

¿Cómo prevenimos?

¿Cómo disfrutamos?

Evaluación de resultados

SIDA STUDI

Barcelona, Octubre 2011

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL	4
OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN	6
¿QUÉ ES SIDA STUDI?	6
¿QUÉ ES "¿CÓMO PREVENIMOS? ¿CÓMO DISFRUTAMOS?"?	7
MÉTODO	8
DISEÑO	8
INSTRUMENTOS	8
PROCEDIMIENTO	9
RESULTADOS	10
VALORACIÓN DE PROCESO	10
VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	17
CONCLUSIONES	31
AGRADECIMIENTOS	32
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS	35

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida consideramos importante destacar el papel que juega la educación sexual en el desarrollo humano. La OMS (2006)[7] define la sexualidad humana como *"un aspecto central en el ser humano, presente a lo largo de su vida que incluye el sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Esta sexualidad se vive y expresa mediante pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales"*.

Esta complejidad del fenómeno a tratar se acentúa aún más cuando se trabaja con el colectivo de jóvenes por el proceso evolutivo interno que éstos/as viven en el cual el descubrimiento de la sexualidad compartida y el inicio de las relaciones de pareja juega un papel muy importante como rito de paso al mundo adulto. Es en este momento en el que los/las jóvenes se enfrentarán por primera vez, también, a los riesgos relacionados con la sexualidad.

Los datos de los que disponemos, nos presentan una sexualidad entre los/las jóvenes con importantes retos a asumir que requieren intervenciones adaptadas a sus características, incluyendo también a sus referentes educativos tanto en el ámbito formativo (profesores/as, educadores/as, etc.) como en el familiar.

La principal necesidad detectada desde 1996 a través de nuestras intervenciones de promoción de la salud sexual, es la baja capacidad de los/las jóvenes para gestionar su propia salud sexual entendida como parte de su desarrollo personal, junto con la falta de herramientas para enfrentarse a los riesgos asociados a ésta (VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual y/o embarazos no planificados). Según los datos publicados en la *Encuesta Nacional de Salud Sexual* (2009)[15] se desatan los siguientes aspectos que pueden influir en el incremento de la vulnerabilidad de los/las jóvenes:

- La relación directa y casi exclusiva de la salud sexual con la prevención de embarazos no planificados. Relación que excluye otros riesgos como el VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
- El poco uso de métodos anticonceptivos fiables y útiles tanto para la prevención de embarazos, como VIH y otras ITS (el mencionado estudio afirma que el 53% de hombres y el 55% de mujeres nunca utilizan métodos de prevención de ITS con sus parejas estables).
- El peso que aún tienen métodos anticonceptivos poco fiables como la marcha atrás.
- El hecho de que el uso mayoritario del tratamiento post-coital se concentre en la población joven de entre 16 y 34 años.
- La importancia de la influencia de los roles de género, ejemplificada en hechos como que la responsabilidad en la prevención siga recayendo mayoritariamente en las mujeres.

Otras investigaciones indican que cada vez los jóvenes se inician antes en las relaciones de pareja. Según un estudio reciente, el 30% de los jóvenes que cursan 3º o 4º de la ESO[10] ya han mantenido relaciones sexuales con penetración. Otro estudio indica que alrededor de 47.500[5] chicas menores de 19 años han recurrido durante el 2010 a la píldora del día después para evitar un posible embarazo no planificado. Dicho de otra manera, en Cataluña cada día 130 chicas menores de 19 años utilizan este fármaco para evitar posibles embarazos, y por tanto, diariamente como mínimo 260 jóvenes mantienen relaciones sexuales de riesgo tanto de embarazos como de exposición al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Por otro lado los datos de ITS[6] y VIH[4] se han mantenido estables en los últimos 5 años en este grupo poblacional.

Afortunadamente, no todos los datos son negativos. También hay estudios[3,8,9,10,16] que nos demuestran que la promoción de la sexualidad saludable que se hace en los centros educativos es efectiva, ya que los y las jóvenes adquieren mayores conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, aprenden a utilizar el preservativo como método preventivo para todos los posibles riesgos relacionados con la sexualidad y a la vez mejoran sus relaciones personales reduciendo las desigualdades sociales respecto al género, a las personas que viven con VIH y creando una mayor conciencia respecto a su sexualidad y su propio cuerpo.

LA IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN SEXUAL

Ante esta realidad, juega a nuestro favor el hecho de que la población joven es muy sensible al aprendizaje, así como a la adquisición constante de experiencias que contribuyan a su desarrollo como personas. Es en esta oportunidad donde creemos importante incluir la educación para la salud sexual, entendida como la adquisición de habilidades emocionales, comunicativas, de cuidado de uno/a mismo/a y de capacidad para tomar decisiones responsables.

Saber el porqué de las cosas que acabamos haciendo siempre es complicado, y aún más en el ámbito de la afectividad y la sexualidad. Es por ello, que se da una gran importancia al concepto de la autoeficacia, que engloba diferentes aspectos del comportamiento humano:

- 1) implantar comportamientos deseados
- 2) generar y mantener la motivación
- 3) proceso mental que es capaz de implantar este comportamiento
- 4) las emociones experimentadas con el nuevo comportamiento.

Los cambios producidos en los/las adolescentes hacen que se considere fundamental trabajar estos 4 aspectos y dar especial relevancia a las emociones y la autoeficacia. Este argumento, está promovido por las estrategias educativas que destacan la gran importancia del desarrollo de competencias sociales y emocionales en el currículum escolar.

Tal y como propone el Instituto de la Juventud (INJUVE) se deben promover las acciones que redunden en los hábitos de vida saludables en los/las jóvenes. Esta educación, debe adaptarse metodológicamente a las características de los/las jóvenes pero también debe incluir a sus

referentes educativos formales y familiares. Y, en este sentido, es muy importante destacar la importancia del medio educativo como oportunidad para hacer realidad este tipo de intervenciones tal y como queda recogido en el *Plan Multisectorial de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida* frente a la infección por VIH 2008-2012[12]:

“Sin embargo, la principal estrategia para prevenir la infección por VIH en jóvenes continúa siendo la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, de cobertura universal. Es prioritario destinar los recursos necesarios para implementar esta política educativa. Ésta debe estar integrada de manera formal y continua en el proyecto educativo del centro y abarcar todas las etapas educativas, empezando a trabajar desde primaria, cuando no hay urgencia ni apenas riesgos y la capacidad de asimilación es más alta. El ámbito educativo es también un lugar estratégico para facilitar el acceso al preservativo. La formación permanente del profesorado en el ámbito de la educación afectivo-sexual es una cuestión fundamental, sin descartar que se pueda complementar la formación del alumnado a través de otros especialistas externos.”

Además de estos aspectos destacados, otros paradigmas en los cuáles nos interesa incidir son los siguientes:

Enfoque de derechos humanos

La sociedad y la enfermedad son inseparables y sólo desde una concepción dinámica de ambas es posible un cambio: es necesario intervenir tanto en la sociedad como en la enfermedad.

El marco teórico que sustenta este enfoque es el de los Derechos Humanos y posibilita un lenguaje común desde el cual trabajar en temas de salud, ya que su promoción y respeto tienen como consecuencia una mejora en todos los ámbitos: prevención, asistencia, tratamiento, inserción social, etc.

Los derechos sexuales y reproductivos

Si nos fijamos bien, cada uno de los doce Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) tiene, de alguna manera, relación con la epidemia mundial de VIH/sida. De manera especial, el derecho a la vida, el derecho a la no discriminación, el derecho a la privacidad, el derecho a la información y a la educación, el derecho a la protección y la atención de la salud o el derecho a disfrutar del progreso científico nos sitúan en diferentes dimensiones de la lucha contra la epidemia del VIH y las ITS.

Este es un enfoque destinado no sólo a erradicar las infecciones sino también a transformar las causas que han permitido que se haya extendido debido a la estructura de un sistema que genera desigualdades. [1]

Paradigma de reducción de riesgos

Este modelo de reducción de riesgos y daños - a la hora de trabajar en la promoción y educación para la salud en materia sexual -, permite replantearnos la prevención desde la aceptación de datos objetivos que nos muestran las carencias de las estrategias con una

perspectiva crítica y constructiva que permita partir de los límites de la actual propuesta y la necesidad de superarla sin un sentimiento de culpabilidad. [14]

■ **Perspectiva de género**

Según investigaciones llevadas a cabo en la última década, los roles y las relaciones de género influyen de manera directa e indirecta en el nivel de riesgo de una persona y su vulnerabilidad ante la infección por ITS y VIH junto con los embarazos no planificados.

Esta realidad pone de manifiesto la necesidad de integrar de una manera comprensiva las consideraciones de género a todos los niveles de la programación para abordar la sexualidad con la finalidad de mejorar nuestra respuesta a los diferentes problemas surgidos.

