del tipo:

- Cómo te has sentido en el papel que te ha tocado interpretar.
- Cómo has percibido el papel interpretado por la otra persona.
- Cómo has percibido al grupo...

Al grupo se le invita a participar haciendo preguntas como:

- Con qué posición os habéis sentido más identificados.
- Qué argumentos os llevan a tomar esta posición.
- Qué estrategias se os ocurren para facilitar la negociación...

Actividad V: Trabajo en grupo valorando riesgos: sí da/ no da

Tomado de Vicente Barragán en Proyecto de Educación Sexual.

Los objetivos son repasar las vías de transmisión del SIDA y los mecanismos de prevención, principalmente el uso del preservativo. También se pretende acabar con algunos de los miedos infundados con respecto a la transmisión de esta enfermedad.

Se desarrolla durante 20 minutos con la ayuda de las 16 imágenes correspondientes a la Campaña del Ministerio de Sanidad y Consumo Sí Da/No Da.

Se forman subgrupos de entre 4 y 6 personas, procurando que sean heterogéneos y evitando los grupos de trabajo formados por personas que tengan lazos de relación personal.

Se reparten, de forma proporcional al tamaño del número de subgrupos formados, las 16 imágenes de la Campaña Sí Da / No Da del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se pide que cada grupo formado trabaje con las imágenes que les haya correspondido con la finalidad de determinar si, en la actividad que representa cada dibujo, existe o no existe riesgo de transmisión del SIDA.

Se discute dentro de los subgrupos entre 5 y 10 minutos, presentando cada uno de ellos a través de un portavoz sus conclusiones al resto de los participantes.

Finalmente se da paso a una puesta en común de todos los asistentes con la finalidad de aclarar las posibles dudas, las imágenes que representen situaciones que puedan no estar claras y, principalmente, hacer un repaso de las posibles vías de transmisión del SIDA y de los mecanismos de los que disponemos para su prevención.

Actividad VI: Juego de roles: vamos a comprar preservativos

Tomado de Alfonso Antona en Taller del Preservativo. Diploma Superior en Salud Sexual y Reproductiva. Escuela Nacional de Salud. Badajoz 2002.

El objetivo es valorar las dificultades que los jóvenes pueden encontrar a la hora de conseguir preservativos y buscar estrategias para su resolución de forma adecuada. Esta actividad también puede ayudarnos a trabajar la tolerancia y el respeto en las interacciones con los demás, incluso ante situaciones que pueden ser intolerantes.

Se lleva a cabo en 15 minutos aproximadamente. Tres personas van a representar los papeles de farmacéutico, adolescente que pretende comprar preservativos, y otro cliente en una farmacia.

Se hace una primera representación en la que el/la adolescente, tímidamente, intenta comprar preservativos.

El/la farmacéutico presenta una actitud poco colaboradora para la venta: realiza más preguntas de las necesarias, hace comentarios improcedentes acerca de los adolescentes y sus costumbres sexuales.

El/la cliente interrumpe la compra haciendo juicios de valor innecesarios e, incluso, recriminando al/la adolescente su comportamiento sexual inadecuado.

El/la joven tiene una posición totalmente pasiva frente a la situación que se produce. Solamente hace gestos de sentirse avergonzado.

En la segunda representación el/la joven llega a la farmacia a comprar preservativos.

El/la cliente se distancia discretamente.

El/la farmacéutico hace preguntas concretas para saber lo que quiere comprar el/la adolescente.

Se agradece la participación a los voluntarios y se pide al grupo que les dé un aplauso.

Se invita al grupo a participar en un debate que podemos motivar con las siguientes preguntas:

Cómo se han sentido en cada papel los intérpretes y los observadores.

Qué situación piensa el grupo que es más verosímil. Si el grupo no lo dijera les haremos ver que, hoy en día, es mucho más probable que encontremos una situación similar a la segunda que se ha representado.

En el caso de que se diera una situación similar a la primera, qué estrategias podemos plantear para solucionar correctamente la situación. En la búsqueda de soluciones procuraremos que estas se sitúen siempre en un marco de respeto

hacia uno mismo y hacia los demás, sin permitir que el grupo entre en descalificaciones.

Actividad VII: Analizando casos. Debatimos el caso de Aday

Tomado del Proyecto Harimaguada. Gobierno de Canarias.

Ver ficha del proyecto Harimaguada e instrucciones adjuntas.

Actividad VIII: Analizamos el caso de Julia

Tomado del Proyecto Harimaguada. Gobierno de Canarias.

Ver ficha del proyecto Harimaguada e instrucciones adjuntas.

Actividad IX: Trabajo en grupo: buscamos noticias

El objetivo se centra en conocer la situación en que se encuentran actualmente las ETS y el SIDA. También descubrir con una lectura crítica la posición de los medios de comunicación y las políticas de actuación establecidas por las instituciones que manejan las estructuras sociales. Su duración es de 20 minutos.

Se utilizan noticias de prensa aportadas por los alumnos o por el profesor. Pueden buscarse diferencias en la forma de abordar la situación en función de la perspectiva del medio de comunicación que analicemos en cada momento.

