



Facultade de Enfermaría e Podoloxía  
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

**GRAO EN ENFERMERÍA**

**Curso académico 2012/2013**

**TRABALLO DE FIN DE GRAO**

**Conocimientos, actitudes y práctica en  
Salud Sexual en adolescentes ferrolanos:  
Un estudio cualitativo**

**Tamara Carrasco Fernández**

**Junio 2013**

**Directora del Trabajo:** María Josefa Piñón Díaz

<b>ÍNDICE</b>	<b>Página</b>
<b>1. RESUMEN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>5</b>
2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL .....	6
2.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO .....	13
2.3. OBJETIVOS .....	15
<b>3. MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>16</b>
3.1. PARTICIPANTES .....	16
3.2. INVESTIGADOR .....	17
3.3. INSTRUMENTOS .....	18
3.4. PROCEDIMIENTO .....	20
3.5. RIGOR Y CREDIBILIDAD .....	22
3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS-LEGALES .....	23
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>25</b>
<b>5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO</b> .....	<b>36</b>
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>38</b>
<b>7. DISCUSIÓN</b> .....	<b>42</b>
<b>8. AGRADECIMIENTOS</b> .....	<b>44</b>
<b>9. BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>45</b>
<b>10. ANEXOS</b> .....	<b>49</b>
Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRECTOR .....	49
Anexo II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES .....	50
Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO ALUMNOS .....	52
Anexo IV. CUESTIONARIO .....	54
Anexo V. RESPUESTA COMITÉ DE ÉTICA UDC .....	58

## 1. RESUMEN

Introducción: Conocer las conductas sexuales de los adolescentes es necesario para desarrollar programas de prevención y promoción de salud. Los centros educativos son el marco idóneo para llevar a cabo Educación Sanitaria. Se evaluó el nivel de conocimientos de un grupo de adolescentes entre 16-18 años sobre conducta sexual, Infecciones de Transmisión Sexual, uso del preservativo, percepción de la vida sexual activa de los adolescentes y edad promedio de inicio en las relaciones sexuales, uso de métodos anticonceptivos, principales fuentes de información sexual y percepción personal de riesgo para el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual.

Metodología: Estudio cualitativo fenomenológico, participaron tres centros educativos y 190 alumnos, se empleó un cuestionario y grupos de discusión con alumnos en los que hablaron libremente de sus opiniones y sentimientos sobre conductas sexuales, Infecciones de Transmisión Sexual y anticoncepción.

Resultados: Inicio cada vez más temprano de prácticas sexuales, déficit de conocimientos relacionado con Infecciones de Transmisión Sexual, sus consecuencias para la salud, prácticas de riesgo habituales y vías de transmisión de patologías infecciosas, disminución del uso de medidas profilácticas, ausencia de contacto con los centros de referencia sanitaria como Planificación Familiar.

Conclusiones y discusión: Los jóvenes son deficitarios en conocimientos, ésto hace reflexionar sobre la necesidad de incluir en los programas de educación asignaturas que aborden la sexualidad de una forma adaptada, como la inclusión de un modelo de cambio comportamental (PRECEDE) que asegure la adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas para garantizar prácticas sexuales exentas de riesgo.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y práctica en salud, adolescente, Salud Sexual.

**ABSTRACT**

Introduction: To understand adolescent sexual behaviour it is necessary to develop promotion and preventive health programs. Educational centers are the appropriate framework to carry out Health Education. It was evaluated sexual behaviour level of knowledge on a 16-18 aged group of adolescents, sexually transmitted infections, condom use, active sexual life perceptions of adolescents and first sexual relations averaged age, use of contraceptive methods among young people, sexual information main source and intimate risk perception about sexually transmitted infections

Methodology: Qualitative phenomenological study. Three different educational centers took part and 190 students used a questionnaire and discussion groups in which they talked freely about their opinions and feelings about sexual behaviours, knowledge on sexually transmitted infections and contraception means.

Results: Increasingly early sexual practices, lack of knowledge related to sexually transmitted infections, their health consequences, common risk practices and infectious diseases transmission routes, decreased prophylactic measures, lack of contact with Contraception Counselling Health Centers.

Conclusions: Young people showed lack of knowledge; do reflect the need to include education programs that address sexuality subjects in an appropriate form, such as including a behavioral model that assures the purchase of knowledge, attitudes, skills and abilities to ensure safe sexual practices.

Keywords: Health Knowledge, attitudes, practice, adolescent, Sexual Health.

## 2. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un período de transición en el que suceden rápidos cambios en diferentes aspectos de la vida, por lo que es importante realizar un plan de acción por parte del personal sanitario centrado en la creación de estilos de vida saludables.

La familia continúa siendo un pilar fundamental en la vida de los jóvenes pero la idiosincrasia que caracteriza a los adolescentes motiva que busquen su propia identidad e independencia sin ajustarse a los consejos y modelos sociales establecidos. El caos propio del adolescente, con un comportamiento atrevido y poco reflexivo conlleva conductas que pueden considerarse de riesgo para la salud.

Despierta el interés por el sexo, se convierte en prioridad la búsqueda de placer y nuevas experiencias.

Conducta de riesgo es aquella exposición del individuo a una situación que pueda ocasionar daños a su salud o a la salud de otra persona, especialmente a través de la posibilidad de contagio de enfermedades sexualmente transmisibles o generar una situación de embarazo no deseado.<sup>1</sup>

Según esta definición podemos incluir como prácticas de riesgo el abandono del preservativo en el coito vaginal, anal y oral, la promiscuidad, el inicio temprano en las relaciones sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas, junto a un bajo conocimiento sobre los métodos de protección y las Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante ITS).

Las ITS constituyen uno de los problemas más graves en la población mundial, especialmente en la adolescencia, el informe de las Naciones Unidas sobre la epidemia del SIDA refleja que casi la mitad de las nuevas infecciones se producen en los jóvenes de entre 15 y 24 años de edad.<sup>2</sup>

El SIDA continúa siendo la enfermedad de transmisión sexual (en adelante ETS) más preocupante de todos los tiempos, convirtiéndose en un grave problema de Salud Pública, aunque en la actualidad son más incidentes nuevas epidemias como Clamidiasis, Gonorrea y Virus del Papiloma Humano (en adelante VPH) relacionadas íntimamente con la promiscuidad sexual, alcanzan porcentajes elevados entre los adolescentes.<sup>2</sup>

## **2.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL**

Resulta de interés conocer la visión actual desde una perspectiva psicosocial de los conocimientos y actitudes de los adolescentes sobre ITS y conductas sexuales.

En la actualidad los estudios coinciden en que la actividad sexual de chicos y chicas se tiende a igualar, se observa una androgenización del comportamiento con un cambio de roles paulatino, de tal manera que el comportamiento de las chicas se aproxima al estereotipo masculino.<sup>3</sup>

Aunque si nos centramos en estudios previos, como el publicado por José María Failde Garrido, observamos diferencia de género en la edad de inicio de las relaciones sexuales, siendo éstas más precoces en los chicos, con un mayor número de parejas sexuales, más relaciones ocasionales sin ligazón afectiva y un número mayor de conductas de riesgo.<sup>4</sup>

Actualmente, la media de edad de inicio de los contactos sexuales se sitúa en torno a los 17,3 años y en Europa ésta se adelanta a los 15,6 años sin observarse diferencias estadísticamente significativas entre sexos, con una tendencia a iniciar la actividad sexual a una edad más temprana.<sup>5</sup>

Los adolescentes cambian de pareja sexual con frecuencia debido a la promiscuidad existente en la actualidad, la relevancia de este dato radica que a mayor número de parejas se incrementa exponencialmente el riesgo de contraer ITS.<sup>1</sup>

Paradójicamente, los adolescentes con mayor número de parejas y contactos sexuales son los que emplean menos el preservativo, adoptando de esta manera conductas de riesgo para la salud.<sup>1</sup>

El condón es una medida profiláctica ampliamente disponible y eficaz para la prevención de infecciones como las producidas por clamidias, gonococos, tricomonas, virus de la hepatitis B (en adelante VHB), virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante VIH) entre otras; cuando se usan correctamente tienen una eficacia en torno al 90%.<sup>5</sup>

Los profesionales de la salud, sabedores de este tipo de comportamientos en las consultas ginecológicas o de Enfermería en Centros de Salud hacen hincapié en que no solamente se debe utilizar la anticoncepción hormonal, sino que deben combinarlas con preservativos, lo que se conoce como “Doble Método”, para protegerse frente a infecciones y no únicamente evitar embarazos no deseados, preocupación principal de los jóvenes al mantener relaciones sexuales.

Esta estrategia preventiva, se lleva a cabo con folletos y carteles informativos en los Centros de Salud de nuestra Área Sanitaria, en las consultas de ginecología orgánica y funcional y en el Centro de Orientación Familiar (en adelante COF), pero de momento constituye una estrategia individual de los grupos de trabajo integrantes de las consultas.

El 20% de los adolescentes españoles sexualmente activos refiere no utilizar el preservativo en todas sus relaciones y el 40% no lo utiliza nunca si la persona les ofrece “confianza”. Desconocen el “Doble Método”, únicamente el 1,5% de las españolas de todas las edades declaran utilizar la doble protección, siendo anecdótico el número de adolescentes que utilizan preservativo más anticoncepción hormonal.<sup>6</sup>

Atendiendo a estos datos se produce una relajación de conductas con exposición gratuita a riesgos para la salud.<sup>6</sup>

A medida que aumenta la edad disminuye el uso del preservativo, prefiriendo la píldora anticonceptiva, los adolescentes incrementan el uso del condón con parejas ocasionales y muestran menor interés por el uso del mismo con la pareja habitual, la explicación radica en que al mantener relaciones sexuales con la misma pareja hace que uno se sienta menos vulnerable y se desestima el riesgo.<sup>7</sup>

El alcohol, por otra parte, es un factor clave incidente en la realización de conductas de riesgo. Los jóvenes son consumidores de alcohol de fin de semana en un 99,8% de los casos.<sup>8</sup>

El alcohol es una droga potencialmente desinhibidora de conductas y euforizante, dato que los jóvenes conocen y manejan para conseguir mantener el mayor número de relaciones sexuales el fin de semana. Se presentan más parejas sexuales ocasionales y ausencia o mal uso del preservativo, como aseguran Molina et al en el 2009.<sup>8</sup>

Aparte del alcohol, algunos autores establecieron variables que podrían predecir la falta de uso del preservativo o la resistencia a su uso, como serían la falsa creencia de la merma de placer en las relaciones, negación al uso por parte de la pareja, la urgencia en el acto en sí, es decir no “poder parar a tiempo la relación” lo que se conoce en el argot juvenil “calentón”, no tener planificado el encuentro sexual o no pensar en los riesgos de no usarlo.<sup>9</sup>

Existen diferencias socio-demográficas y entre géneros en cuanto al uso del preservativo, variando en función del centro educativo en el que se forme el adolescente y la capacidad adquisitiva de la familia; se aprecia una mayor utilización en los centros públicos y en familias de status económico medio-alto, según las estadísticas del 2010 del Ministerio de Sanidad.<sup>10</sup>

Al mismo tiempo, la influencia de sus iguales determina en ocasiones el uso o abandono del preservativo, se incrementa cuando perciben que está socialmente aceptado entre el grupo de referencia del adolescente (amigos, pandilla, etc.), esta situación se identifica más en varones.<sup>9</sup>

Las mujeres, sin embargo, son más sensitivas con respecto a los consejos paternos y del personal sanitario, son persuadidas por la actitud de su compañero sexual en ese mismo contacto.<sup>11 12</sup>

Si bien es posible que sean los varones quienes realicen un mayor número de conductas sexuales de riesgo, las consecuencias parecen sufrirlas más la mujeres desde el punto de vista biológico; así se ha incrementado el número de abortos en adolescentes y el número de mujeres infectadas por VIH y VPH.<sup>13</sup>

Esto se debe a que las mujeres en general y las adolescentes en particular, son de 2 a 4 veces más vulnerables que los hombres a infectarse por VIH en una relación sexual vaginal no protegida.