La integración del género se refiere a estrategias que tienen en cuenta las normas de género y buscan la compensación de las desigualdades por razón de género. Este análisis de género tiene como objetivo conseguir la equidad más que la igualdad. [13]

■ **Promoción de la salud sexual**

Entendemos que la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no tan sólo las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los/las individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con la finalidad de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

OBJETIVOS DE LA EVALUACIÓN

Por todo lo expuesto anteriormente, nuestros objetivos son poder dar respuesta y mejorar la calidad de la intervención en los siguientes puntos:

- Analizar los conocimientos adquiridos sobre sexualidad saludable y VIH/sida.
- Dotar a los/las jóvenes de habilidades de comunicación y negociación.
- Detectar la intención de uso del preservativo como método anticonceptivo y actitud hacia las medidas preventivas.
- Maximizar los beneficios y minimizar costes en el uso del preservativo.
- Capacitar ante las situaciones de riesgo a las que puedan exponerse.

¿QUÉ ES SIDA STUDI?

SIDA STUDI, ONG creada en el año 1987 en Barcelona, trabaja en la capacitación de las personas para prevenir el VIH/sida y reducir el impacto individual y social del virus en un marco de respeto a los derechos humanos. Para hacerlo, trabaja entorno a dos ámbitos: la información y la prevención.

El primer ámbito de actuación, la información, se plasma a través del Centro de Documentación y Recursos Pedagógicos, la única biblioteca especializada en VIH/sida del Estado y que se ha convertido en una herramienta de apoyo de primer orden para las administraciones, profesionales de la educación y de la salud, estudiantes y entidades sociales que trabajan en el campo de la educación sexual.

El segundo ámbito, la prevención, a través de nuestras acciones educativas de promoción de una sexualidad saludable y de prevención del VIH, que se focalizan prioritariamente en la población adolescente, las personas discapacitadas y sus familias. En este sentido, las

actividades educativas y formativas de la entidad se consideran un referente en el ámbito de la prevención del VIH por su bagaje de más de 15 años de acciones educativas para la promoción de la sexualidad saludable y por su enfoque positivo de la vivencia de la sexualidad y la capacitación de las posibles situaciones de riesgo (como el VIH/sida, otras infecciones de transmisión sexual o los embarazos no planificados) y por la permanente búsqueda de mejora de sus intervenciones gracias a las evaluaciones (de proceso y resultado) que permiten adaptarse mejor a las necesidades de cada época.

¿QUÉ ES "¿CÓMO PREVENIMOS? ¿CÓMO DISFRUTAMOS?"?

[¿Cómo prevenimos? ¿Cómo disfrutamos?](#) es un programa de promoción de una sexualidad saludable de **SIDA STUDI** que se caracteriza por:

Público destinatario: Jóvenes que prioritariamente hayan participado en el curso escolar anterior a la actividad "Prevenir para disfrutar"

Duración: 2 sesiones de 2 horas

Número máximo de participantes: 30

Ponentes: Pareja pedagógica (una educadora y un educador)

A partir de las observaciones que se han extraído de la evaluación de nuestros talleres, se ha creado esta actividad para adaptar la metodología de la intervención "[Prevenir para disfrutar](#)" para el trabajo con edades de Bachillerato.

Destacan las siguientes características y contenidos:

- Es una actividad que da continuidad a la tarea empezada por "*Prevenir para disfrutar*".
- Permite profundizar en la información trabajada en el curso anterior. A los grupos que no hayan participado previamente en "Prevenir para disfrutar", los dota de información y herramientas personales sobre la salud sexual.
- Se profundiza el trabajo en las habilidades técnicas, personales y sociales vinculadas a la prevención y la reducción de riesgos.
- Se hace un trabajo específico de reflexión sobre la imagen social del VIH/sida: los Derechos Humanos, la estigmatización y la percepción de riesgo.
- Se amplía el tratamiento del preservativo a la variedad de los recursos preventivos, como medio para hacer compatibles las relaciones placenteras con la salud.

DISEÑO

Se ha utilizado un diseño cuasi experimental sin grupo control con una medida pre y otra post-intervención un mes después de finalizar la intervención. Esta medida tiene como objetivo poder explorar los efectos a mayor largo plazo de los que se hubieran podido determinar finalizado el tratamiento.

INSTRUMENTOS

Evaluación de proceso: permite analizar la intervención educativa en diferentes aspectos sobre su funcionamiento.

- *Cuestionario de proceso (creado ad hoc).* Cuestionario formado por 15 ítems, 11 de los cuáles se evalúan mediante una escala tipo Likert de 5 puntos (de 1 muy negativo a 5 muy positivo). El cuestionario evalúa la intervención en general, la satisfacción de los/las participantes, la utilidad de lo tratado y el interés que eso representa, la participación de los/las jóvenes durante el taller, el tiempo dedicado, la información recibida, la metodología empleada por los/las profesionales y la influencia de la intervención en sus conocimientos y actitudes. Por último, incluye 4 ítems de tipo abierto en el que los/las jóvenes pueden expresar sus sugerencias para las futuras intervenciones y los aspectos más positivos y aquellos a mejorar del taller realizado. Con ello se recoge información útil para poder realizar nuevas actividades dirigidas a resolver sus dudas y trabajar aquellos aspectos que los/las chicos/as consideran más relevantes para la promoción de la salud sexual saludable y la educación socioafectiva.

Evaluación de resultados: evalúa la eficacia de las intervenciones. La finalidad de este análisis es poder mejorar las intervenciones en función de los resultados obtenidos en estas evaluaciones.

- *Cuestionario sociodemográfico.* Obtiene información personal y familiar (edad, sexo, religión, país origen, estudios y profesión del padre y de la madre).
- *Cuestionario de actitudes hacia la igualdad de géneros, CAIG* (de Sola, A y Martínez Benlloch, J.L, 2003)[17]. Está compuesto por 30 ítems que describen diferentes actitudes hacia el género autovaloradas mediante una escala Likert de 7 puntos (desde 1, totalmente en desacuerdo, hasta 7, totalmente de acuerdo). Está dividido en 6 factores: aspectos relacionados con la orientación sexual, aspectos relacionados con el simbolismo religioso, valores y estructura de pareja, ámbito de lo privado, ámbito de lo público y sexualidad y libertad personal. Tiene un coeficiente alfa de 0.91. Para nuestro cuestionario únicamente utilizamos los factores relacionados con la orientación sexual (5 ítems) y sexualidad y libertad personal (5 ítems) con un coeficiente alfa de 0.79 y 0.74, respectivamente.
- *Inventario de inteligencia emocional ICE: NA* de BarON (1997) [2] en su versión española adaptada por Ugarriza y Pajares (2005) [18]. Este cuestionario describe diferentes aspectos relacionados con la inteligencia emocional. Consta de 60 ítems que

se autoevalúan mediante una escala tipo Likert de 4 puntos (1, muy rara vez; 2, rara vez; 3, a menudo; 4, muy a menudo). Está dividida en 5 escalas: Intrapersonal (mide la autocomprensión y la asertividad), interpersonal (empatía, responsabilidad social y comprensión de los sentimientos de los demás), adaptabilidad (resolución de problemas y adaptabilidad a la realidad), manejo del estrés (tolerancia al estrés y control de impulsos), estado de ánimo general (felicidad y optimismo). En este caso, se utilizará la versión abreviada de 30 ítems con una coeficiente alfa de 0.77.

- *Cuestionario sobre sexualidad (creado ad hoc)*. Este cuestionario está formado por 35 ítems en los que se incluyen preguntas sobre el concepto de sexualidad, fuentes de información sexual, relaciones personales, orientación sexual, prácticas sexuales y riesgos, métodos preventivos, uso del preservativo, negociación en las relaciones de pareja y conocimientos, opiniones y actitudes en diferentes campos de la sexualidad, las ITS y el VIH.

PROCEDIMIENTO

Se solicitó a cada participante su colaboración y se les informó sobre la participación voluntaria en el estudio garantizando el anonimato de los datos que reportaran.

La aplicación de la prueba pre-intervención se hizo de manera individual por los mismos profesionales de la entidad. Se intentó evitar así cualquier alteración que pudiera influir en sus respuestas.

En la primera sesión y antes de iniciar cualquier trabajo se les repartió a los/las jóvenes el pre-cuestionario.

En la última sesión se administró el cuestionario de la evaluación del proceso.

Un mes después de realizar la intervención, los propios tutores de cada grupo (siguiendo la guía de evaluación) realizaron la pasación del postcuestionario, con el fin de poder obtener unos mejores resultados de la intervención.

Las sesiones de recogida de datos se realizaron desde Octubre del 2010 hasta Junio del 2011.