Son muchos los autores que defienden la eficacia de estas técnicas de trabajo en grupo a la hora de consolidar conocimientos y analizar las diferentes perspectivas sociales.

De una sesión para la siguiente se propone a los participantes en el taller que busquen en los medios de comunicación de masas noticias relativas a las ITS y al SIDA.

Las noticias encontradas o una selección de las mismas se comentan en grupo con la finalidad de valorar diferentes aspectos:

- Situación actual y progresión de las ETS y el SIDA.
- Actitudes sociales frente a estas enfermedades.
- Políticas de actuación establecidas.
- Recursos existentes para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento.

El/la educador/a habrá realizado una recopilación de noticias relativas al tema por si fuera necesario utilizarlas si no se encontrase la suficiente colaboración por parte del grupo.

Actividad X: Cadena de inconvenientes en el uso del condón

Tomado de Pedro Gracia en Taller del Preservativo. Curso de Anticoncepción para profesionales en Atención Primaria de Salud. Escuela de Ciencias de la Salud. Mérida, abril de 2005.

El objetivo es plantear situaciones con inconvenientes potenciales para el uso del preservativo y desarrollar estrategias para su resolución. Su duración es de 20 minutos.

Se cuenta con unas fichas en las que se describen diferentes fases que se producen o pueden producirse alrededor del uso del profiláctico.

Se divide los participantes en la actividad en grupos de trabajo.

A cada grupo se le entrega por escrito una situación en la cadena de uso del preservativo. Pueden ser las siguientes:

- No sabemos si estamos verdaderamente dispuestos a mantener relaciones coitales en este momento. ¿Qué dudas pueden surgirnos?
- Queremos mantener relaciones sexuales con penetración. ¿Qué método anticonceptivo utilizaremos?
- Hemos decidido utilizar el preservativo en nuestras relaciones sexuales. ¿Qué inconvenientes pueden surgir?
- Queremos conseguir preservativos. ¿Qué obstáculos podemos encontrar?

- Tenemos preservativos y vamos a mantener relaciones. ¿Qué dificultades pueden surgir?
- Estamos manteniendo relaciones sexuales y utilizamos el preservativo como método. ¿Qué problemas pueden surgir?
- Hemos mantenido relaciones sexuales utilizando el preservativo. ¿Qué inconvenientes pueden haber surgido?

Cada grupo debe buscar inconvenientes o dificultades que puedan surgir en cada una de las fases expuestas y plantear alternativas para solucionar cada problemática presentada.

Posteriormente al trabajo en grupo, y por orden de desarrollo del proceso, se hace una puesta en común de los problemas y soluciones encontrados.

El/la monitor/a del taller irá resolviendo las dudas que puedan surgir y solventando las carencias detectadas.

Anexo 6: Número de encuestas disponibles y su distribución por cursos en institutos.

Número de encuestas (2008-09)	Instituto	3° ESO	4° ESO	1° Bach	Total
Formación No 274	Mario Roso de Luna	31	48		79
	Quintana		16	18	34
	Turgalium		47		47
	Santa Eulalia	114			114
Formación Sí 558	José Manzano		101	46	147
	Bartolomé Gallardo	62	79	19	160
	Pedro de Valdivia	104	51		155
	Luis Chamizo	52	44		96
<hr/>					
Número de encuestas (2014-15)	Instituto	3° ESO	4° ESO	1° Bach	Total
Formación No 222	Bartolomé Gallardo	50	60	15	125
	Santa Eulalia	97			97
Formación Si 468	Mario Roso de Luna	37	34		71
	Quintana		38	40	78
	José Manzano		56	29	85
	Pedro de Valdivia	80	52		132
	Luis Chamizo	64	38		102

Tabla A 4: Número de encuestas realizadas en el presente estudio y su distribución por cursos e institutos.

Anexo 7: Cuestionario.

Nº de Cuestionario: _____ Encuestador: _____
 IES: _____ Curso: _____

ECUESTA / EVALUACIÓN SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES
 EN TEMAS DE SEXUALIDAD

***El cuestionario es totalmente anónimo y tus respuestas serán tratadas
 confidencialmente***

**LEE CUIDADOSAMENTE LA PREGUNTA Y TODAS LAS ALTERNATIVAS DE LA
 RESPUESTA ANTES DE CONTESTAR. Hay que elegir sólo una de las opciones.**

P1.- Sexo:

1. Hombre.
2. Mujer.

P2.- Edad:años.

P3.- En cuántas ocasiones (cuántos cursos distintos) has recibido educación afectivo-sexual en el IES

1. Nunca.
2. Solo este curso 2008/2009.
3. Durante varios cursos:
 - 2 cursos
 - 3 cursos
 - 4 cursos o más.

Las preguntas P4 y P5 son sólo para los que hayan recibido educación afectivo-sexual

P4.- Valora tu satisfacción con esa formación en una escala de 0 a 10

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P5.- Según como has afrontado tú el tema de la sexualidad, cuál ha sido la utilidad de estos talleres de formación afectivo-sexual:

1. No me ha servido para nada.
2. Me ha servido, aunque no siempre lo he puesto en práctica.
3. Me ha sido muy útil.

P6.- Valora de 0 a 10 tu comunicación en temas afectivo-sexuales con:

Los amigos	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Los profesores/tutores	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tu padre	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Tu madre	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P7.- ¿Cómo es la comunicación con tus padres en cuanto a temas sexuales?