En comparación con el hombre, durante una relación sexual la mujer presenta una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de su pareja y en la etapa adolescente, concretamente, es más permeable al virus. El semen del hombre contiene una mayor carga viral que las secreciones vaginales y permanece un mayor tiempo en la cavidad vaginal.<sup>14</sup>

Situación similar ocurre en el caso del VPH, es la mujer la que sufre las repercusiones más graves de esta infección, los hombres actúan como vectores o portadores, el riesgo de la mujer de padecer cáncer de cérvix se incrementa, por lo que el riesgo depende en menor medida de su actividad sexual y depende más de la historia sexual y encuentros de sus parejas.<sup>15</sup>

La importancia del VPH radica en que es el único cáncer cuyo cofactor necesario es la infección por el virus, que es exclusivamente de transmisión sexual.

El período de latencia del virus es de 10-15 años, muy patogénico pero de muy lenta evolución lo que permite que el período asintomático y de posible detección sea muy largo.

Al menos el 99% de los cánceres de cuello de útero diagnosticados actualmente contienen el ADN del VPH.<sup>15</sup>

En los últimos años se revela un aumento de la incidencia de esta infección entre las adolescentes españolas, se incrementa en aquellas que inician sus prácticas sexuales de manera temprana, las que contaban ya con más de dos parejas sexuales en la adolescencia y aquellas que no utilizan métodos anticonceptivos de barrera (condón).<sup>15</sup>

En el calendario vacunal de las Comunidades Autónomas españolas ya se incluye la vacuna del VPH en niñas de 14 años. Es una estrategia preventiva primaria altamente eficaz y segura contra el cáncer del cuello de útero. Debemos seguir aplicando a las mujeres programas de prevención secundaria como la citología como técnica de cribado, pues el diagnóstico precoz es clave para evitar la evolución de la enfermedad.

De la misma manera, la infección por clamidias es la ITS de etiología bacteriana de más incidencia reportada entre adolescentes junto con la gonococia, que ocupa el segundo lugar.<sup>16</sup>

Ambas infecciones aumentan la susceptibilidad del adolescente para la transmisión del VIH. Ambas son asintomáticas en la mayoría de los casos, los infectados no refieren sintomatología uroginecológica alguna, complicando de esta manera el diagnóstico precoz.<sup>16</sup>

Llegados a este punto, nos planteamos una pregunta ¿Cuáles son las variables que explican las conductas de riesgo?

Los sesgos de información, creencias erróneas, percepción normativa y de riesgo, nivel educacional bajo entre otras circunstancias, podrían conllevar a un mayor número de prácticas sexuales de riesgo.

Los adolescentes muestran creencias erróneas o inexactas sobre la sexualidad, presentan un déficit de conocimientos en lo que al uso del “Doble Método” e ITS se refiere, con conocimientos parciales sobre SIDA y escasos sobre otras infecciones.

En el marco de las observaciones anteriores, la intervención escolar AulaSida realizada en diferentes institutos de la Comunidad Valencia, expone que un número importante de alumnos adolescentes consideraban el SIDA como una enfermedad de “otros” y “no suya”, como enfermedad marginal relacionada con drogadictos y homosexuales, refiriendo que a una persona infectada se le reconoce por su aspecto.<sup>17</sup>

Los jóvenes presentaban conocimientos deficientes en cuanto al modo de transmisión de esta enfermedad al igual que comportamientos discriminatorios y reacios a mantener todo tipo de contacto social con personas seropositas.<sup>17</sup>

El SIDA se ha convertido en una enfermedad crónica y de momento sin una curación a corto plazo. Ya no se ve como una enfermedad letal con gran número de muertes en nuestro medio, sino que se considera enfermedad crónica con buena respuesta a los tratamientos con antiretrovirales.

Esta consideración disminuye la percepción de riesgo de los adolescentes de infectarse. Se autoconsideran un colectivo con probabilidades muy remotas de contraer la enfermedad.<sup>17</sup>

El SIDA es considerada una enfermedad del tercer mundo. Ser VIH positivo implica que su condición de infectado es únicamente detectada por la carga viral existente en sangre, sin otro signo externo.<sup>17 18</sup>

A pesar de los últimos avances farmacológicos, la mejor arma de la que disponemos hoy en día para luchar frente al SIDA e ITS continúa siendo la educación en promoción y prevención, es decir, el cambio voluntario de comportamiento.<sup>19</sup>

Si bien es verdad que un cambio de conducta siempre es difícil incluso en las mejores condiciones, se deben incluir intervenciones educativas promocionales y preventivas que incluyan toda estrategia que favorezca el cambio deseado.<sup>19</sup>

Determinados modelos teóricos que incorporan componentes cognitivos-perceptivos podrían resultar de gran utilidad en la consecución del objetivo deseado, la información aportada resulta ser un importante predisponente para el inicio de cambios de conducta.<sup>19</sup>

El Modelo Teórico de Creencias de Salud, se basa en tres premisas fundamentales:<sup>20</sup>

1. Percepción de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración.
2. Creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema.
3. Creencia o percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

La concurrencia simultánea de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, que serían en nuestro caso conducentes a conservar y mejorar la salud, evitar situaciones de riesgo y prevenir enfermedades. De esta manera se constituye un enfoque teórico para prevenir el SIDA y VPH, especialmente entre adolescentes.<sup>20</sup>

En el mismo sentido el modelo PRECEDE (P=Predisposing, R=Reinforcing, E=Enabling, C=Causes, E=Education, D=Diagnosis, E=Evaluation) instrumento de diagnóstico conductual diseñado para la educación y programas de promoción en salud, identifica factores de riesgo relacionados con los comportamientos de las personas predisponentes al cambio y factores relacionados con el entorno que están fuera del control de las personas, como accesibilidad a los servicios, medios de comunicación, economía, etc.<sup>21</sup>

Se sustenta en que la mayoría de los cambios son voluntarios por naturaleza, se refleja este principio en el proceso de planeación que intenta empoderar a los individuos con motivación, comprensión y habilidades para que participen activamente en los problemas de salud de la comunidad con el fin de mejorar la calidad de vida. Este modelo es ampliamente aplicado en programas para la prevención del VIH.<sup>18 20</sup>

El personal sanitario en general y la Enfermería en particular posee un campo abierto para llevar a cabo educación poblacional, mediante labores de educación sexual realizadas de manera objetiva, técnica y científica, puesto que la enfermera mantiene un contacto directo con la población y está cualificada para llevar a cabo intervenciones educativas.

De esta manera mejorarían los conocimientos que presentan los adolescentes ante las ITS y desarrollarían hábitos sexuales saludables en sus contactos y vida diaria.

## **2.2. FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA DE ESTUDIO**

Debido a que es en la adolescencia donde se incrementa el interés por el sexo y se inician los primeros contactos sexuales, la investigación sobre actitudes y conductas sexuales en este período sería de gran utilidad para los profesionales sanitarios, permitiéndoles mejorar su nivel de conocimientos para proporcionar promoción y prevención de ITS en las escuelas y potenciar el ejercicio de una sexualidad responsable.

En la actualidad se ha producido una pérdida masiva de campañas en la prevención de infecciones, no existe una gran difusión a través de los medios de comunicación social a la que puedan acceder los jóvenes.

La mayor parte de la información que reciben procede principalmente de Internet, de páginas web de baja fiabilidad y foros comunitarios. Debido a la baja percepción de riesgo de los adolescentes probablemente no atenderán a la información que llega hasta ellos de manera veraz.

A esto se suma un déficit de conocimientos acerca de las ITS con mayor prevalencia en la actualidad y la existencia de creencias erróneas como entender el “Doble Método” como una sobreprotección innecesaria y molesta.

Considero que los adolescentes son un colectivo que precisa investigación y programas de promoción de la Salud Sexual, la inversión en la prevención del VIH e ITS evita un incalculable sufrimiento humano y sus consecuencias sociales y de desarrollo.

El aumento de la incidencia de las ITS sólo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de promoción y prevención y continuarse con cada generación de hombres y mujeres que alcanzan la madurez sexual, porque cada grupo de edad tiene su particular idiosincrasia.

Defiendo la originalidad del trabajo porque se trata de un ámbito reducido, constituye un problema de Salud Pública con amplia repercusión en la comunidad más vulnerable y menos preparada para hacer frente a las posibles consecuencias de actos impulsivos y realizados de manera desinformada.

Personalmente, el interés por el tema surgió durante el rotatorio práctico en la séptima planta del CHUF, donde conocí a diferentes pacientes ampliamente formados con estudios universitarios que sufrían infecciones de tipo sexual, fue en ese momento cuando me planteé la pregunta de investigación ¿Qué falla la información o la formación?

### **2.3. OBJETIVOS**

#### Objetivo general:

- Identificar conductas sexuales de riesgo y evaluar el nivel de conocimientos de un grupo de adolescentes ferrolanos (alumnos de bachillerato) entre 16-18 años sobre ITS.

#### Objetivos específicos:

- Conocer la percepción de la vida sexual activa de los adolescentes y edad promedio de inicio en las relaciones sexuales.
- Determinar el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes y principales fuentes de información sexual.
- Evaluar la percepción personal de riesgo para el contagio de Infecciones de Transmisión Sexual en alumnos de instituto.