Análisis estadístico

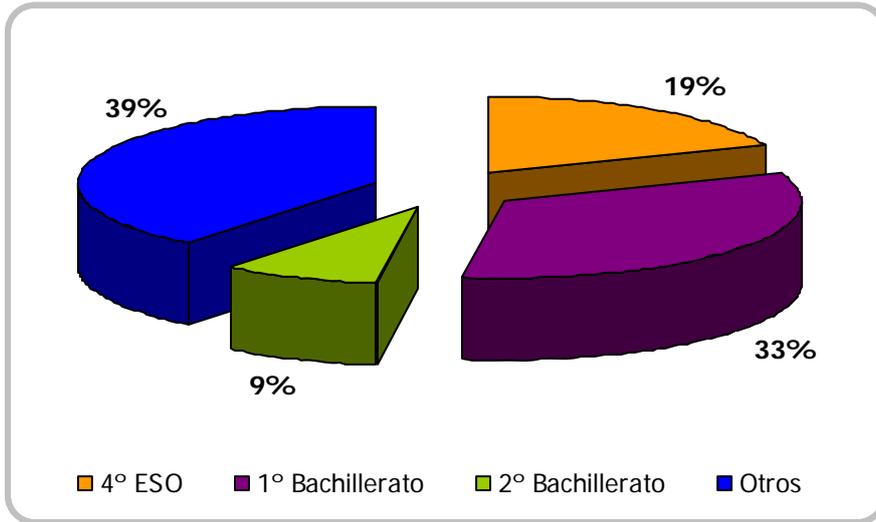
Todos los datos obtenidos en la evaluación fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS 17.0 versión windows.

Se analizaron estadísticos descriptivos (frecuencia y medias), estadísticos de dispersión (desviación estandar) y prueba T para medias independientes, que evalúa la significancia de los datos en función de los diferentes grupos que responden a una misma pregunta, en este caso en función del sexo.

VALORACIÓN DE PROCESO

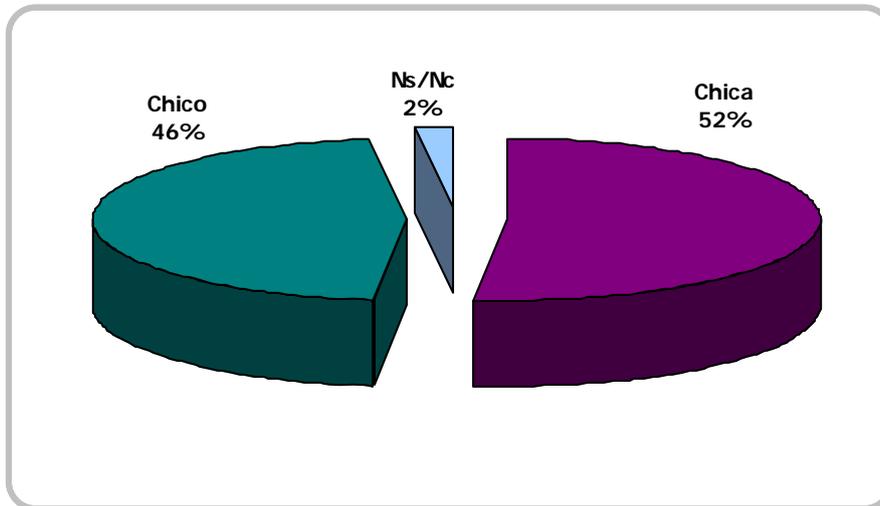
Un total de 191 jóvenes (88 chicos y 99 chicas; Gráfico 3) han cumplimentado el cuestionario. La edad media de los/las participantes es de 17.03 (SD 2.6), oscilando entre los 15 y los 34 años. Concentrándose el 80% entre los 16 y los 20 años.

Gráfico 1. Distribución muestra en función del curso escolar (%)



*Otros: Ciclos Formativos Grado Medio, Programas de qualificació professional inicial, inserció socio-laboral

Gráfico 2. Distribución muestra en función del sexo



La intervención fue valorada como muy positiva o positiva por el 73.4% de los/las jóvenes, el 1.6% la consideró regular y los/las demás chicos y chicas no respondieron este ítem.

Gráfico 3. Valoración Global (%)

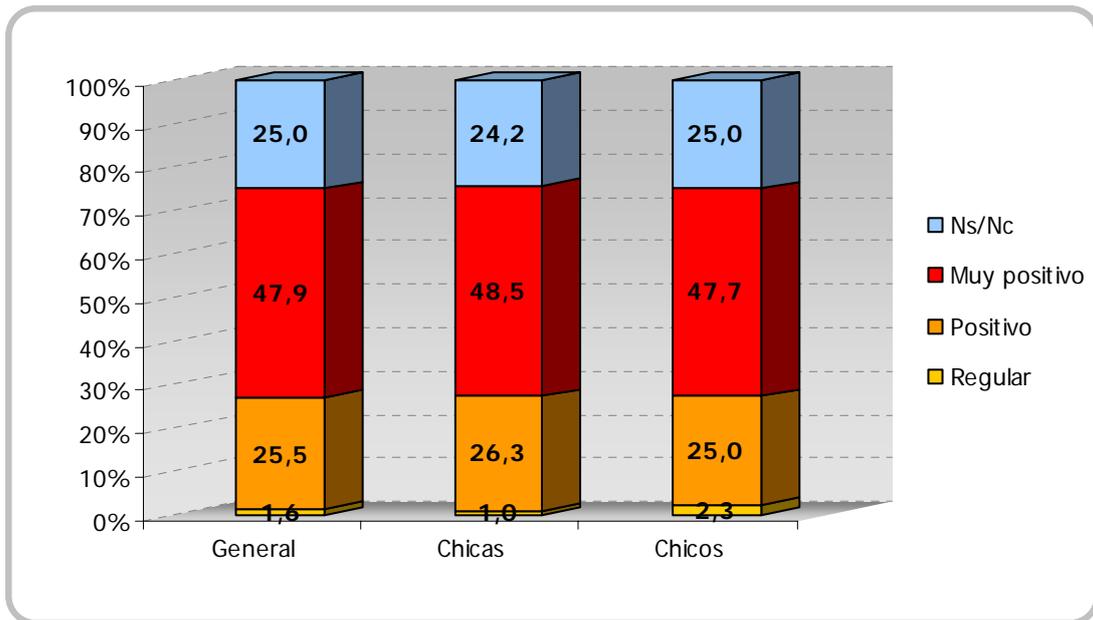
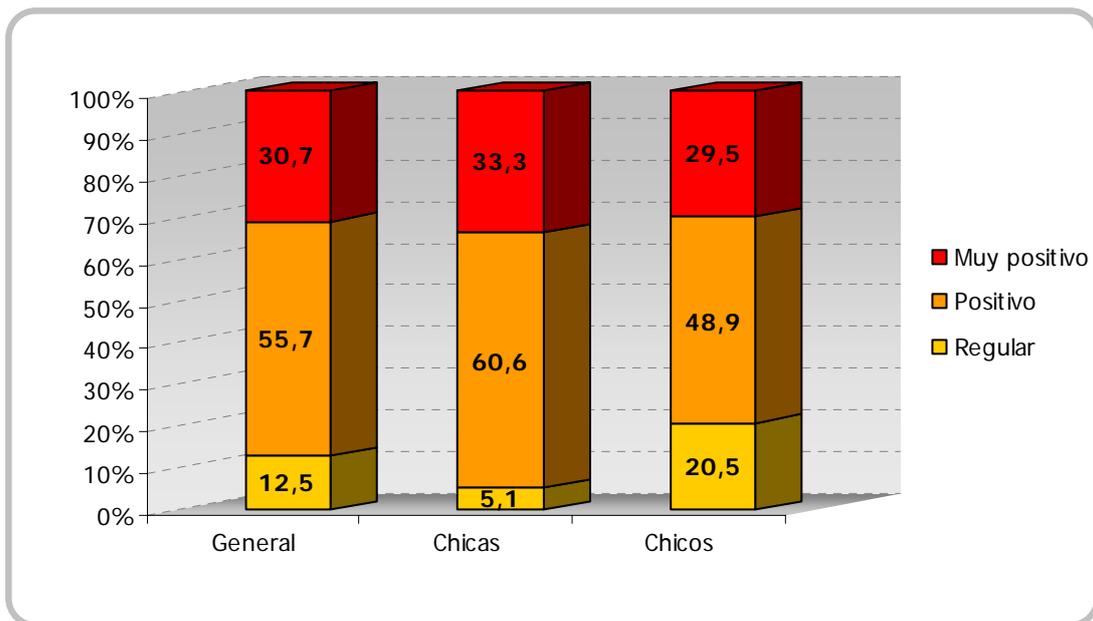
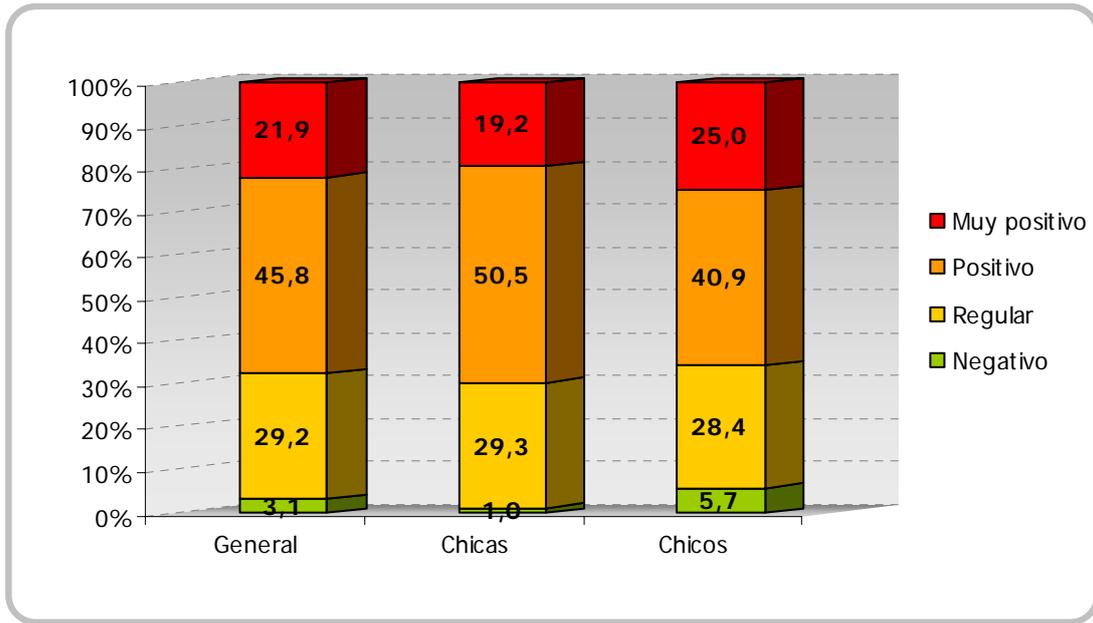