1. Nunca hablo con ellos de estos temas.
2. Sólo recurro a ellos en caso de tener problemas (embarazo, rotura de un preservativo, etc.)
3. Algunas veces hago algún comentario, pero sobre cosas que le ocurren a algún amigo/a.
4. En casa se aborda el tema de manera natural.

P8. ¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?

1. Edadaños
2. En la primera oportunidad
3. Cuando yo decida que estoy preparado
4. No sabe/ no contesta

P9.- ¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?

1. Me preocupa (me preocupaba).
2. Estoy (estaba) impaciente porque llegue (llegara) la ocasión.
3. Estoy (estaba) tranquilo: Ya llegará.
4. No sabe/ no contesta.

P10.- Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?

1. No necesariamente. Yo lo haré cuando yo quiera o pueda.
2. Sí, porque no quiero quedarme atrasado o descolgado del grupo.
3. No me lo planteo; ya las he tenido.

P11.- ¿Por qué querías (o quieres) iniciarte en las relaciones sexuales?

1. Todos lo hacen. Es lo natural.
2. No quiero ser el único que no pruebe.
3. Me apetece.
4. Tengo la edad en que se mantienen.
5. Otros motivos

P12.- Un amigo te confiesa que es homosexual:

1. Dejas de ser su amigo.
2. Decides alejarte poco a poco de él.
3. Te es indiferente.
4. Te es indiferente, pero te preocupa que otros le rechacen.
5. No te importa. Vuestra amistad no se verá afectada por ello.

P13.- ¿Crees que tus amigos te rechazarían si fueras homosexual?

1. Sí.
2. No.
3. No sabe/ no contesta.

P14. Es posible que uno de tus amigos sea homosexual:

1. No te importa.
2. Prefiero no saberlo.
3. Intentaré hablar con él por si necesita algo.
4. Si lo es realmente, dejaré de ser su amigo.
5. No sabe/ no contesta.

P15.- Valora de 0 a 10 tu preocupación o miedo por:

Ser contagiado de una enfermedad de transmisión sexual

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ser infectado de SIDA

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Un embarazo (tú o tu pareja)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

P16.- Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es:

1. Un inconveniente.
2. ¡Qué mala suerte he tenido!
3. El mayor problema al que hayas tenido que enfrentarte.
4. A mí no me pasará.
5. No sabe/ no contesta

P17.- (Sólo alumnas) Estás embarazada ¿A quién recurre?

1. A nadie
2. A mi pareja
3. A mis amigos/as
4. A mis padres
5. A otros ¿Quién?

P18.- (Sólo alumnos) Tu pareja está embarazada ¿A quién recurre?

1. A nadie
2. A mis amigos/as
3. A mis padres
4. A otros ¿Quién?

P19.- ¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?

1. Con preservativo
2. Sin preservativo
3. Igual de placenteras con y sin preservativo
4. No sabe/ no contesta

P20.- Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes

1. En todas sus relaciones
2. En las relaciones esporádicas
3. Sólo para las relaciones con desconocidos
4. Nunca; es un obstáculo para la relación sexual.

P21.- ¿Además del preservativo, qué otros métodos anticonceptivos conoces?

.....

P22.- ¿Qué es la píldora del día después?

1. Un método anticonceptivo como otros.
2. Un remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias.
3. No lo sé.

P23.- Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es:

1. Muy remota
2. Poco probable
3. Probable
4. Muy probable

P24.- Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es:

1. Muy remota
2. Poco probable
3. Probable
4. Muy probable

P25.- Si tuvieras pareja habitual (más de dos meses, por ejemplo) crees que es adecuado usar:

1. La píldora.
2. El preservativo.
3. Métodos invasivos (por ejemplo el DIU).
4. Otros (marcha atrás, método Ogino).
5. Ninguno.

P26.- Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?

1. Cine y relaciones sin preservativo.
2. Cine, sin relaciones.
3. Paseo y preservativo.

P27.- Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?

1. Sí.
2. No.
3. No sabe/ no contesta.

P28.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. El otro quiere dejarlo, pero tú insistes en continuar:

1. Intentas convencerlo a toda costa.
2. Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente.
3. Aceptas dejarlo para otra ocasión.
4. No sabe/ no contesta

P29.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar:

1. Te mantienes firme en tu negativa.
2. Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente.
3. Aceptas continuar.
4. No sabe/ no contesta.

P30.- ¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?

1. Ninguno. Llegado el caso, el aborto es la solución.
2. Coste medio. Es la solución a un problema.
3. Coste alto. Hay que evitar llegar a estar en esta situación.
4. No sabe/ no contesta.

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

Anexo 8: Instrucciones para rellenar el cuestionario.