### **3. MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realiza un estudio de investigación en tres institutos del área de Ferrol y Narón, se utiliza la metodología cualitativa desde un punto de vista fenomenológico para conocer en profundidad conductas sexuales, exposición al riesgo de ITS, uso del preservativo y métodos anticonceptivos hormonales, así como el conocimiento de los programas de promoción y prevención de la salud del área sanitaria, mediante cuestionario y grupos de discusión.

Se realiza un muestreo no probabilístico de tipo opinático, muestreo de tipo estratégico en el que los criterios de selección son formulados de forma explícita a partir de determinados intereses o situaciones.

#### **3.1. PARTICIPANTES:**

Participaron 190 estudiantes de tres institutos de las zonas de Ferrol y Narón, I.E.S Saturnino Montojo, I.E.S Canido e I.E.S As Telleiras, matriculados en los cursos de primero y segundo de bachillerato, con edades comprendidas entre los 16 y los 18 años.

Los sujetos fueron seleccionados en base a la edad, en concordancia con las características buscadas en el estudio.

La información que me puedan proporcionar será relevante para estudiar el fenómeno de interés, en este rango de edad se convierten en “buenos” informantes, son una muestra representativa de los adolescentes ferrolanos y constituyen un prototipo básico de la juventud de nuestro entorno de influencia.

Para poder acceder a los participantes se solicita una autorización por escrito a los directores de los centros educativos, a los padres y a los alumnos, explicándoles detalladamente en qué consiste el trabajo que se va a llevar a cabo, las preguntas que se formularán y la dinámica de los grupos en los que van a ser invitados a participar. (Anexo I, II, III))

Los criterios de inclusión fueron todos aquellos alumnos matriculados en los cursos académicos de primero y segundo de bachillerato pertenecientes al centro educativo participante que se prestaran voluntarios a firmar los consentimientos, contestar al cuestionario y participar en el posterior grupo de discusión.

El criterio de exclusión fue negarse a participar o no aportar los consentimientos informados firmados por los tutores del alumno y por él mismo.

### **3.2. INVESTIGADOR:**

El rol de la investigadora en función del tipo de observación se determinó como participante completo, su rol primario es participar y generar interacción durante los grupos de discusión con los alumnos.

La investigadora estuvo presente en las aulas de los centros educativos durante la realización del cuestionario y en los grupos de discusión con los alumnos durante las horas seleccionadas, tratándose de un muestreo temporal, en el que se eligieron las horas de atención educativa para llevarlo a cabo.

Se preparó previamente la entrada en el campo de actuación con el fin de integrarse y conseguir una buena relación con los alumnos, disminuyendo de esta manera la reactividad; es decir la distorsión de comportamientos debidos a la presencia del observador.

Se inició la sesión con los alumnos, se trataron los temas plasmados en el cuestionario de manera más general y abierta, animando a los participantes a expresar sus opiniones y creencias.

No se realizaron grupos de discusión previos, utilizando el primer encuentro grupal como ensayo de los posteriores, a partir de éste se modificó la manera de exponer determinadas cuestiones y se profundizó más en temas concretos.

Al finalizar cada grupo de discusión, la investigadora expuso los resultados y hallazgos del estudio a los participantes, con el fin de obtener retroalimentación y verificación por los participantes.

### **3.3. INSTRUMENTOS:**

Se realizó una triangulación metodológica, aplicando simultáneamente en los encuentros con los estudiantes dos métodos de recogida de datos, ayudando a visualizar la realidad desde diferentes perspectivas.

Se llevó a cabo un cuestionario específico para la intervención de elaboración propia, comprendió 33 preguntas abiertas y una pregunta cerrada con 8 opciones para contestar Sí o No, teniendo en cuenta las variables que se querían medir incluyendo concretamente: (Anexo IV)

1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, centro educativo, zona de residencia y número de hermanos.
2. Variables sobre la conducta sexual: se centró en especificar que entendían los participantes por relación sexual, la edad de inicio de la primera relación sexual con penetración, quién de la pareja había propuesto el encuentro sexual, el número de contactos, así como el número de compañeros sexuales y que entendían los adolescentes por relación estable.
3. Variables en cuanto al uso del preservativo y otros métodos de anticoncepción: se formularon preguntas acerca del uso del preservativo, si lo emplearon en todas sus relaciones sexuales con penetración, en el caso de no utilizarlo cual fue el motivo, el lugar donde pueden adquirir condones, los inconvenientes del uso del mismo, si es necesario su uso para el sexo oral y anal, si existe alguna práctica sexual en la que no empleen el preservativo y si llevan alguno en su cartera o en sus salidas nocturnas.

Igualmente se preguntó sobre anticoncepción hormonal, si era necesario combinarla con el preservativo y porqué.

4. Variables en cuanto al conocimiento sobre ITS: se plantearon cuestiones relacionadas con las infecciones sexuales que conocían, qué es el SIDA y cómo se produce su contagio, que pruebas existen para la detección de esta enfermedad, si es de fácil contagio en la actualidad o con alguna de las prácticas sexuales que ellos mismos llevaron a cabo. También se formularon preguntas acerca del VPH, si lo conocían o no, si conocían sus repercusiones, si eran conocedoras para qué se realizaban las citologías.
5. Variables en cuanto al medio de adquisición de información sobre ITS: se preguntó de dónde recibían la mayor parte de la información, así mismo se preguntó su opinión sobre si en su centro educativo se proporcionaba información suficiente, si creían conveniente recibir más y en qué forma.

El cuestionario fue validado por la tutora del proyecto, así como por las directoras de los tres centros educativos y la Junta del Consejo Escolar de los mismos.

Una vez finalizado el cuestionario se llevan a cabo grupos de discusión con los alumnos, se tratan de sesiones grupales de treinta minutos de duración, en las que se producen una conversación informal sobre los temas incluidos en el cuestionario, haciendo hincapié en los tópicos señalados en la bibliografía, animando a los participantes a que expresen con sus propias palabras sus sentimientos y opiniones.

Se realizaron trece entrevistas grupales, constituidas por aproximadamente veinte alumnos en cada una de ellas.

Aunque lo recomendable sería grupos reducidos de máximo doce participantes, se optó y negoció con el centro educativo la participación de un mayor número de alumnos debido a la falta de

más horas lectivas y la imposibilidad de organizar otros encuentros posteriores.

Los grupos de discusión finalizaron al encontrarse la “saturación” de los datos, es decir, en el momento en que la información obtenida comenzó a ser reiterativa, redundante y se establecen ya los patrones y tópicos de las cuestiones a estudio.

### **3.4. PROCEDIMIENTO:**

El cuestionario fue individual, anónimo, auto-administrado y aplicado por la propia investigadora.

Se realizó en horario escolar en las aulas de los centros voluntarios y en las horas de Atención Educativa, en los meses de Marzo y Abril del curso escolar 2012-2013, lo que supuso un total de trece horas lectivas de investigación real.

Para cubrir el cuestionario se colocó a los alumnos en mesas de manera individual, en posición de examen, con el único fin de proteger la intimidad y así conseguir preguntas más sinceras.

Se hizo hincapié en el carácter anónimo del cuestionario. Se les indicó que cumplimentaran los datos que se solicitaban (edad, sexo, centro educativo, zona de residencia y número de hermanos), así como la total libertad para no contestar a aquellas preguntas con las que se sintieran incómodos. La investigadora estuvo presente durante la realización del cuestionario y la duración del mismo fue aproximadamente de veinte minutos.

Posteriormente, se lleva a cabo el grupo de discusión con los alumnos en el aula. Se inicia preguntando a los participantes si entendieron todo lo expuesto en el cuestionario y sobre qué no habían oído hablar.

Durante los treinta minutos restantes se establece una conversación fluida entre participantes e investigadora sobre las conductas sexuales, conocimientos sobre ITS, uso del preservativo y otros

temas que van surgiendo emergentemente como son los propios pensamientos, vivencias y creencias de los estudiantes.

Los grupos de discusión con los alumnos fueron grabados en audio, para lo cual se obtiene el permiso en los consentimientos informados, asegurando así la recogida de una mayor cantidad de información, posteriormente transcrita con el fin de clasificarla y proceder a su análisis funcional e interpretación.

Escuché las entrevistas por primera vez sin realizar ningún apunte, fue durante la segunda escucha cuando en un folio transcribo cada frase textual manifestada por los jóvenes denominada “verbatim” y le otorgo una codificación asociada a una categoría que no estaban fijadas de antemano.

De esta manera se organizaron segmentos de datos y se agruparon con un aspecto concreto, lo que considero una realidad interesante como investigadora para poder acceder así a las conclusiones. Se realizó de manera manual, sin la utilización de ningún software de apoyo.

Una vez codificadas las frases, se procedió a organizarlas en función de la categorización del análisis, es decir se incluyeron en subcategorías y estas a su vez en categorías generales, las cuales se han extraído de los temas planteados a los adolescentes en el cuestionario y grupos de discusión.

Se focalizó en las declaraciones, creencias, valoraciones subjetivas y pensamientos que emitían los participantes; obteniéndose de esta manera un total de cuatro categorías principales que serán ejemplarizadas con verbatimes que son respuestas literales que representan los tópicos reiterados dentro de los grupos de opinión:

1. Actitudes personales
2. Destrezas
3. Nivel de conocimientos
4. Instrumentos

Esta última categorización selectiva que prioriza las categorías principales se realiza en base al modelo PRECEDE con el objetivo de conocer los factores que influyen en la conducta de los jóvenes, pudiendo ser utilizados como punto de partida en estudios posteriores para llevar a cabo un modelo de cambio comportamental, puesto que la información relatada por los participantes se considera creíble, fiel y adaptada a la realidad.

### **3.5. RIGOR Y CREDIBILIDAD:**

Para evaluar la calidad de la investigación, utilizo los criterios relacionados con la veracidad de la investigación cualitativa de Guba, alcanzando la confiabilidad deseada, basándose en la credibilidad, transferibilidad, consistencia y confirmabilidad.

Los datos fueron recogidos directamente de los adolescentes, ilustrando todos y cada uno de los datos con ejemplos específicos y literales, alcanzando de esta manera la credibilidad.

Aunque los adolescentes participantes constituyen una muestra representativa de los estudiantes de bachillerato de la zona semi-urbana de Ferrol, los datos obtenidos podrían ser extrapolados con limitaciones por el contexto específico del estudio y no tratarse de un muestreo aleatorio. Conforman un grupo elegido por la propia investigadora, los resultados constituyen vivencias y experiencias personales pertenecientes a grupos concretos y cerrados.

El trabajo es consistente porque describo minuciosamente los datos, la triangulación de métodos llevada a cabo constituye un criterio que ayuda a conseguir la confiabilidad.