Gráfico 4. Tiempo dedicado a la intervención (%)



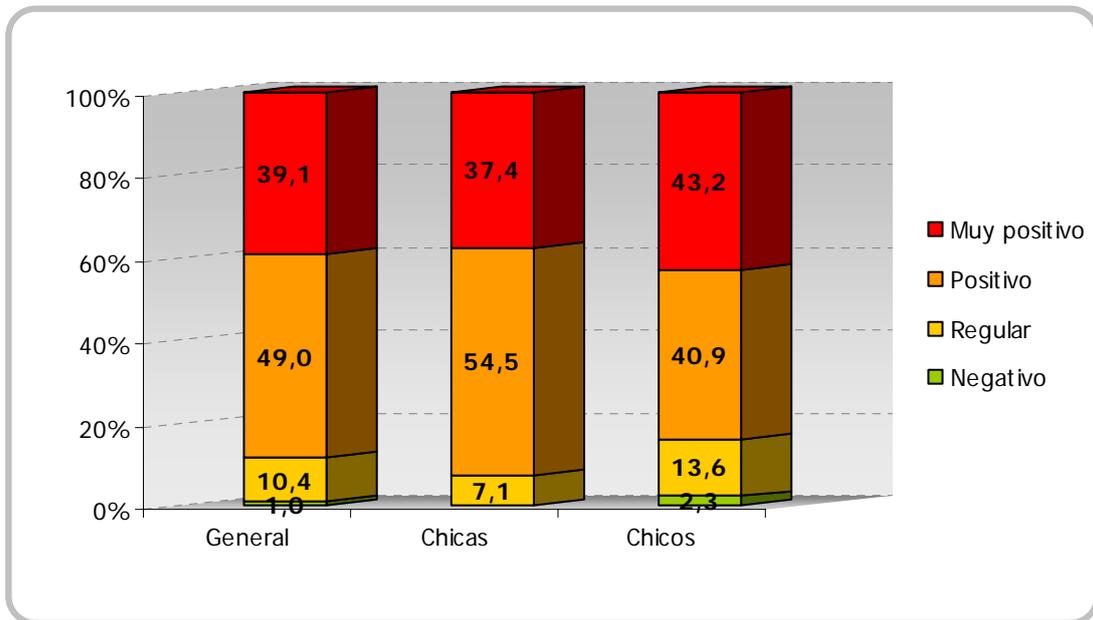
Respecto al tiempo dedicado, lo consideran en un 30.7% como muy bueno, destacando el 12.5% que lo consideran como regular, en este sentido destacamos la importancia que dan los/las jóvenes a la intervención y la demanda de más tiempo (en el apartado de propuestas de mejora de la intervención) para poder expresar y resolver sus dudas en el ámbito de la sexualidad.

Gráfico 5. Participación de los/las compañeros/as



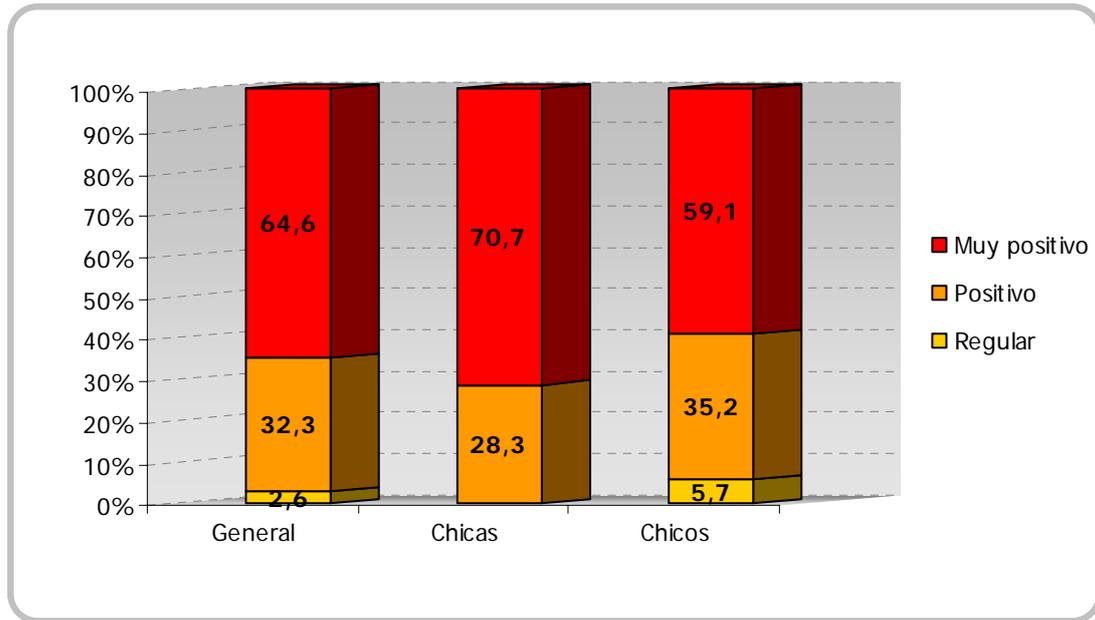
Respecto a la participación de los/las compañeros/as también hay bastante variabilidad. Considerando el 75% de los/las jóvenes como regular o positiva la participación del resto de sus compañeros/as.

Gráfico 6. Interés de los temas trabajados



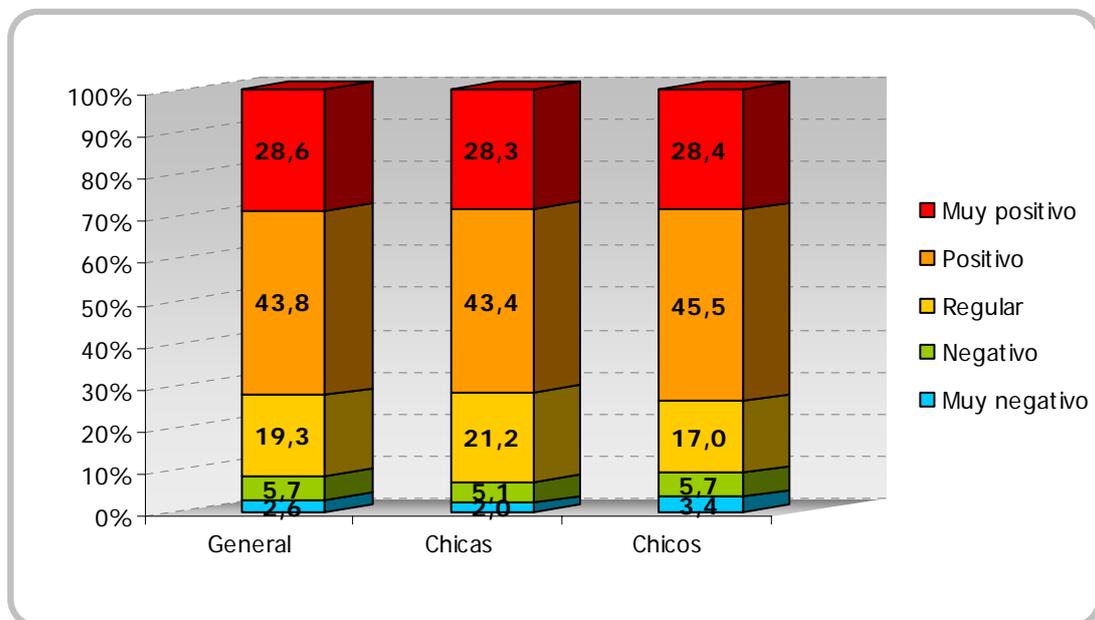
Destaca un gran interés por trabajar en el aula la promoción de la sexualidad saludable y la prevención de posibles riesgos asociados como puede ser el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) por parte de los/las jóvenes. Observando un mayor interés por la temática en el caso de los chicos respecto a la valoración muy positiva, a pesar que ellos muestran una mayor variabilidad respecto a este ítem.