INSTRUCCIONES Y RECOMENDACIONES PARA EL ENCUESTADOR O PERSONA ENCARGADA DE PASAR LA ENCUESTA / EVALUACIÓN SOBRE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES EN TEMAS DE SEXUALIDAD

1. La persona encargada de pasar y supervisar las encuestas debe poner su nombre.
2. Es fundamental recordar e insistir a los alumnos sobre el total anonimato de la encuesta.
3. Hay que elegir sólo una de las opciones
4. Es deseable que se responda a todas las preguntas:
 - A) Las preguntas nunca pretenden averiguar si el alumno actúa o no (si es sexualmente activo o no, por ejemplo). Pretende evaluar intenciones, opiniones, actitudes, con independencia de que los hechos sean pasados, presentes o futuros.
 - B) Precisamente por evaluar “intenciones” todas las preguntas pueden ser respondidas.
5. El bloque de preguntas P4 y P5 quiere evaluar los cursos de formación:

La P4 es una evaluación como curso: contenidos, organización, duración, pertinencia de los contenidos, método didáctico, y un largo etcétera.

La P5 debe confrontar la utilidad con la experiencia.
Ojo: No se refiere exclusivamente a “he aprendido cosas que me han resultado útiles para poner en práctica”.
Incluye, en un sentido más amplio (es importante hacérselo notar a los alumnos en los minutos iniciales) lo contrario, por ejemplo: “en función de lo aprendido he decidido retrasar el inicio de mis primeras relaciones hasta más adelante”
6. P25: No se pretende definir qué es una pareja habitual. Espero que haber indicado tiempo no lleve a confusiones. Se refiere a la situación en que uno (o yo desde mi perspectiva adulta así lo veo) habitualmente se plantea “estabilizar” métodos anticonceptivos.

GRACIAS

Anexo 9: Recodificación de las variables del bloque Afectivo-sexual en Respuesta Adecuada (RA) y Respuesta Inadecuada (RI)

P8. ¿Cuál crees que es la edad para empezar a tener relaciones sexuales?

- | | |
|---|----|
| 5. Edadaños | RI |
| 6. En la primera oportunidad | RI |
| 7. Cuando yo decida que estoy preparado | RA |
| 8. No sabe/ no contesta | RI |

P9.- ¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?

- | | |
|--|----|
| 5. Me preocupa (me preocupaba). | RI |
| 6. Estoy (estaba) impaciente porque llegue (llegara) la ocasión. | RI |
| 7. Estoy (estaba) tranquilo: Ya llegará. | RA |
| 8. No sabe/ no contesta. | RI |

P10.- Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?

- | | |
|---|----|
| 4. No necesariamente. Yo lo haré cuando yo quiera o pueda. | RA |
| 5. Sí, porque no quiero quedarme atrasado o descolgado del grupo. | RI |
| 6. No me lo planteo; ya las he tenido. | RI |

P16.- Quedarse embarazada (tú o tu pareja) es:

- | | |
|---|----|
| 6. Un inconveniente. | RI |
| 7. ¡Qué mala suerte he tenido! | RI |
| 8. El mayor problema al que hayas tenido que enfrentarte. | RA |
| 9. A mí no me pasará. | RI |
| 10. No sabe/ no contesta | RI |

P19.- ¿Cómo son más placenteras las relaciones sexuales?

- | | |
|--|----|
| 5. Con preservativo | RI |
| 6. Sin preservativo | RI |
| 7. Igual de placenteras con y sin preservativo | RA |
| 8. No sabe/ no contesta | RI |

P20.- Crees que el preservativo es el método adecuado para los jóvenes

- | | |
|--|----|
| 5. En todas sus relaciones | RA |
| 6. En las relaciones esporádicas | RI |
| 7. Sólo para las relaciones con desconocidos | RI |
| 8. Nunca; es un obstáculo para la relación sexual. | RI |

P22.- ¿Qué es la píldora del día después?

- | | |
|---|----|
| 4. Un método anticonceptivo como otros. | RI |
| 5. Un remedio contraceptivo para situaciones extraordinarias. | RA |
| 6. No lo sé. | RI |

P23.- Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es:

- | | |
|------------------|----|
| 5. Muy remota | RI |
| 6. Poco probable | RI |
| 7. Probable | RA |
| 8. Muy probable | RA |

P24.- Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es:

- | | |
|------------------|----|
| 5. Muy remota | RI |
| 6. Poco probable | RI |
| 7. Probable | RA |
| 8. Muy probable | RA |

P25.- Si tuvieras pareja habitual (más de dos meses, por ejemplo) crees que es adecuado usar:

- | | |
|--|----|
| 6. La píldora. | RI |
| 7. El preservativo. | RA |
| 8. Métodos invasivos (por ejemplo el DIU). | RI |
| 9. Otros (marcha atrás, método Ogino). | RI |
| 10. Ninguno. | RI |

P26.- Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?

- | | |
|--|----|
| 4. Cine y relaciones sin preservativo. | RI |
| 5. Cine, sin relaciones. | RA |
| 6. Paseo y preservativo. | RA |

P27.- Estás con un chico/a a quien conoces poco. ¿Te planteas que esa persona pueda transmitirte alguna enfermedad si no tomas precauciones?