Los grupos de discusión fueron grabados en audio, las transcripciones del discurso fueron textuales y la investigadora no partía de ninguna expectativa en relación a los resultados fijada de antemano.

### 3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS-LEGALES:

Declaro como autora que no existe ningún conflicto de intereses actual o potencial en relación con el estudio realizado.

Para iniciar el trabajo contacté con el Comité Ético de la UDC, con el fin de conseguir su aprobación y consentimiento, en su respuesta se declaró incompetente para evaluar los aspectos éticos de las solicitudes presentadas. (Anexo v)

Una de las premisas necesarias para llevar a cabo el estudio entre los adolescentes de los institutos era el consentimiento por escrito tanto de los tutores como de los propios alumnos, debido a que el rango de edad elegido (16-18 años) son considerados a efectos legales menores “maduros”, es decir, aun estando capacitados legalmente para mantener relaciones sexuales plenas precisan del consentimiento de sus padres o tutores para participar en el estudio de investigación, según recoge la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

Los adolescentes tienen derecho a la información veraz, a dar su consentimiento siendo éste un consentimiento informado y a la protección de la intimidad así como a la confidencialidad de los datos.

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el rango de edad comprendido entre los 10 y los 19 años, como el objeto de sondeo eran temas relacionados con la sexualidad la selección de la edad mínima de los sujetos se realizó teniendo en cuenta los artículos 181,182 y 183 del Código Penal que “*considera a los menores de 13 años incapaces de prestar consentimiento válido para mantener una relación sexual, y que de darse sería constitutivo de delito, teniendo que ponerse el hecho en conocimiento de la autoridad o de sus agentes.*”

Según ha avanzado la ministra de Sanidad, en un adelanto como proyecto de ley, la edad de consentimiento sexual se elevará de acuerdo con el Parlamento, en línea con los países de nuestro entorno con el fin de evitar los abusos a menores.

La revisión de estas edades se ha hecho siguiendo las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño de la ONU y del Consejo de Europa.

Se ha tenido presente en la totalidad del estudio la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la cual tiene por objeto garantizar y proteger, en lo que concierne al tratamiento de los datos personales, libertades públicas y los derechos fundamentales de las personas físicas, y especialmente de su honor, intimidad y privacidad personal y familiar.

Así mismo, garantizo el cumplimiento de la Declaración de Helsinki en el desarrollo del trabajo, respetando los cuatro principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, de la misma manera que se tiene en cuenta el Informe Belmont asegurando el respeto por la autonomía personal de los alumnos, trato cortés no discriminatorio previo y obligado consentimiento informado, riesgos minimizados para los adolescentes participantes y beneficios maximizados, con un trato justo.

#### 4. RESULTADOS

La muestra de 190 estudiantes está compuesta por un 38,94% de hombres y 61,06% de mujeres. El rango de edad oscila entre los 16 y los 18 años.

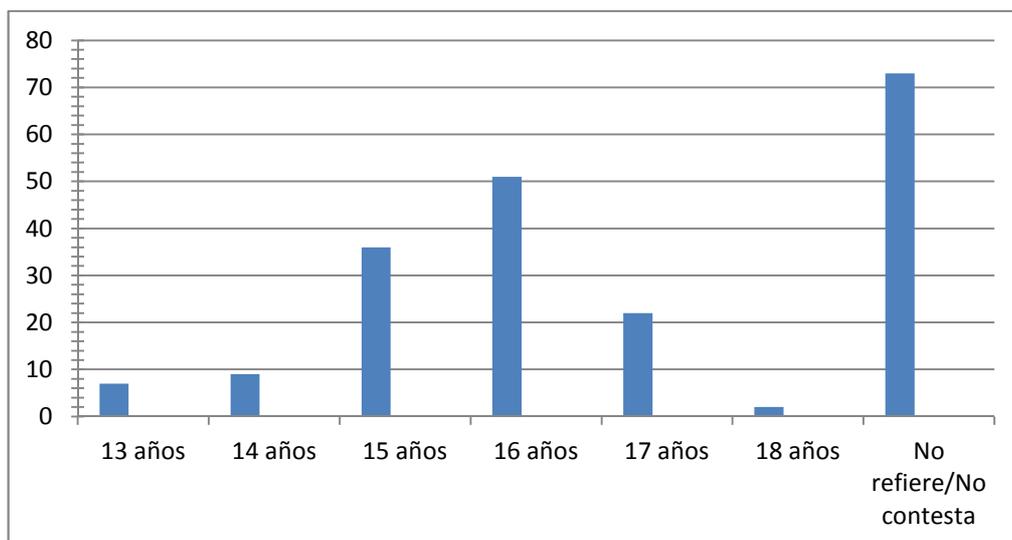
En cuanto a la zona de residencia 91,5% pertenecen a la zona urbana y el 8,5% al medio rural. Del total de participantes un 24,7% son hijos únicos y un 75,3% tienen uno o más hermanos.

#### ACTITUDES PERSONALES:

##### - Inicio precoz de las relaciones sexuales y aumento del número de parejas.

Según los datos obtenidos del cuestionario se produce un inicio cada vez más temprano de las relaciones sexuales entre los jóvenes sin diferencias significativas entre sexos, aproximándose a los 15-16 años de edad los primeros contactos, acorde con las estadísticas nacionales, un 61,5% de alumnos encuestados refieren haber mantenido relaciones sexuales con penetración.

Como referente a la promiscuidad un porcentaje del 56,4% manifiesta haber mantenido relaciones sexuales con más de dos personas diferentes a lo largo de su vida, lo que implica un mayor riesgo de exposición para contraer algún tipo de infección sexual.



Gráfica 1. EDADES DE INICIO EN RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN

## DESTREZAS:

### - Uso del preservativo.

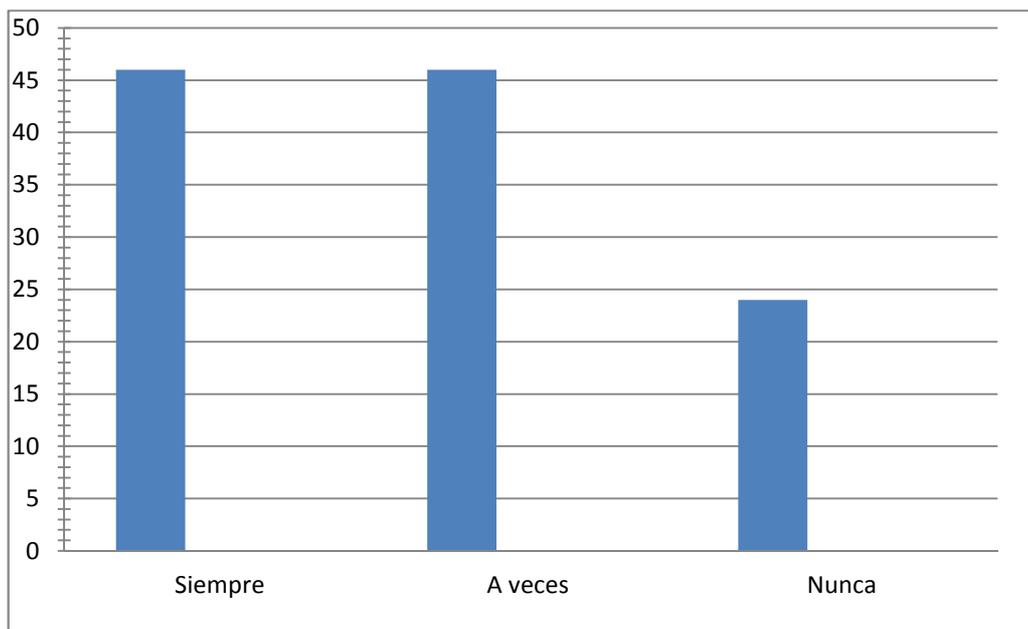
A pesar de ser el preservativo el método más utilizado y conocido entre los adolescentes, existe un 59,8% de alumnos que manifestaron no utilizarlo en todas sus prácticas sexuales con penetración y el 100% no lo utilizaron durante el sexo oral.

Se produce un mayor abandono del preservativo en los adolescentes que mantenían relaciones sexuales de manera más frecuente que en aquellos que las llevaban a cabo de manera esporádica, por lo que a mayor promiscuidad disminuye su uso.

Los adolescentes con pareja estable fueron quienes menos utilizaron los preservativos, datos concordantes con los estudios españoles más relevantes en la actualidad.

Así mismo la edad también resultó ser un factor condicionante, a medida que avanzan en edad sustituyen el condón por otros métodos.

Los alumnos refirieron las farmacias, supermercados y máquinas expendedoras como los principales puntos para la adquisición de preservativos.



Gráfica 2. FRECUENCIA EN EL USO DEL PRESERVATIVO

### **- Conocimientos con respecto al preservativo y contagio de infecciones.**

La totalidad de los alumnos encuestados contestaron que las situaciones en las que utilizan el preservativo eran exclusivamente en aquellos encuentros en los que se produce penetración vaginal, refiriendo no utilizarlo y/o no necesitarlo en prácticas sexuales buco-genitales y coito-anales, *“se transmiten más enfermedades con el sexo vaginal”*, a pesar de que la evidencia científica expone que a través de dichas prácticas existe riesgo de contraer ITS, aunque desaparece el riesgo de embarazo.

Esta situación coincide con lo que los jóvenes refieren entender por relación sexual, aquel contacto en el que se produce penetración vaginal, excluyendo como tal cualquier otro tipo de acercamiento sexual.

En cuanto al sexo oral los alumnos contestaron que *“con el sexo oral no se transmiten enfermedades”, “no hace falta”, “hacer hace falta pero no se usa”*.

En cuanto al sexo anal consideraban necesario el uso del preservativo pero debido a cuestiones ajenas a las infecciones *“es necesario para lubricar”, “únicamente por higiene”, “no existe un lubricante natural, necesitas preservativo”*.

Durante los grupos de discusión los adolescentes afirmaron tener múltiples dudas acerca de los distintos tipos de penetraciones y la transmisión de enfermedades.

### **- Factores que entorpecen el uso del condón.**

Las razones por las que los jóvenes encuestados manifestaron no utilizar preservativo en algunos encuentros sexuales fueron no disponer de ellos en ese mismo momento, porque su pareja tomaba la píldora anticonceptiva, disminuye la sensibilidad de la relación, existe un riesgo elevado de rotura o porque eran incómodos para el varón.

Esta última explicación fue proporcionada por el colectivo femenino, lo que evidencia una influencia de la pareja para llevar a cabo contactos sexuales de riesgo, exponiendo una debilidad de la mujer ante la persuasión del hombre *“mi chico me dice que le molestan y que le son incómodos”, “para el chico son muy molestos y prefiere sin ellos”*.