Gráfico 7. Claridad de los temas expuestos



Uno de los aspectos mejor valorados de toda la intervención ha sido la claridad de la exposición por parte del educador y la educadora. Este hecho, hace posible crear un ambiente agradable que facilite la comunicación con los/las jóvenes y permite que se muestren más dispuestos/as a recibir información en este ámbito. En este caso, las chicas valoraron mejor la claridad de la exposición.

Gráfico 8. Conocimientos nuevos adquiridos

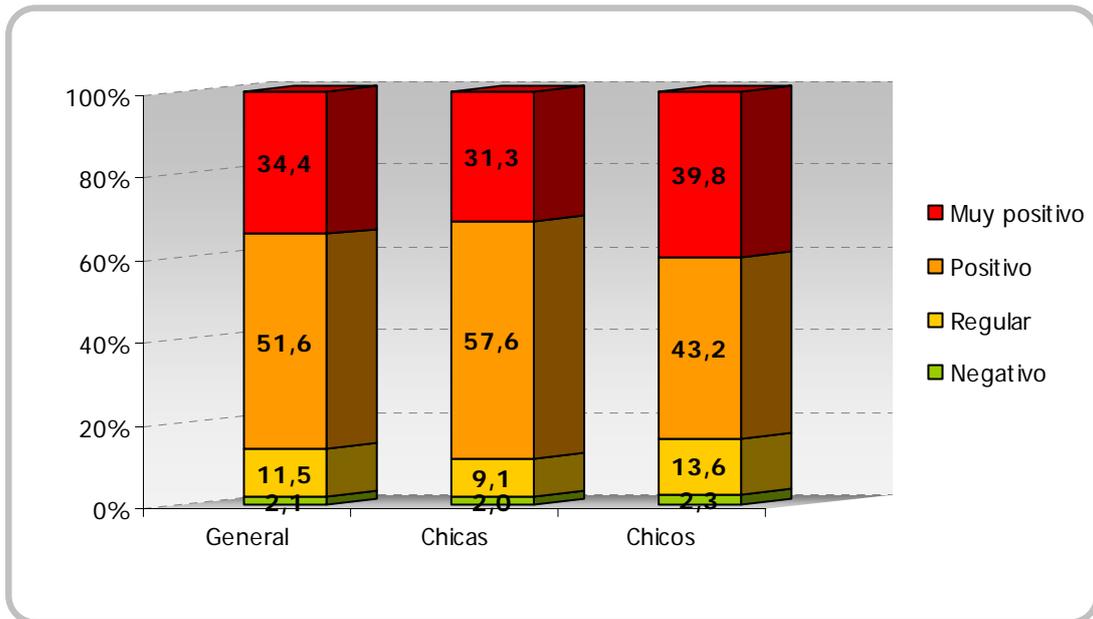


Respecto a los conocimientos nuevos adquiridos a partir de la participación en el taller, los/las jóvenes se muestran muy variables en el momento de valorarlos. En general, consideran que la intervención les ha servido para adquirir nuevos conocimientos en sexualidad (72.4% consideran que han sido bastantes o muchos los conocimientos nuevos) y, en especial, en el ámbito del VIH y las ITS. En este caso, se muestra una mejor valoración por parte de los

chicos, considerando que les ha aportado un mayor número de conocimientos nuevos respecto a las chicas.

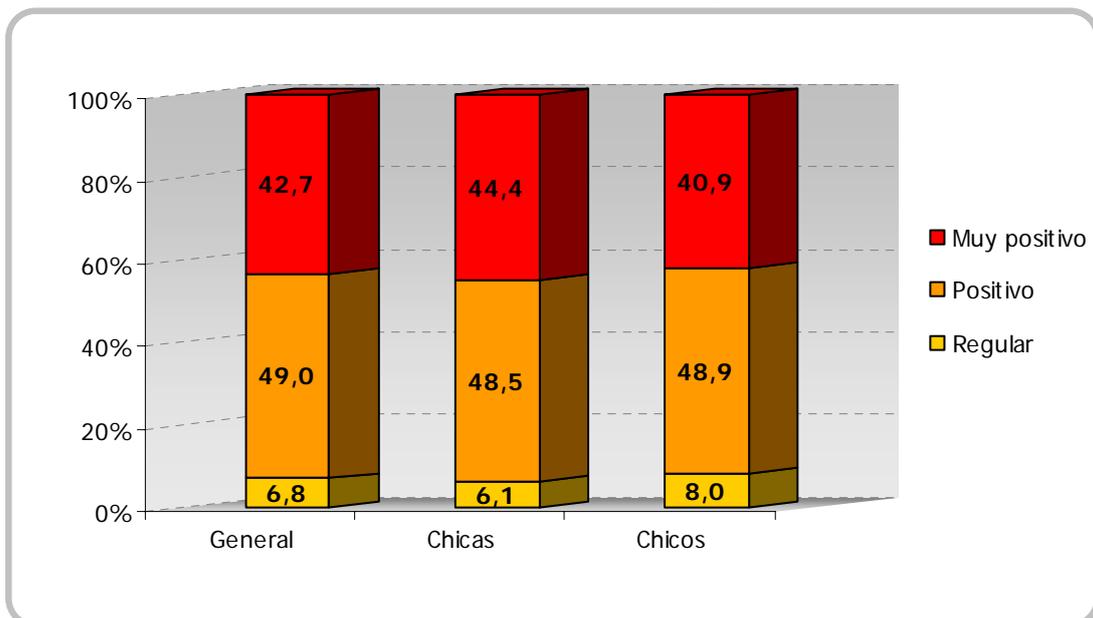
Por otro lado, el 27.63% consideran que han sido regulares o bajos los conocimientos nuevos adquiridos, es decir, que han aprendido poco o muy poco con el taller. Esto es debido a que algunos/as jóvenes verbalizaron ya haber recibido con anterioridad talleres similares, pero a pesar de ello, valoran positivamente recibir de nuevo la información.

Gráfico 9. Utilidad de los aspectos trabajados



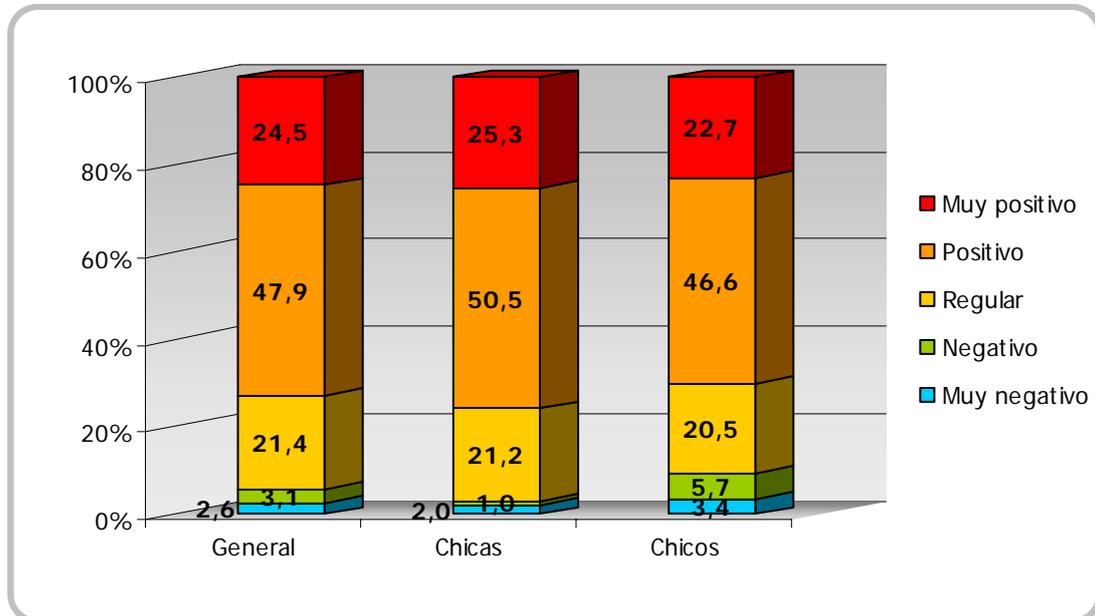
Un 86% coinciden en considerar que la información facilitada y las actividades propuestas durante el taller les será de mucha o bastante utilidad en su vida diaria. En especial, lo valoran de forma muy positiva los chicos.