- | | |
|--------------------------|----|
| 4. Sí. | RA |
| 5. No. | RI |
| 6. No sabe/ no contesta. | RI |

P28.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. El otro quiere dejarlo, pero tú insistes en continuar:

- | | |
|---|----|
| 5. Intentas convencerlo a toda costa. | RI |
| 6. Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente. | RI |
| 7. Aceptas dejarlo para otra ocasión. | RA |
| 8. No sabe/ no contesta | RI |

P29.- Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. Tú quieres dejarlo para otra ocasión, pero el otro insiste en continuar:

- | | |
|---|----|
| 5. Te mantienes firme en tu negativa. | RA |
| 6. Dialogas con el otro; gana el que mejor argumente. | RI |
| 7. Aceptas continuar. | RI |
| 8. No sabe/ no contesta. | RI |

P30.- ¿Cuál crees que es el coste psicológico de un aborto?

- | | |
|---|----|
| 5. Ninguno. Llegado el caso, el aborto es la solución. | RI |
| 6. Coste medio. Es la solución a un problema. | RI |
| 7. Coste alto. Hay que evitar llegar a estar en esta situación. | RA |
| 8. No sabe/ no contesta. | RI |

Anexo 10: Mapas del Análisis de Correspondencia Simple de las variables del bloque afectivo-sexual, que no se han identificado como deficiencias en la formación afectivo-sexual de los adolescentes.

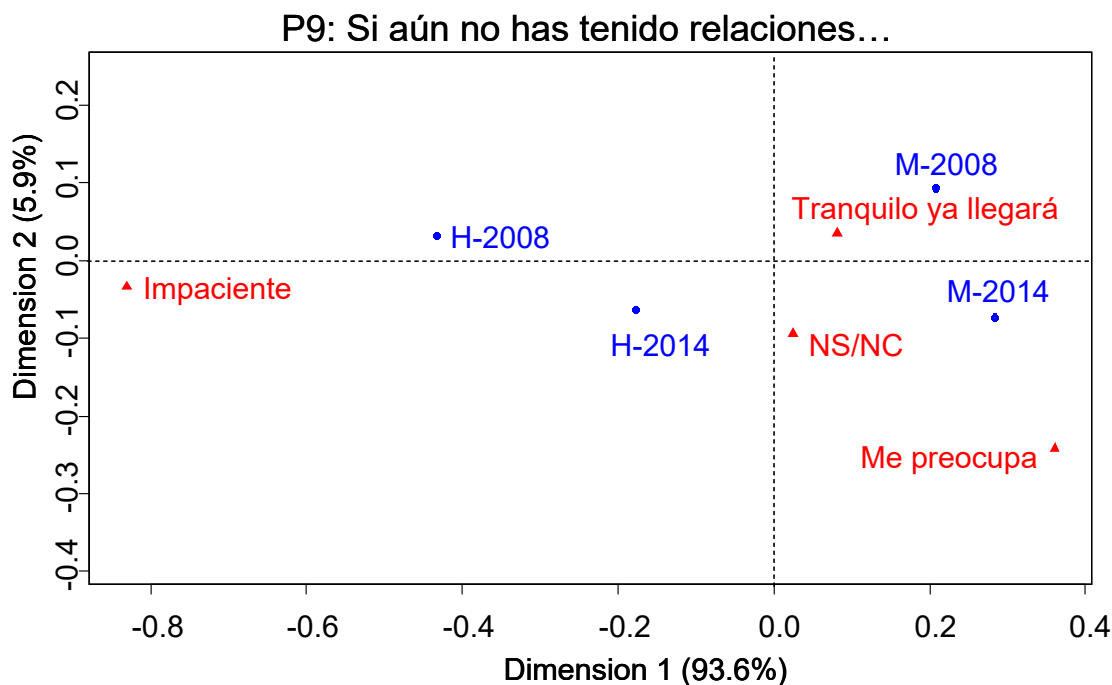


Figura A 4: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 9 “¿Cómo te sientes (o te sentías antes de...) por no haber tenido aún relaciones sexuales?” y la variable combinación de sexo y promoción.