Así mismo, algunos contestaron que durante el fervor de la relación sexual olvidan por completo el uso del preservativo aun sabiendo que es necesario para protegerse, no detienen en ningún momento el contacto para utilizarlo *“en ese momento en lo que menos piensas es en el condón”, “no estamos para pararnos a por condones”, “en el calentón no te paras a ponertelo”, “sé que hay que ponerlo pero no lo piensas”*.

Todos los alumnos coincidieron en que el uso del preservativo disminuía por las noches, situación influenciada por el grado de alcohol consumido *“cuando vas muy pasado no te paras a pensar en el condón”, “estas borracho y te da igual”, “por las noches te dejas llevar”, “por las noches es diferente, a la gente le da igual todo”* minimizando de esta manera la percepción de riesgo tal y como expone Molina et al en su estudio.

Los adolescentes contestaron que también se produce un abandono del preservativo en función del aspecto físico de la persona; afirman confiar en aquellas personas con un buen semblante, aparentemente aseadas y limpias, con un alto nivel de belleza, creyendo que no serán portadoras de ningún tipo de infección sexual *“si ves a un chico muy guapo no piensas que tenga enfermedades”, “si la persona es limpia no va a tener ninguna enfermedad”, “me fiaría de la apariencia física”*.

### - Desconocimiento del “Doble Método”.

La combinación de preservativo y anticoncepción hormonal denominado “Doble Método” es desconocido para un gran número de jóvenes. Durante el grupo de discusión se les preguntó en que consistía y respondieron que *“es necesario para reforzar la acción de la píldora porque no es segura al cien por cien”*, *“es cuando te tomas la píldora del día después porque te tomaste mal la otra píldora”*.

Esta situación expone a los adolescentes ante situaciones de riesgo en las que existe una mayor probabilidad de contagio de enfermedades.

Existió consenso entre los participantes cuando se preguntó ante que se protegían cuando utilizaban métodos anticonceptivos, la razón absoluta y principal es evitar el embarazo, preocupa en mayor medida que una ITS.

### - Anticoncepción hormonal versus protección de barrera.

Los adolescentes inician la anticoncepción hormonal cuando creen que existe una estabilidad en su pareja, aproximadamente a partir de los seis meses desde el inicio de la misma, es en ese momento cuando se abandona por completo el uso del preservativo utilizándose exclusivamente métodos hormonales *“si tomamos la píldora no usamos preservativo”*, *“no me hace falta condón, ya uso la píldora”*, *“con la píldora ya no te hace falta nada más”*.

Refieren no solicitar a su pareja pruebas médicas para confirmar la inexistencia de enfermedades, durante los grupos de discusión este tema es motivo de risas e ironías, los jóvenes no conciben la idea de pedir a su pareja una analítica que abale su óptimo estado de salud *“¿una analítica? Si claro... y también la cartilla de vacunación”*, *“después de un tiempo cuando es estable pasaría a la píldora y no le pediría ninguna analítica”*, *“confío en él, no le voy a pedir nada”*.

Esta percepción de la estabilidad se suma a la confianza de los adolescentes depositada en sus parejas, presentan confianza absoluta en la sinceridad de su compañero/a en cuanto a ITS se refiere, considerando que si su pareja estuviera afectada de alguna se lo notificaría *“si llevas seis meses y ya hay confianza sabrías si tiene una enfermedad”, “si tienes pareja y sabes cómo es no hace falta preservativo”, “si tuviera una enfermedad me lo diría”*.

Lo mismo ocurre en el caso de la fidelidad, los alumnos aseguran que sus parejas son fieles al cien por cien, lo que disminuye o elimina el contagio de infecciones *“mi novio me es fiel y sé que no se puede contagiar de nada”, “no se va con otras así que no tiene enfermedades”*.

Los jóvenes contestaron en el cuestionario que en el supuesto de que su pareja tomara anticoncepción hormonal intentarían disuadirla para no utilizar preservativo, respaldándose en la ya existencia de una protección *“si ya toma la píldora le diría que no necesitamos el condón”*.

### **NIVEL DE CONOCIMIENTOS:**

#### **- Déficit de conocimientos.**

En la adolescencia existe un déficit de conocimientos parcial respecto al VIH y más notorio en cuanto a otras ITS.

Un alto porcentaje de los adolescentes participantes en los grupos de trabajo presentaron dudas al finalizar el cuestionario sobre algunas ETS citadas en el mismo, desconocían por completo la Clamidia y Gonococia, el germen que las produce, sus consecuencias para la salud de las personas infectadas, síntomas y mecanismos de transmisión, a pesar de ser junto al VPH las más prevalentes entre los jóvenes.

En cuanto al VPH ningún alumno contestó de manera correcta en el cuestionario en qué consistía, cuales eran sus síntomas

repercusiones, mostrando un absoluto desconocimiento sobre el mismo.

En los grupos de discusión se preguntó de nuevo sobre el VPH y los alumnos afirmaron no tener conocimientos acerca de éste *“ni idea de lo que es”, “mi hermano tuvo uno el año pasado en el pie, pero se curó”, “no sé lo que es, pero de eso nadie se muere”, “sólo le afecta a la mujer que le produce cáncer”, “eso son herpes”*.

Los adolescentes poseen creencias erróneas sobre el virus, su medio de contagio y su prevalencia *“cada vez hay menos casos”, “en los chicos es menos común”, “podría darse en gente de nuestra edad pero no es lo normal”*, no son conocedores del elevado número de casos existentes en la actualidad, por lo que disminuye su preocupación ante el virus y se produce una relajación de conductas.

Las mujeres participantes manifestaban que habían sido vacunadas contra el VPH *“ya estamos vacunadas contra eso”*, pero desconocían el motivo de la vacunación *“te vacunan para prevenirlo porque hay algunos casos”, “estoy vacunada pero no sé porqué”, “yo me vacuné pero ni idea de lo que es”*.

Por el contrario el SIDA es la ETS más conocida entre los adolescentes, pero a pesar de haber oído hablar de ella en mayor medida que el resto de las infecciones, cuando en el cuestionario se pregunta en qué consiste el virus del SIDA, la mayoría transcribe que se trata de un virus que afecta a la inmunidad pero no saben contestar qué repercusiones produce en la salud del afectado y presentaron serias dudas en cuanto al mecanismo de transmisión.

Un porcentaje elevado manifestó el contagio de la enfermedad a través de la tos, estornudos, besos y beber del mismo vaso de una persona seropositiva *“se contagia por transmisión sexual, sangre y saliva”, “si bebes del mismo vaso ya te contagias”, “por los besos también”*.

Durante los encuentros con los alumnos se produjeron debates sobre si es fácil reconocer a una persona seropositiva para el VIH, alumnos verbalizaron que no, sin embargo otros manifestaban que según el aspecto de la persona se podría averiguar *“la persona con SIDA con el paso de los años palidece”, “se ve si tiene mala pinta”, “es más o menos fácil saber si alguien tiene SIDA”*.

Los adolescentes no supieron explicar la diferencia existente entre una persona seropositiva y una persona enferma de SIDA, verbalizando múltiples dudas ante esta situación.

Los jóvenes manifestaron que era una enfermedad característica del tercer mundo para la cual existía tratamiento, por lo que se considera enfermedad crónica, de poca frecuencia entre la población española *“no es normal en Europa, más bien por allá en países lejos”, “en España hay pocos casos ya”, “no es típico de España”*.

Así mismo, se objetivó que los adolescentes catalogan la enfermedad del SIDA a determinados colectivos sociales como homosexuales o drogadictos *“bah...es más bien de yonkies”, “es una enfermedad de homosexuales”*, por lo que no la asocian a la juventud, entendiendo el VIH como algo ajeno *“nunca pensaría que una chica en la discoteca tiene SIDA u otra enfermedad”, “no es normal en personas jóvenes”, “nadie de nuestra edad tiene SIDA”*.

En los cuestionarios y grupos de discusión los alumnos resaltaron la existencia de una elevada cantidad de información sobre el SIDA, lo cual debería de incidir en el número de casos *“hay menos casos porque hay mucha información”, “ya hay mucha información del SIDA”* situación muy alejada de la realidad, se muestra un desconocimiento de la prevalencia del virus.

**- Desconocimiento absoluto de las pruebas de detección y screening poblacionales.**

Ningún alumno plasmó en el cuestionario de manera correcta en qué consistían las citologías y para qué se realizaban.

Durante los grupos de discusión comentaron que desconocían lo que eran y el objetivo de las mismas *“eso se le hace a las mujeres embarazadas”, “a mi me suena pero no sé lo que es”, “es lo que te hace el ginecólogo”, “es lo del embarazo, un análisis”*.

Desconocen los cribados poblacionales para detectar el VPH tanto la citología como las pruebas de detección de ADN molecular una vez obtenida la citología positiva.

De igual manera desconocían las pruebas de detección del SIDA y el lugar donde se realizan las mismas. Durante los grupos de discusión contestaron que el SIDA se detectaba mediante análisis de sangre y/o orina exclusivamente, no siendo conocedores de la prueba de detección mediante la saliva.

Los adolescentes manifestaron no plantearse en ningún momento de sus vidas la intención de realizarse alguna de las pruebas de detección aun habiendo realizado sexo sin protección *“nunca me realizaría la prueba”, “solo me la haría si es un yonki y ya no me acostaría con él”*.

**- Baja o nula percepción de riesgo.**

La totalidad de alumnos demostraron una baja percepción del riesgo de adquirir algún tipo de ITS y en menor medida de contraer el VIH, a pesar de realizar prácticas sexuales de riesgo *“nunca piensas que es algo que te vaya a pasar a ti”, “ya sería mala suerte”, “con los que me acuesto no tienen ninguna enfermedad y menos SIDA”*.

Esta situación de considerar el riesgo como ajeno y no propio, es influenciada por las exposiciones anteriores como déficit de conocimientos, creencias erróneas, percepción de la fidelidad y estabilidad.

### **INSTRUMENTOS:**

En el cuestionario se preguntó a los adolescentes si en su opinión recibían información suficiente y adecuada sobre las ITS o si por el contrario consideraban preciso recibir más y de qué manera, a lo cual los jóvenes contestaron que únicamente recibieron información en años anteriores, durante sus estudios de la ESO y que no era suficiente, se impartía en algunas asignaturas y de forma muy general.

La falta de información la expresan de la siguiente manera *“en las asignaturas no nos dan nada”, “no sabemos nada”, “el año pasado en biología no explicaron nada de las enfermedades”, “en el instituto no nos enseñan nada de las enfermedades ni a donde ir si te pasa algo”, “la gente empieza a mantener relaciones a los 15 años y no saben nada”, “lo que sabemos es por charlas y son muy pocas”, “sabemos muy poco, por no decir nada”*.