Gráfico 10. Nivel de reflexión generado



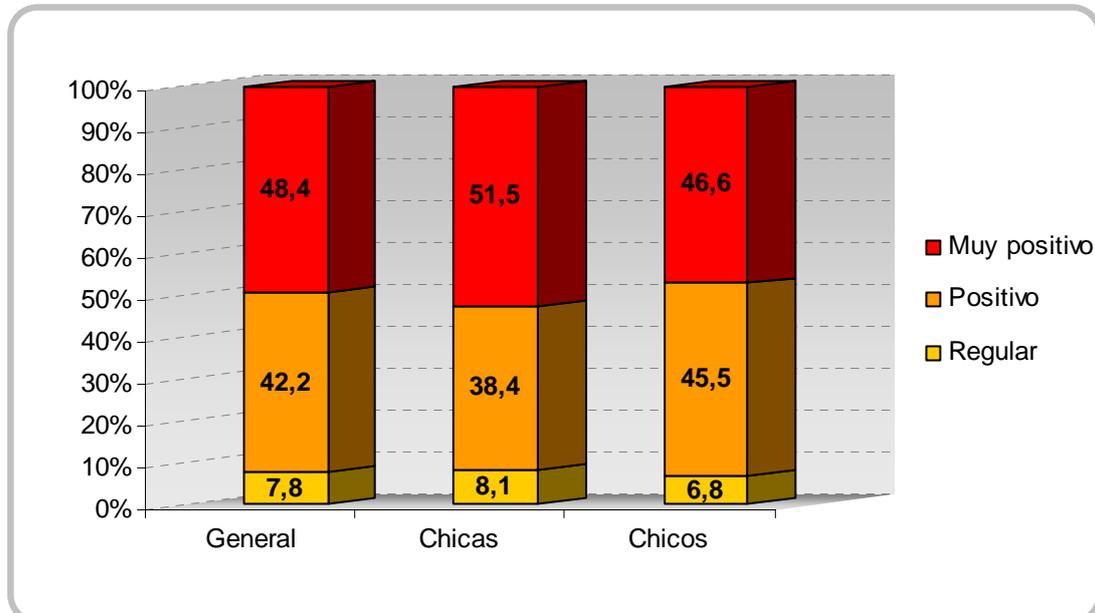
Respecto al nivel de reflexión generado a partir de la información recibida en el taller, los/las jóvenes consideran que ha sido positivo o muy positivo en un 91.7% de los casos.

Gráfico 12. Nivel de influencia en tu vida diaria



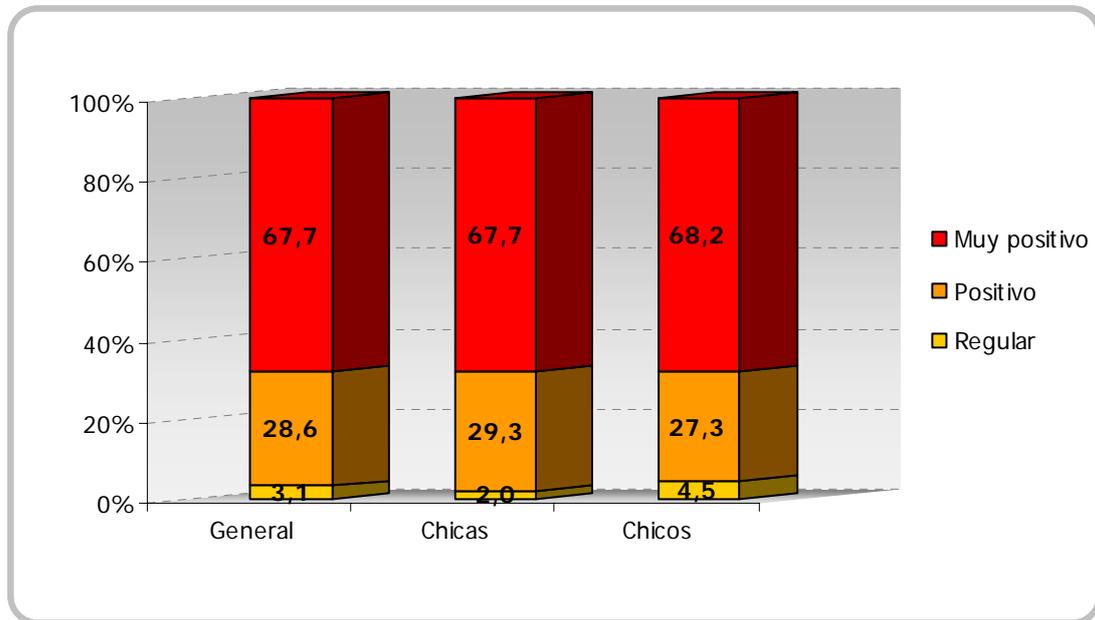
El 72.4% de los/las jóvenes consideran que haber realizado este taller les va a influir de manera positiva en su vida diaria. Lo que constituiría un mayor empoderamiento en el momento de mantener relaciones sexuales y promover patrones saludables en las mismas.

Gráfico 13. Metodología empleada



En general, la metodología empleada por el y la educador/a les gustó a los/las jóvenes en el 90.6% de los casos, destacando una mayor satisfacción por parte de las chicas. Las puntuaciones inferiores (regular: 7.8%), verbalizaron que se debe a la percepción de los/las jóvenes de la necesidad de utilizar un mayor número de herramientas audiovisuales a lo largo de la intervención.

Gráfico 14. Actuación de los/las profesionales



Es el aspecto mejor valorado de la intervención. Los/las jóvenes coinciden valorando de forma positiva o muy positiva en un 96.3% de las veces la actuación del educador y la educadora de SIDA STUDI, considerando que crean un clima de confianza.

PREGUNTAS ABIERTAS

Los/las alumnos/as consideran como más interesante haber trabajado el aspecto del placer en las relaciones de pareja y también haber podido conocer los diferentes métodos preventivos que existen, en concreto, el uso del preservativo tanto para pene como para vagina y su correcta colocación.

También han destacado la importancia de hablar de la discriminación y el estigma que sufren las personas VIH+ en base a mitos y falsas creencias. Por último, dan mucho valor a poder hablar de todos estos temas de forma abierta, sin prejuicios y a partir de situaciones reales.

Respecto a los aspectos que menos les ha gustado trabajar en las diferentes sesiones está la descripción de las diferentes infecciones de transmisión sexual y el VIH, añadiendo que ya lo han trabajado muchas veces y ya conocían la información más básica, aunque valoran positivamente la nueva forma de abordarlo. También les ha resultado más complicado poder hablar de sentimientos y emociones relacionadas con su vivencia de la sexualidad, pues en muchas ocasiones les incomodaba o sentían vergüenza al hablar de ello.

Como propuestas de mejora y recomendaciones para futuras intervenciones algunos/as alumnos/as han expresado la necesidad de poder dedicar más tiempo a hablar sobre salud sexual y así poder ir resolviendo las dudas cuando se vayan dando. En especial, destacaban poder abordar en mayor profundidad aspectos como los embarazos no planificados y la orientación sexual.