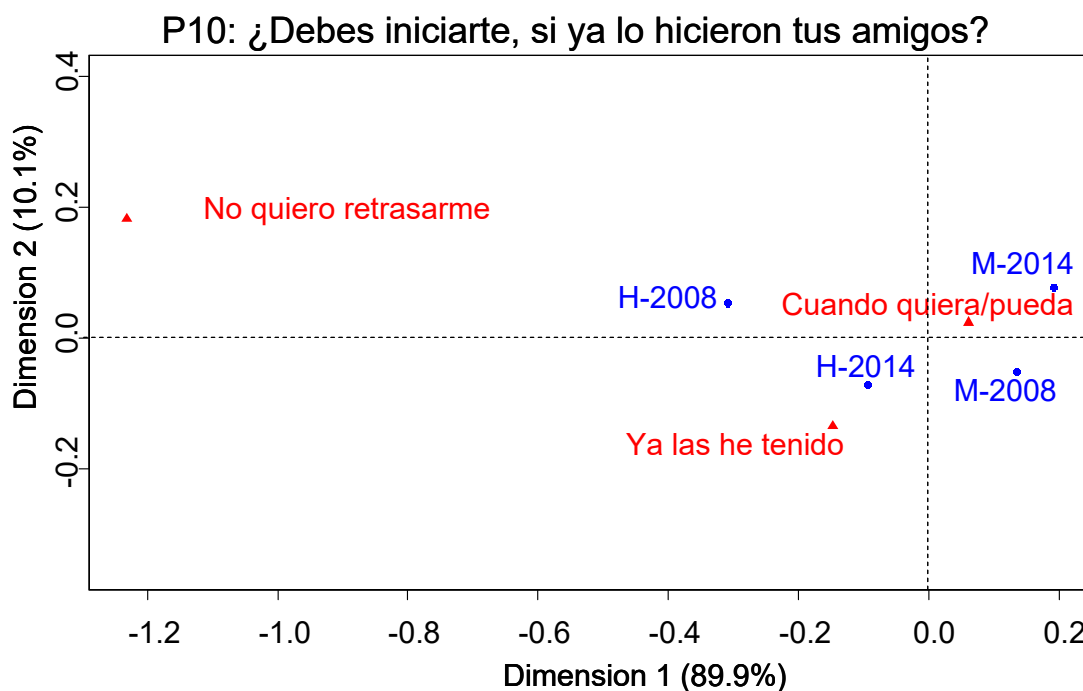


Figura A 5: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 10 “Si tus amigos ya han tenido experiencias sexuales ¿debes tenerlas tú también?” y la variable combinación de sexo y promoción.

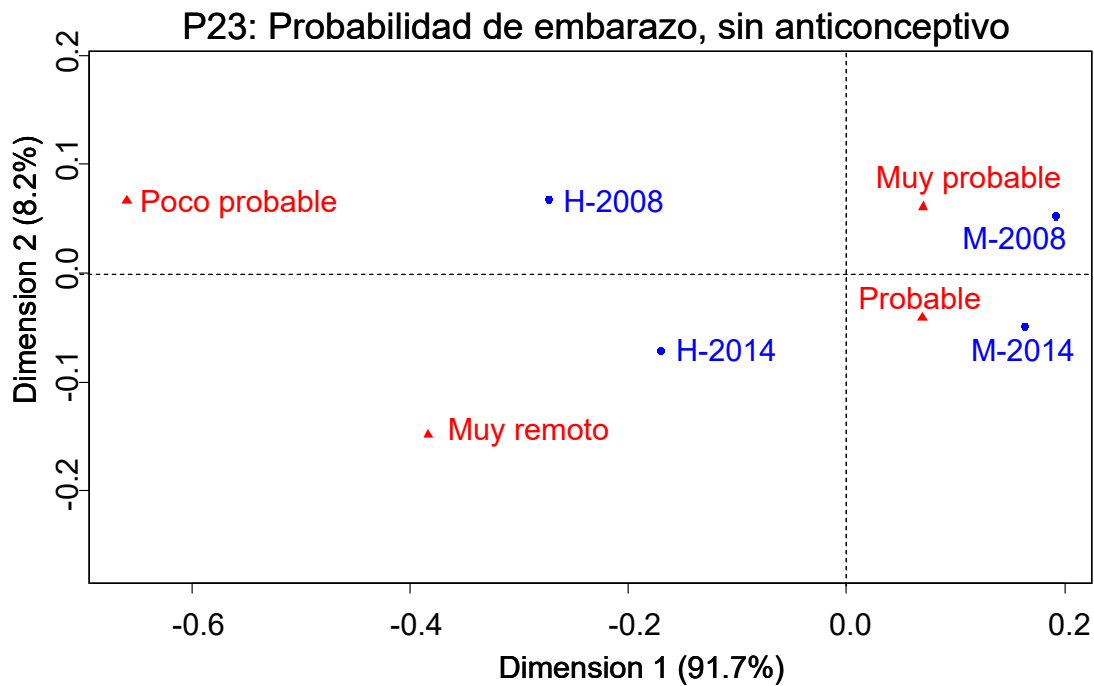


Figura A 6: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 23 “Si practicas sexo sin usar algún método anticonceptivo crees que la probabilidad de un embarazo es” y la variable combinación de sexo y promoción.