Muchas de las respuestas resultaron influenciadas por la realización del cuestionario, pues hasta el momento de la intervención se creían conocedores de las enfermedades, pero una vez realizado éste se autoconsideraban deficitarios de conocimientos en muchos aspectos *“cuando hice el cuestionario no sabía muchas cosas”, “pense que controlaba el tema hasta que vi el cuestionario”, “había palabras en el cuestionario que no sabía ni pronunciar, como Clamidia”*.

Obtuve un resultado contradictorio porque algunos alumnos plasmaron en el cuestionario que la información recibida es suficiente y adecuada, sin embargo cuando los cuestionas manifiestan carencias de conocimientos en determinados temas como ITS.

Los adolescentes coincidieron en que la manera más adecuada de recibir información es a través de charlas realizadas en los institutos y éstas deberían realizarse una vez mínima por curso escolar *“son muy pocas las charlas que nos dan”, “deberían hacer mínimo una por curso”, “necesitamos más charlas e información”*, así como la

inclusión de asignaturas que aborden el tema *“deberían de meter más temario en las asignaturas”, “debería haber una asignatura solamente para esto”*.

Durante los grupos de discusión negaron conocer instituciones sanitarias del área de Ferrol como el COF, encargado de la atención a la salud sexual y reproductiva, refiriendo que si tenían dudas sobre algún tema sexual acudían a los amigos en primera instancia y un mínimo porcentaje a sus padres.

Los adolescentes afirmaron no saber a donde acudir si se presentaba algún problema consecuente de una relación sexual *“no sé que hacen en el COF”, “yo no sabría a donde ir”, “no tenemos ni idea de a donde acudir si tenemos un problema”*.

## **5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Fueron invitados a participar en el estudio cuatro centros educativos, únicamente se consiguió la participación de tres de ellos, debido a que decidieron someter a deliberación del Consejo Escolar de los institutos la posibilidad de realizar el estudio de investigación, así como el interés que éste reporta como actividad extraacadémica y las condiciones de participación de los estudiantes, de esta manera uno de los centros educativos dilató su respuesta en el tiempo y fue excluido.

La dificultad del estudio más destacada fue la participación activa de los estudiantes, puesto que se encontraban en períodos de exámenes en las fechas seleccionadas para llevarlo a cabo.

Los grupos de discusión fueron elevados superando en todas las ocasiones los doce participantes, número máximo recomendado, este ambiente poco íntimo influye en las contestaciones de los alumnos y sus respuestas están supeditadas a las de sus compañeros, mostraban cierta inseguridad al contestar a algunas preguntas por el temor al qué dirán sus iguales.

La investigadora no había sido formada para realizar grupos focales con los alumnos, de tal manera que el primero resultó de ensayo para los posteriores, identificando en ese mismo momento los posibles errores, así mismo su presencia puede distorsionar los comportamientos de los participantes.

También considero una dificultad conseguir la coordinación del horario escolar de los distintos centros para poder llevar a cabo el trabajo.

Los centros educativos pertenecen a zonas urbanas y semi-urbanas, todos ellos de carácter público, lo que podría acotar los resultados. Los alumnos participantes en el trabajo no se consideran una muestra representativa del colectivo de adolescentes, no fueron elegidos al azar sino por la propia investigadora en función de las

características buscadas y la participación fue voluntaria, pero sí constituyen un ejemplo de los jóvenes de la zona.

En cuanto a la petición de los permisos necesarios a las distintas instituciones, aparecieron algunos obstáculos para contactar con el Comité Ético de la UDC y éste se declaró incompetente para evaluar los aspectos éticos de la solicitud presentada.

## 6. CONCLUSIONES

En este estudio he intentado aproximarme a la identificación de factores que influyen en las conductas de los jóvenes entre 16-18 años de edad en materia de Salud Sexual, o qué realidad subyace detrás de los comportamientos de riesgo y así demostrar la necesidad de incluir promoción de la Salud Sexual en las escuelas.

He observado que el nivel de conocimientos de los adolescentes en cuanto a las ITS, uso de preservativo y anticoncepción es escaso y distorsionado, de esta manera los jóvenes españoles se exponen con frecuencia a relaciones sexuales de riesgo y por tanto al contagio de alguna de las ITS más prevalentes en la última década como son las causadas por Clamidia, Gonococo y VPH.

Los contactos sexuales se inician cada vez de manera más prematura, dato coincidente con el estudio Durex 2006, situando el primer contacto sexual en torno a los 15,6 años.

La promiscuidad es un factor presente en la realidad de los jóvenes españoles, sin diferencias significativas entre sexos, siendo muchos los que contaban ya con dos parejas sexuales a los 16 años de edad, manteniendo relaciones obviando el factor afectivo y emocional.

Este resultado es discordante con el estudio de José María Failde Garrido en el que afirma que los chicos y chicas continúan manteniendo comportamientos y prácticas sexuales diferenciadas.

Aunque el preservativo es el método de elección entre los participantes, reconocieron haber mantenido relaciones sin ningún tipo de protección.

Se produce un mayor abandono con parejas estables en beneficio de otros métodos, situación en la que los jóvenes se autoperciben menos vulnerables y de esta manera se acostumbran a la situación de riesgo, coincidiendo con los estudios llevados a cabo por Torres et al.

Presentan serios déficits de conocimientos en cuanto al empleo correcto de los preservativos, no lo emplean nunca cuando practican sexo oral tipo cunnilingus o felación, momento en el que no se consideran expuestos al contagio de enfermedades.

Los adolescentes en función del aspecto físico de la persona y la confianza depositada en ella, abandonan el preservativo optando por un contacto sexual sin métodos que los proteja del contagio de infecciones, datos coincidentes con la bibliografía más relevante.

Por otra parte, los hallazgos muestran la necesidad de incidir en factores clave como el consumo de alcohol y otras drogas asociado a un mayor número de encuentros sexuales de riesgo, de manera no diferenciada entre sexos.

El alcohol presenta un componente de desinhibición de la conducta, proporcionando euforia momentánea, alterando los comportamientos convencionales y produciendo relajación al permitirle perder el control sobre algunas de sus emociones. Los jóvenes lo consideran un estimulante sexual, aumentando la socialización y disminuyendo la timidez.

Los resultados obtenidos en este trabajo con respecto al alcohol, difieren con el estudio realizado por Pablo Molina Cortés en relación a la práctica de relaciones sexuales de riesgo asociadas al consumo de alcohol en el que expone que es más común en los chicos.

La impulsividad conductual propia del adolescente le lleva a realizar conductas orientadas hacia el placer momentáneo, lo que le importa es la satisfacción inmediata de su deseo sexual, “el aquí y el ahora”, es decir, las consecuencias positivas a muy corto plazo siempre alcanzables, como es el placer propio que reporta la relación sexual, descatalogando por completo las consecuencias a medio y largo plazo que pueden seguir a esa conducta impulsiva que serían Infecciones de Transmisión Sexual, considerándolas inexistentes en su entorno más cercano con remotas posibilidades de sufrirlas en su propia persona.

Los adolescentes tienen una visión de futuro propia que difiere de los adultos, en los que ya se contempla las consecuencias a largo plazo. Los jóvenes viven intensamente el día a día y sus expectativas no alcanzan más allá de conseguir logros inmediatos.

Se vio un absoluto desconocimiento por parte de los alumnos acerca de ETS como la Clamidia, Gonococia y especialmente condilomatosis y atipias celulares propias del VPH, sin existir diferencias entre sexos, lo que los expone a una situación de vulnerabilidad, disminuyendo así la eficacia de la autoprotección.

En cuanto al SIDA, se trata de una enfermedad a la que se le ha perdido el miedo en los últimos tiempos, llegándola a considerar una enfermedad residual debido a su característica de cronicidad y a la existencia de antiretrovirales que refuerzan el sistema inmunológico. La percepción de los adolescentes es que el SIDA tiene tratamiento e incluso algunos piensan que se pueden curar.

Los alumnos han manifestado creencias erróneas en cuanto al mecanismo de transmisión del VIH, este hallazgo no es sorprendente puesto que las principales campañas de prevención del SIDA, como "Póntelo, Pónselo", se llevaron a cabo en los años 90, por lo que los jóvenes españoles del siglo XXI demuestran desinformación marcada en relación al virus, datos concordantes con el estudio AulaSida.

Este estudio pone de manifiesto que los adolescentes desconocen las principales instituciones sanitarias del área de Ferrol encargadas de la educación sexual, como es el COF, al igual que las pruebas de detección necesarias para confirmar el diagnóstico de una ITS, por lo que considero necesario la realización de campañas informativas para acercar a los usuarios a sus centros de referencia.

Por otra parte el sistema de educación español, a diferencia del resto de países europeos, no refuerza de manera activa las carencias existentes entre los jóvenes con asignaturas propias dentro del currículum escolar.

Con el establecimiento de la LOE en 2006, se eliminaba la asignatura de la LOGSE “Educación para la Salud” que incluía Educación Sexual, considerándose ésta transversal y desapareciendo esta materia educativa, impartándose de manera muy general, poco explícita y explicativa en la Educación Primaria en la asignatura de Conocimiento del Medio (partes del cuerpo, características, cambios vitales, reproducción, etc.) y en 3º de la ESO con la asignatura de Biología en la que se incluye la reproducción humana y el ciclo menstrual.

De esta manera la Educación Sexual queda en manos de la voluntad de los centros educativos, de sus profesores y orientadores para ampliar conocimientos de sus alumnos contactando con entidades responsables de impartir charlas sobre sexualidad, contradiciendo a la Organización de las Naciones Unidas que recomienda que todas las personas tengan derecho al acceso a una Educación Sexual de calidad.

## 7. DISCUSIÓN

A pesar de que la información por sí misma no es causante de modificaciones de conductas para la prevención de enfermedades, sí se trata de una condición imprescindible para desarrollar un modelo de cambio comportamental.

Considero necesario incluir a través del modelo PRECEDE (uno de los modelos de planificación más utilizados en la Educación Sanitaria, expuesto ya con anterioridad) conocimientos adaptados a los adolescentes que fomenten sexo seguro, reforzando conductas y favoreciendo habilidades.

De esta manera, los jóvenes estarán no sólo informados sino también formados en materia de Salud Sexual, disminuyendo así la exposición a riesgos y al contagio de infecciones.

Este modelo comportamental, podría iniciarse tomando como base este estudio, trataría la Educación Sexual en un contexto de salud, que sería el campo de trabajo de la Enfermería Comunitaria, fijándose como objetivo la adquisición de conocimientos por parte de los participantes, así como habilidades, destrezas y actitudes con el fin de que los alumnos asuman su propia libertad y responsabilidad en cuanto a la sexualidad, organizando su vida y encuentros sexuales promoviendo su bienestar y el de los demás.