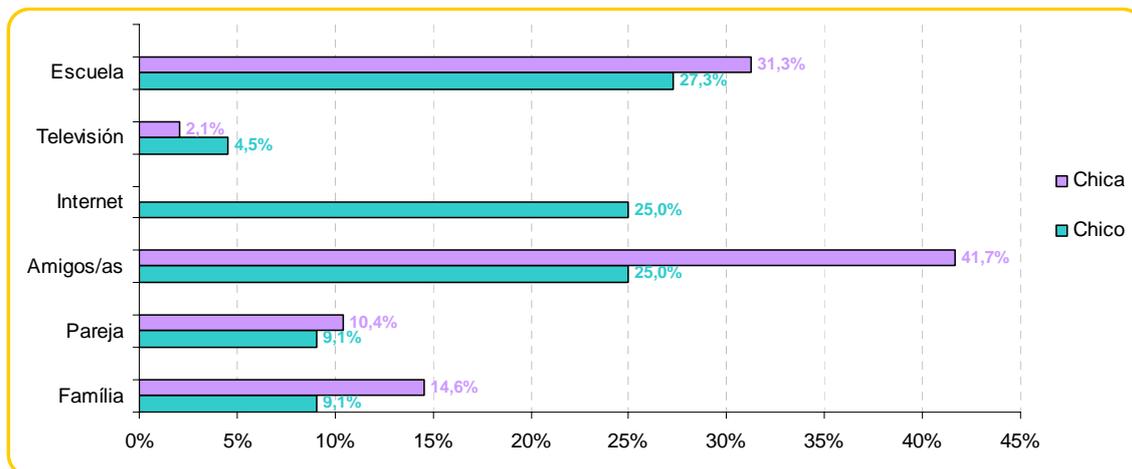
VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Tabla 1. Descripción de la muestra (%)

Sexo	%	Estudios Padres	%
Chica	54,2	Sin estudios	6,07
Chico	45,8	EGB incompleta	10,28
Pais Origen Padres		EGB completa	25,70
Español/a	87,25	FP o Bachillerato incompleto	3,74
Latinoamericano/a	4,60	FP o Bachillerato completo	21,03
Marroquí/na	5,10	Universitarios incompletos	4,67
Otros	3,04	Diplomado/a	4,21
Religi3n		Llicenciado/a	8,41
Católico/a	32,0	Ns/Nc	15,89
Musulmán/a	2,9		
Ninguna	58,3		
Otras	6,8		

Las jóvenes consideran que sus amigos/as y la escuela son las dos principales fuentes de información sobre sexualidad, y los jóvenes la escuela junto con los amigos/as e Internet. Observamos diferencias estadísticamente significativas referentes al grupo de amigos/as siendo mucho superior en chicas que en chicos.

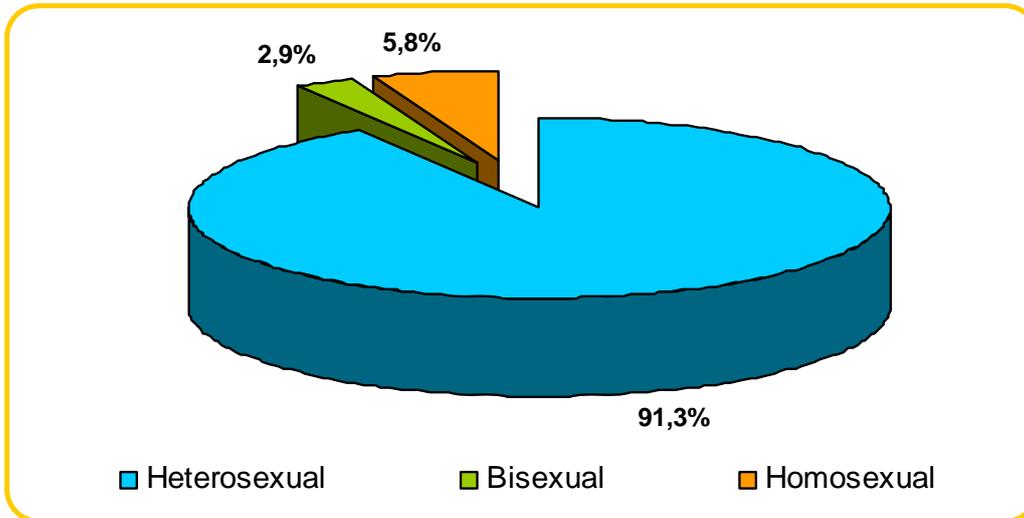
Gráfico 15. Fuentes de información sobre sexualidad (%)



T < .05

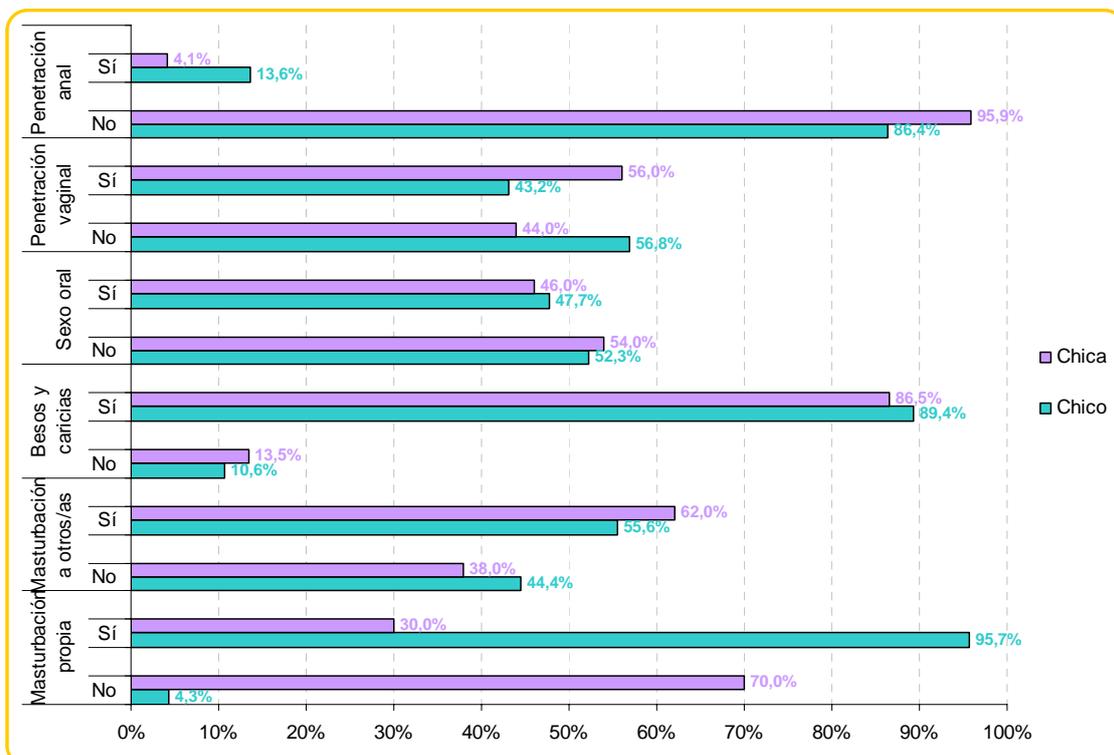
Debemos destacar el casi 9% de los/las jóvenes que se definen como bisexuales o homosexuales. Por ello consideramos fundamental trabajar la orientación sexual y la identidad en todas nuestras intervenciones.

Gráfico 16. Orientación sexual (%)



A estas edades, todos los/las jóvenes viven su sexualidad de diferentes maneras, pero en concreto, queremos destacar el 51,51% que manifiestan haber realizado penetración vaginal y el 11,85% de penetración anal. Además también hay que destacar el bajo porcentaje de chicas que han practicado la masturbación propia, habiendo una diferencia estadísticamente significativa respecto a los chicos. Esto contrasta con el número de chicas que han masturbado a su pareja sexual, una práctica un 24% superior a la masturbación propia. También se observan diferencias estadísticamente significativas entre chicos y chicas que han mantenido relaciones sexuales que incluyen la penetración anal.

Gráfico 17. Prácticas sexuales (%)