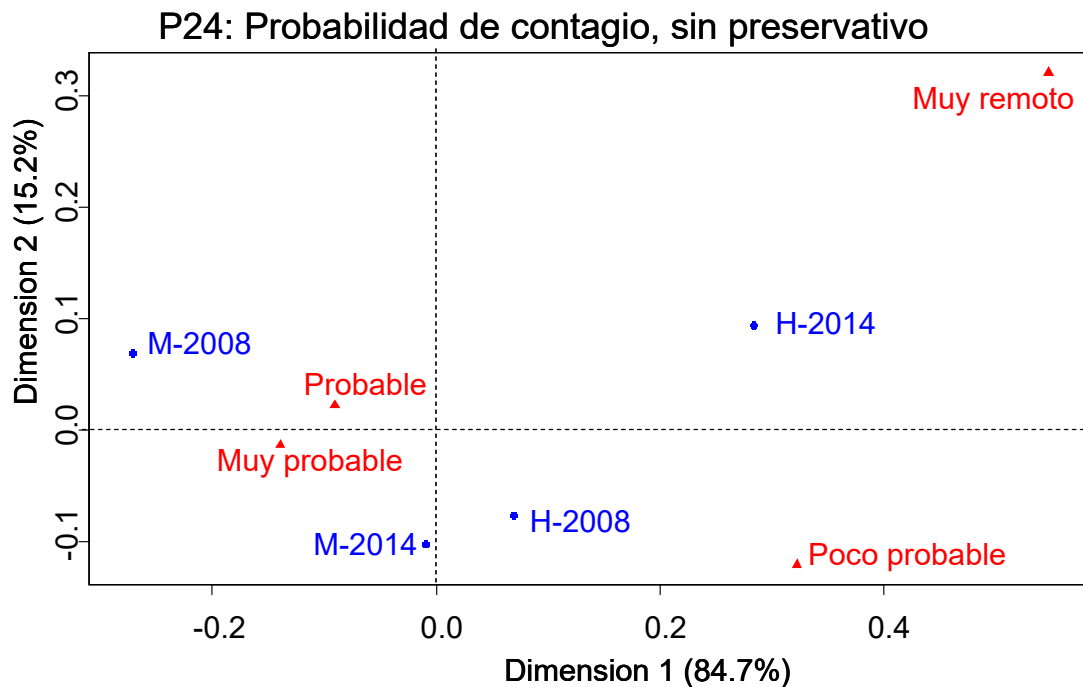


Figura A 7: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 24 “Si practicas sexo sin usar preservativo la probabilidad de contagio de SIDA o de alguna infección de transmisión sexual es” y la variable combinación de sexo y promoción.

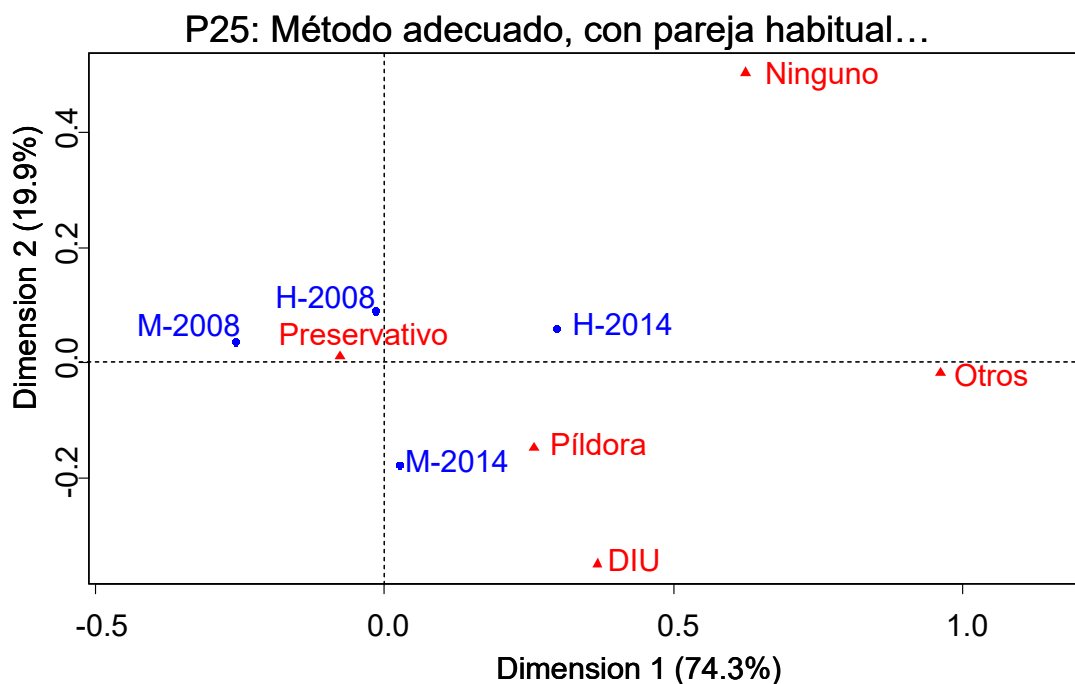


Figura A 8: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 25 “Si tuvieras pareja habitual (más de dos meses, por ejemplo) crees que es adecuado usar” y la variable combinación de sexo y promoción.