Además de llevarse a cabo de manera intracurricular en las aulas de los institutos y colegios españoles, podría desarrollarse en forma de talleres formativos como actividades extraescolares, integrando la participación de la propia escuela, padres de los participantes y otros profesionales como médicos, enfermeras comunitarias y psicólogos.

Finalmente se llevarían a cabo reevaluaciones periódicas antes de iniciar la intervención, durante la misma y al término, para conocer los cambios producidos en los adolescentes, midiendo de esta manera los conocimientos, conductas y actitudes en un proceso de retro-alimentación, para asegurar que las intervenciones están

siendo efectivas o no y adoptar los cambios pertinentes en función de los resultados obtenidos.

En cuanto a la aplicabilidad de este trabajo considero que podría ser elevado a la Consellería de Cultura, Educación e Ordenación Universitaria, así como a la Consellería de Sanidade para su conocimiento, se ven implicados dos campos que hasta el momento no estaban muy en conexión como son la Educación y la Salud.

No se había planteado la necesidad de incluir asignaturas propias de Educación Sexual ni la aplicación de un modelo comportamental en el área de Ferrol, pudiendo cambiar de esta manera la visión de los adolescentes en cuanto a la realización de sexo seguro, enfermedades a las que se exponen y conocimiento de las instituciones del área sanitaria.

## **8. AGRADECIMIENTOS**

Mi más sentido agradecimiento a todas las personas que han accedido a participar voluntariamente en el estudio, tanto a los adolescentes como a sus tutores y muy especialmente a María Josefa Piñón Díaz por su apoyo incondicional.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Espada Sánchez JP, Quiles Sebastián MJ, Menéndez Carrilo FJ. Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. Papeles del psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos. 2010; 85:1-12.
2. Handsfield H. Enfermedades de transmisión sexual. 2ª ed. Madrid: Marbán; 2002.
3. Barberá Heredia E, Benlloch Martínez I, Bonilla Campos A. Psicología y género. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2004; 9(2):175-180.
4. Failde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. Gac Sanit [revista en Internet] 2008 [acceso 18 de febrero de 2013]; 22(6):511-519. Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600002&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112008000600002&script=sci_arttext)
5. De Ponte González A. Durex publica sus resultados de su Encuesta Mundial sobre sexo. Índice [revista en Internet] 2006 marzo. [acceso 11 de febrero de 2013]; 15:[10-11]. Disponible en:  
<http://www.revistaindice.com/numero15/p10.pdf>
6. Lete I, Martínez Salmeán J, Coll C, Pérez Campos E, Luis Doval J, Luis Dueñas J, et al. La juventud española y el doble método: un análisis de la situación actual. Resultados de un estudio transversal de una muestra amplia [resumen]. Prog Obstet Ginecol [revista en Internet] 2008 [acceso 20 de febrero de 2013]; 51(12):716-720. Disponible en:  
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2782439>

7. Torres P, Gutierrez JP, Bertozzi SM. Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. Salud Pública Mex [revista en Internet] 2006 [acceso 15 de febrero de 2013]; 48(4):308-316. Disponible en:  
[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342006000400005](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000400005)
8. Molina Cortes P, Odio Vargas D, Duarte Pedroza L, Guevara Passot N. Conducta sexual riesgosa y consumo de alcohol. Rev electrónica de estudiantes Esc. de psicología [revista en Internet] 2009 [acceso 2 de febrero de 2013]; 4(1):41-52. Disponible en:  
<http://www.revistawimblu.com/docs/2009/molinaetal.pdf>
9. García Vega E, Menéndez Robledo E, Fernández García P, Cuesta Izquierdo M. Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. Int J Clin Health Psychol. 2012; 5(1):79-87.
10. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2012 [acceso 30 de enero de 2013]. De Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, García Moya I. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles. Disponible en:  
[http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010\\_Resumen.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/docs/HBSC2010_Resumen.pdf)
11. Varela Salgado M, Paz Esquete J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. Rev Int Androl. 2010; 8(2):74-80.

12. Rodríguez Carrión J, Isabel Traverso Blanco C. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. Gac Sanit [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de febrero de 2013]; 26(6):519-524. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/conductas-sexuales-adolescentes-12-17-a%C3%B1os-andalucia-90156586-originales-2012>
13. ONUSida. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. 2008 [acceso 23 de febrero de 2013]. Disponible en:  
[http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510\\_2008globalreport\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_es.pdf)
14. Oliva Venereo DC, Saavedra Ramírez C, Viñas Martínez AL. Las mujeres y el VIH/SIDA: ¿Por qué un problema? Rev habana cienc méd [revista en Internet] 2009 Diciembre [acceso 27 de febrero de 2013]; 8(5):0-0. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000500016&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000500016&script=sci_arttext)
15. Solares M, Enríquez OS, Izquierdo AR. La infección por virus del papiloma humano, una amenaza real para las adolescentes. Prog Obstet Ginecol [revista en Internet] 2009 [acceso 28 de febrero de 2013]; 52(9):505-510. Disponible en:  
<http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/la-infeccion-virus-papiloma-humano-una-amenaza-13141540-articulos-originales-2009>

16. Huneus A, Pumarino M.G, Schilling A, Robledo P, Bofil M. Prevalencia de Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae en adolescentes chilenas. Rev Méd Chile [revista en Internet] 2009 [acceso 26 de febrero de 2013]; 137:1569-1574. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009001200004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001200004)
17. Fernández García C, Molina Quilis R, Ramírez Sampedro C, Pérez E, Castilla Catalán J, Marrodán Gironés J et al. Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AulaSida, 1996-1997. Rev Esp Salud Pública. 2000; 74(2):00-00.
18. Bimbela JL, Cruz MT. SIDA y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. 2º ed. Granada: Escuela andaluza de Salud Pública; 1997.
19. Estrada M. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta bioeth [revista en Internet] 2006 enero [acceso 27 de febrero de 2013]; 12(1):91-100. Disponible en:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2006000100013&script=sci_arttext)
20. Soto Mas F, Lacoste Marin JA, Prapenfuss RL, Gutiérrez León A. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. Rev Esp Salud Pública. 1997 71(4):335-341.
21. Bimbela Pedrola J.L. Aplicación del modelo PRECEDE en la prevención del VIH/SIDA. Matronas Prof [revista en Internet] 2001 [acceso 14 de febrero de 2013]; 2(3):4-9. Disponible en:  
<http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7630/173/aplicacion-del-modelo-precede-en-la-prevencion-del-vih-dida>

## 10. ANEXOS

### Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO DIRECTOR

**Título:** Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo.

**Investigador principal:** Tamara Carrasco Fernández

Yo, Tamara Carrasco Fernández con DNI [REDACTED], estudiante de 4º Grado de Enfermería en la Facultad de Enfermería y Podología de Ferrol, actualmente me encuentro desarrollando mi Trabajo de Fin de Grado tutorizada por María Josefa Piñón Díaz, cuya temática abarca conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes en materia de Salud Sexual, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos de los alumnos, identificar conductas de riesgo, evaluar el uso del preservativo y percepción personal de riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual, **solicito** su consentimiento con el fin de llevar a cabo en los alumnos de 1º-2º de Bachiller un cuestionario y grupos de discusión en los que se abordarán los mismos temas presentes en el cuestionario de manera más general y grabado en audio.

Guardando en todo momento el anonimato de los estudiantes, respetando la Ley de Protección de Datos.

Don/Doña..... DNI.....  
(Director/a del centro)

Fecha.....

Firma director:

Solicitante..... DNI.....

Firma solicitante:

## **Anexo II. CONSENTIMIENTO INFORMADO PADRES**

**Título del proyecto:** Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo.

**Investigador principal:** Tamara Carrasco Fernández (alumna de 4º de Grado de Enfermería, Escuela Enfermería y Podología de Ferrol)

### **¿Cuál es el objetivo de este consentimiento?**

Este formulario contiene información que usted necesitará para decidir si autoriza a su hijo/a a participar en este estudio o no. Por favor, lea el formulario cuidadosamente.

### **¿Por qué se está realizando este estudio?**

Su hijo/a ha sido invitado a participar en este estudio con el objetivo de recabar información acerca de los conocimientos de los adolescentes sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y el uso del preservativo, la información obtenida mediante cuestionario y grupos de discusión será utilizada para elaborar un Trabajo de Fin de Grado.

### **¿Por qué está siendo mi hijo invitado a participar en este estudio?**

Su hijo/a está siendo invitado a participar en este estudio porque está dentro del rango de edad elegido (16-18 años) y lleva a cabo sus estudios en el instituto participante.

### **¿Qué sucederá si mi hijo participa en el estudio?**

A su hijo/a se le pedirá que complete un cuestionario, lo cual no excederá más de 20 minutos, en el que se incluirán preguntas relacionadas con Enfermedades de Transmisión Sexual como SIDA, para valorar posteriormente el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las mismas, así como obtener información sobre los medios de transmisión de las infecciones y protección frente a ellas. Las respuestas serán breves (una o dos líneas) y otras se responderán con Si o No.

Así mismo, se realizará un grupo de discusión una vez realizado el cuestionario, que será grabado en audio, con el fin de recoger una mayor cantidad de información, en el que se abordarán los temas plasmados en el cuestionario de una manera más general, que no tendrá una duración mayor de 30 minutos.

**¿Cuáles son los riesgos de este estudio?**

La participación de su hijo/a en este estudio tiene riesgos mínimos. El único riesgo previsible es que su hijo/a pueda sentirse incómoda con algunas de las preguntas (por ejemplo: si el virus del VIH se contagia por los besos, si conoce en que consiste el “Doble Método”, si únicamente con una anticoncepción hormonal se evitarían Infecciones de Transmisión Sexual, etc.)

Aunque lo ideal sería que su hijo/a contestara a todas las preguntas tiene absoluta libertad para saltarse aquellas que no desee contestar.

**¿Con esto se persiguen fines lucrativos?**

La finalidad única es la recogida de información para elaborar un estudio de investigación de fin de carrera, ni los estudiantes recibirán beneficio económico alguno por su participación, ni el investigador por la elaboración del mismo.

**¿Quién va a ver la información que mi hijo/a proporcione?**

La información que su hijo/a proporcione será absolutamente anónima, respetando la Ley de Protección de Datos y únicamente será vista por la persona que lleva a cabo el proyecto.

En ningún momento se hablarán de testimonios personales de los menores, únicamente de sus conocimientos acerca de las Enfermedades de Transmisión Sexual y empleo del preservativo.

**¿Qué significa mi firma en este consentimiento?**

Este formulario contiene toda la información que usted necesita para tomar una decisión informada sobre si permitir participar o no a su hijo/a en este estudio. Su firma indica que se le ha explicado el estudio, que sus preguntas han sido respondidas y que usted está de acuerdo en permitir que su hijo/a participe en este estudio.

Nombre de su hijo/a: .....

Su nombre:.....

.....  
 (Firma del padre /madre/tutor del menor)      Fecha

### **Anexo III. CONSENTIMIENTO INFORMADO ALUMNOS**

**Título del proyecto:** Conocimientos, actitudes y práctica en Salud Sexual en adolescentes ferrolanos: Un estudio cualitativo.

**Investigador principal:** Tamara Carrasco Fernández (alumna de 4º de Grado de Enfermería, Escuela Enfermería y Podología de Ferrol)

#### **¿Cuál es el objetivo de este consentimiento?**

Este consentimiento contiene información que necesitarás para decidir si otorgas tu autorización para participar en este estudio. Por favor, lee el cuestionario cuidadosamente.

#### **¿Por qué se está realizando este estudio?**

Has sido invitado a participar en este estudio con el objetivo de recabar información acerca de los conocimientos de los adolescentes sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual y el uso del preservativo, la información obtenida mediante cuestionario y grupos de discusión será utilizada para elaborar un Trabajo de Fin de Grado.

#### **¿Qué sucederá si participo en el estudio?**

Se te pedirá que completes un cuestionario, lo cual no excederá más de 20 minutos, en el que se incluirán preguntas relacionadas con Enfermedades de Transmisión Sexual como SIDA, para valorar posteriormente el nivel de conocimientos de los adolescentes sobre las mismas, así como obtener información sobre los medios de transmisión de las infecciones y protección frente a ellas. Las respuestas serán breves (una o dos líneas) y otras se responderán con Si o No.

Así mismo, se realizará un grupo de discusión una vez realizado el cuestionario, que será grabado en audio, con el fin de recoger una mayor cantidad de información, en el que se abordarán los temas plasmados en el cuestionario de una manera más general, que no tendrá una duración mayor de 30 minutos.

En ningún momento se hablará ni preguntará de experiencias personales, exclusivamente se valorará el nivel de conocimientos que presentes.

**¿Quién va a ver la información que proporcione?**

La información que proporciones será absolutamente anónima, respetando la Ley de Protección de Datos y únicamente será vista por la persona que lleva a cabo el proyecto.

**¿Cuáles son los riesgos de este estudio?**

La participación en este estudio tiene riesgos mínimos. El único riesgo previsible es que puedas sentirte incómodo/a con algunas de las preguntas (por ejemplo: si el virus del VIH se contagia por los besos, si únicamente con una anticoncepción hormonal se evitarían Infecciones de Transmisión Sexual, etc.)

Aunque lo ideal sería que contestaras a todas las preguntas tienes absoluta libertad para saltarte aquellas que no desees contestar.

**¿Qué significa mi firma en este consentimiento?**

Este formulario contiene toda la información que necesitas para tomar una decisión informada sobre si permitir tu participación o no en este estudio. Tu firma indica que se te ha explicado el estudio, que tus preguntas han sido respondidas y que estás de acuerdo en permitir tu participación.

Así mismo, se le entregará a tu padre/madre/tutor un consentimiento similar el cual también debe firmar y adjuntar en la entrega del consentimiento para que tu participación sea posible.

Nombre del menor.....

Firma del menor..... Fecha.....

**Anexo IV. CUESTIONARIO**

Edad.....

Sexo:

Hombre

Mujer

Centro educativo.....

Zona de residencia.....

Número de hermanos.....

El cuestionario que a continuación autocumplimentará tiene por objeto aportar la información necesaria para llevar a cabo un Trabajo de Fin de Grado, cuya temática y centro de estudio serán las actitudes y comportamientos de los adolescentes sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y el uso del preservativo.

Aunque lo ideal sería que contestase a todas las preguntas tiene total libertad para saltarse aquellas que no desee contestar.

La información que proporcione será absolutamente anónima, respetando la Ley de Protección de datos.

1. ¿Qué entiendes por relación sexual?
2. ¿Has mantenido relaciones sexuales con penetración? ¿Con qué edad?
3. ¿Quién propuso mantener la primera relación sexual, tú o tu pareja? En el caso de que no hayas mantenido relaciones sexuales, haz referencia a algún amigo/a próximo que sí las haya iniciado.
4. ¿Cuántas relaciones sexuales con penetración has mantenido aproximadamente? ¿Siempre han sido con la misma persona o con diferentes?
5. ¿Has mantenido relaciones sexuales con alguna persona que hayas conocido hacía poco tiempo?
6. ¿Qué entiendes por mantener relaciones con un extraño? ¿Cuál crees que es el riesgo?
7. ¿Qué entiendes por relación estable, cuanto tiempo tiene que pasar para considerar tu relación “seria”?
8. ¿Usas preservativo en todas tus relaciones sexuales con penetración?
9. ¿Cuándo no lo hayas usado, cuál fue el motivo?
10. ¿Dónde puedes adquirir preservativos?
11. ¿Cuáles crees que son los inconvenientes del uso del preservativo?
12. ¿Crees que es necesario el preservativo para mantener sexo oral? ¿Y en el caso del sexo anal? ¿Por qué?
13. ¿Hay alguna práctica sexual en la que no lo utilices?
14. ¿Sueles llevar en la cartera, pantalón, bolso... algún preservativo?
15. Si tu pareja te comenta que toma anticonceptivos hormonales (píldora) ¿Le propondrías mantener relaciones sexuales sin preservativo?
16. ¿Alguna vez tu pareja se ha negado a utilizarlo?
17. ¿Cuándo sales de noche llevas preservativos?
18. Sales de noche y conoces a un/a chico/a el/la cual te propone mantener relaciones sexuales sin preservativo ¿Llevarías a cabo la relación o la convencerías para utilizarlo?

19. Si tomas anticonceptivos hormonales, ¿Crees que es necesario igualmente el preservativo? ¿Por qué si ya existe una protección?
20. ¿Conoces a alguien que haya abortado cercano a tu edad?
21. Nombra algunas infecciones de transmisión sexual que conozcas.
22. ¿Qué es el SIDA?
23. ¿Cómo crees que se puede contagiar el SIDA?
24. ¿Sabes cómo se detecta el SIDA, con qué prueba?

**Contesta SÍ o NO:**

El VIH se puede contagiar por la tos y uso de toallas de personas infectadas.

El VIH es poco frecuente en hombres y mujeres que practican coitos vaginales.

Es fácil reconocer a una persona que es portadora de VIH.

Únicamente manteniendo sexo oral puedes contagiarte.

Es una enfermedad exclusiva de drogadictos y homosexuales.

Se puede contagiar por los besos.

Existe una fármaco aproximadamente desde hace un año que cura el SIDA.

Existe una prueba de detección rápida que proporciona los resultados aproximadamente en 20min.

25. Crees que podrías contraer VIH con alguna de las prácticas sexuales que realizas. Explica por qué.
26. Crees que es una enfermedad de fácil contagio actualmente?  
¿Por qué?
27. Si te enterases que un compañero de clase es portador del VIH  
¿Cambiaría tu trato hacia él? ¿Qué precauciones tendrías?
28. ¿Qué es el Virus del Papiloma Humano? ¿Conoces a alguien cercano a tu edad que lo padezca?
29. ¿Cuáles son las consecuencias de padecerlo?
30. ¿Conoces para qué se realizan las citologías? Explícalo.
31. ¿Qué son la Clamidia y la Gonorrea? ¿Cómo se contagian y en qué consisten?
32. ¿Dónde has recibido información sobre las Infecciones de Transmisión Sexual?
33. ¿En tu opinión en el instituto (asignaturas) te hablan mucho o poco de la sexualidad y Enfermedades de Transmisión Sexual?  
¿Creerías conveniente recibir más información o crees que no es necesaria? ¿Cómo crees que debe ser?

## Anexo V. RESPUESTA COMITÉ DE ÉTICA UDC



**UNIVERSIDADE DA CORUÑA**

COMITÉ DE ÉTICA DA INVESTIGACIÓN



**ACUERDO**  
**DEL COMITÉ DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE A**  
**CORUÑA**

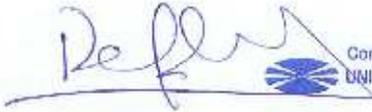
El Comité de Ética de la Universidad de A Coruña (CE-UDC), reunido en sesión ordinaria de 11 de enero 2013, y a la vista de la solicitud de informes relativos a los Trabajos Fin de Grado presentados por los estudiantes de Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UDC:

Acordó por unanimidad, **DECLARARSE INCOMPETENTE** para evaluar los aspectos éticos de las solicitudes presentadas. Y ello con base en los siguientes argumentos:

a). Es cierto que, con arreglo a lo prescrito en el art. 4.a) del Reglamento del CE-UDC, este órgano colegiado tiene como función no sólo emitir informes respecto a Proyectos de Investigación, sino también en relación con trabajos de investigación. Pero también es cierto que, según lo ordenado por el art. 2 del propio Reglamento, el CE-UDC únicamente tiene competencias para evaluar los trabajos de investigación cuya autoría provenga de investigadores vinculados a la UDC. Y en este sentido, aun cuando pudiera llegar a estimarse que los Trabajos Fin de Grado tienen la condición de trabajos de investigación, resulta claro que su autoría no proviene de investigadores vinculados a la UDC, sino de marcos estudiantiles. En este mismo entendimiento, se considera que, a pesar de que los profesores que actúan como tutores son investigadores vinculados a la UDC, su misión únicamente consiste en tutelar la labor de los estudiantes y no pueden ser conceptuados ni siquiera como coautores de los Trabajos Fin de Grado que aquéllos elaboran.

b). Los Trabajos de Fin de Grado constituyen una asignatura más dentro de los planes de estudio de los Grados Universitarios y por ello, a efectos de implicaciones éticas, deben tener el mismo tratamiento que se otorga a cualquier otra de las asignaturas que componen el Grado. Por lo tanto, si el CE-UDC no evalúa las implicaciones éticas de los múltiples ejercicios prácticos que, en el seno de las diversas asignaturas, los estudiantes desarrollan a lo largo del Grado, tampoco debe entrar a juzgar los Trabajos Fin de Grado. De lo contrario, y si el CE-UDC tuviese que informar sobre los Trabajos Fin de Grado, es muy posible que también tuviese que hacerlo sobre cualquier ejercicio de cualquier otra asignatura del Grado que pudiese verse afectado por implicaciones de carácter ético.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma la presente en A Coruña, a 11 de enero de dos mil trece.



Comité de Ética  
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

D.ºn Rafael Colins Gares  
 Presidente del CE-UDC