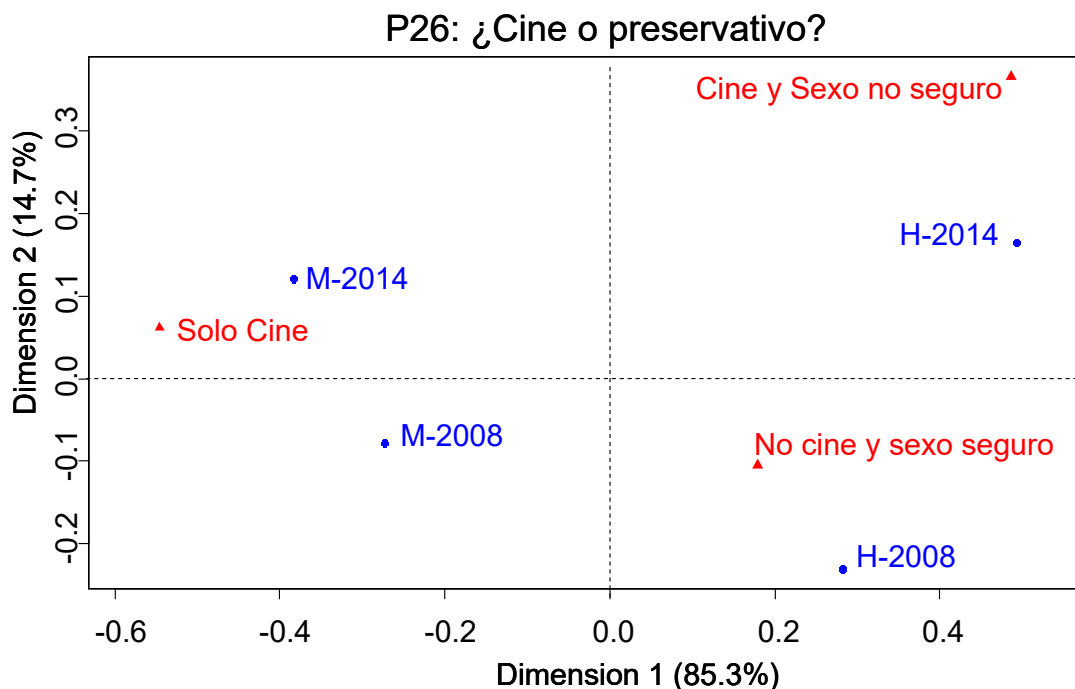


Figura A 9: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 26 “Hoy tienes un plan: Cine y relaciones con un chico/a. Pero sólo tenéis dinero para una cosa: cine o preservativo. ¿Qué eliges?” y la variable combinación de sexo y promoción.

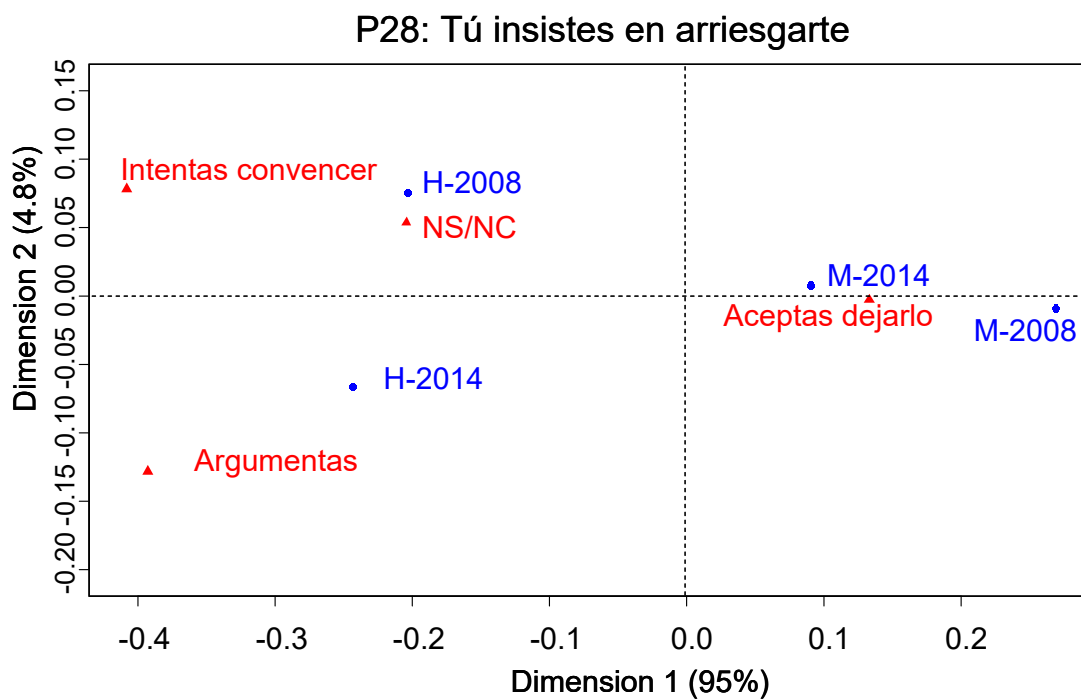


Figura A 10: Análisis de Correspondencia Simple para la pregunta 28 “Te encuentras en un momento de relaciones íntimas con una pareja pero no tenéis ningún medio anticonceptivo. El otro quiere dejarlo, pero tú insistes en continuar” y la variable combinación de sexo y promoción.

Anexo 11: Recodificación de las variables del bloque Tolerancia con la Homosexualidad en **Respuesta Adecuada (RA)** y **Respuesta Inadecuada (RI)**

P12.- Un amigo te confiesa que es homosexual:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Dejas de ser su amigo. | RI |
| 2. Decides alejarte poco a poco de él. | RI |
| 3. Te es indiferente. | RA |
| 4. Te es indiferente, pero te preocupa que otros le rechacen | RA |
| 5. No te importa. Vuestra amistad no se verá afectada por ello. | RA |

P14. Es posible que uno de tus amigos sea homosexual:

- | | |
|---|-----------|
| 1. No te importa. | RA |
| 2. Prefiero no saberlo. | RI |
| 3. Intentaré hablar con él por si necesita algo. | RA |
| 4. Si lo es realmente, dejaré de ser su amigo. | RI |
| 5. No sabe/ no contesta. | RI |