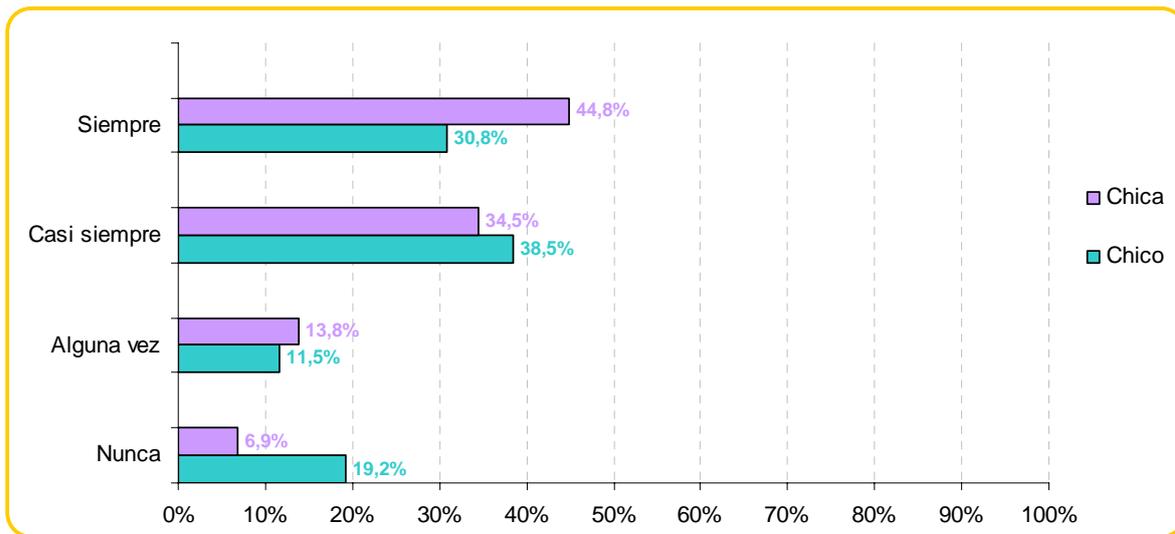


Masturbación propia T < .000

Penetración anal T < .000

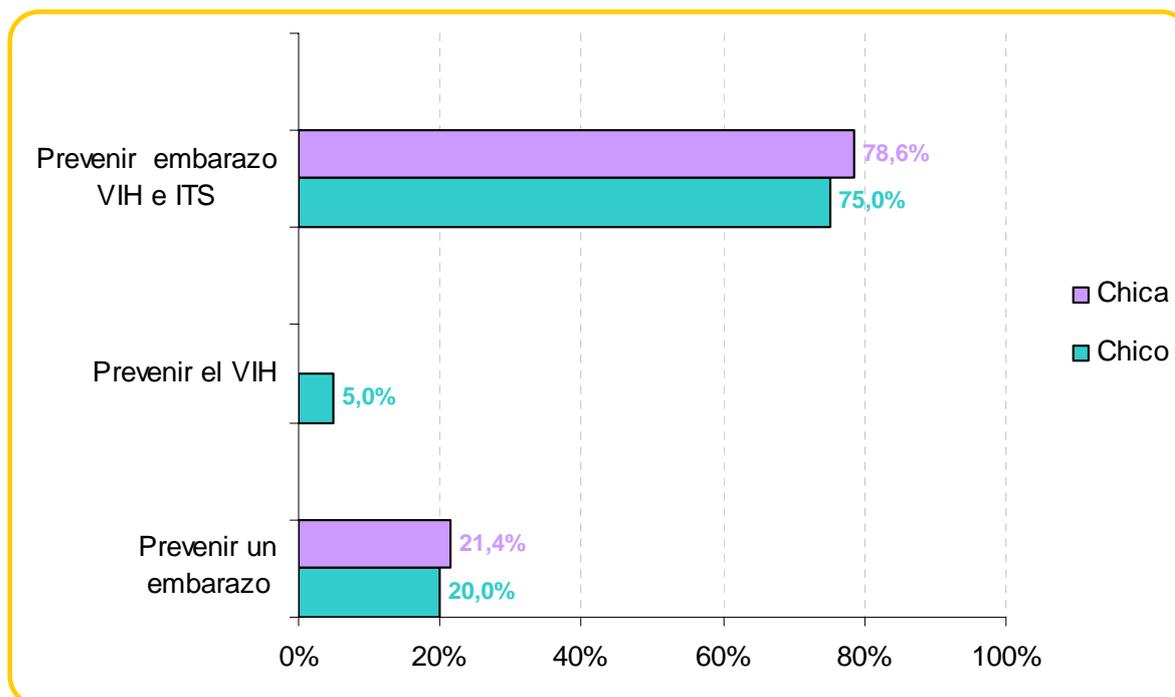
El preservativo para pene es el método preventivo más utilizado por los/las jóvenes. Destaca que más del 35% lo utilizan siempre y esta cifra aumenta hasta el 70% si incluimos aquellos/as jóvenes que verbalizan utilizarlo casi siempre. A pesar de que no existen diferencias significativas hay que tener en cuenta el porcentaje de chicos que no han utilizado nunca el preservativo.

Gráfico 18a. Preservativo para pene (%)



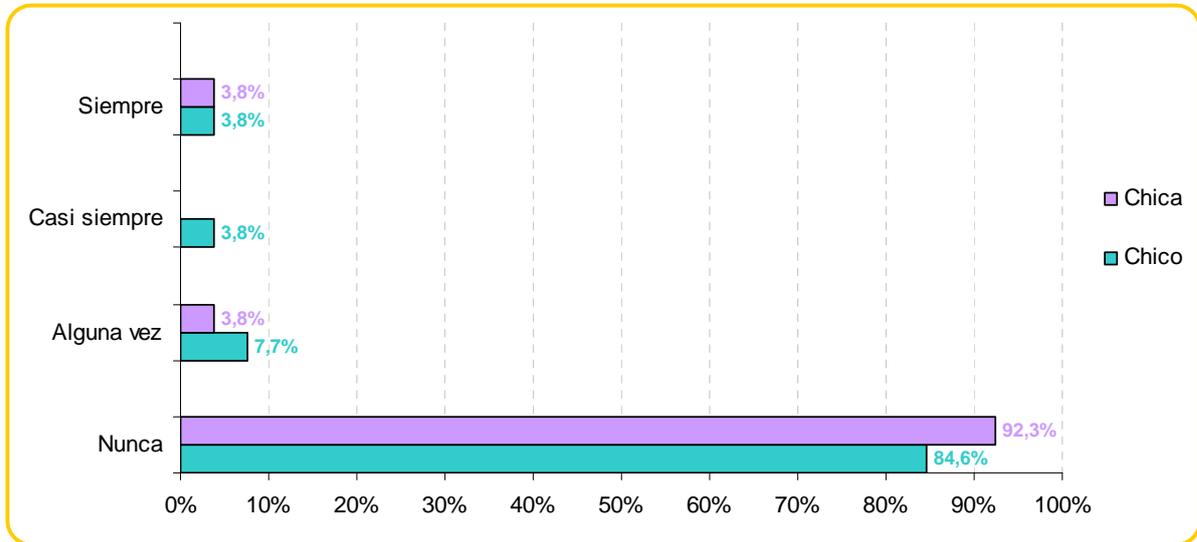
Más del 75% de los/las jóvenes optan por el uso del preservativo para pene por ser capaz de prevenir todos los posibles riesgos asociados a la práctica sexual.

Gráfico 18b. Preservativo para pene – motivos (%)



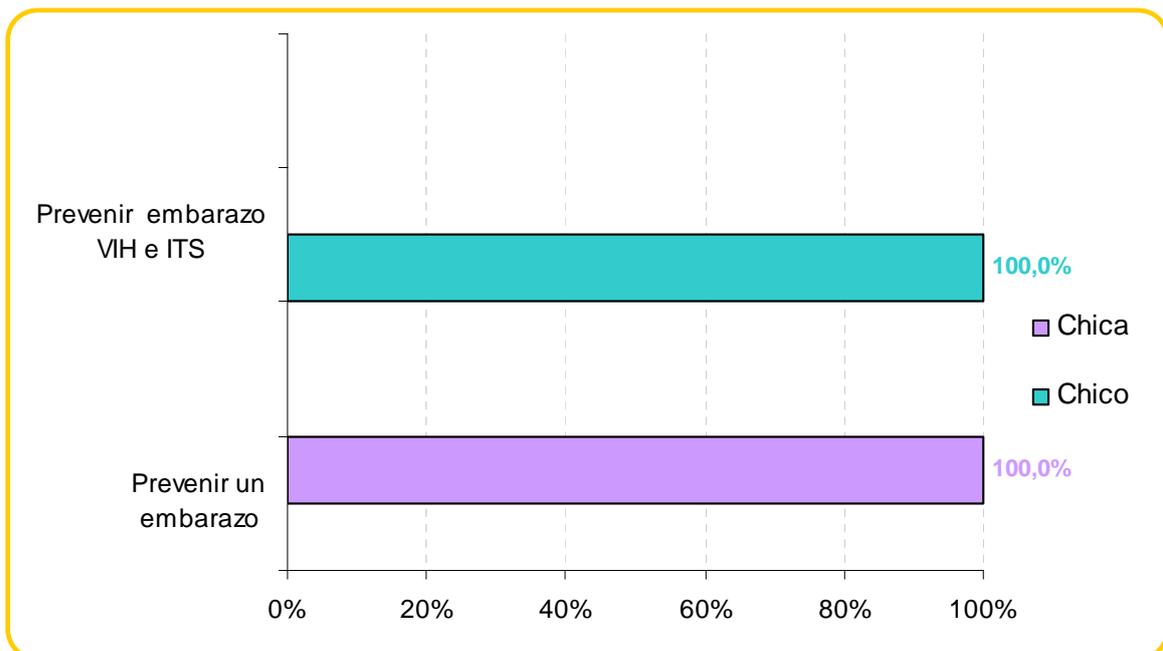
El preservativo para vagina es el gran desconocido dentro de los métodos preventivos. Destaca el dato que casi el 90% de los/las jóvenes no lo han usado nunca, y en muchas ocasiones desconocían su existencia.

Gráfico 19a. Preservativo para vagina (%)



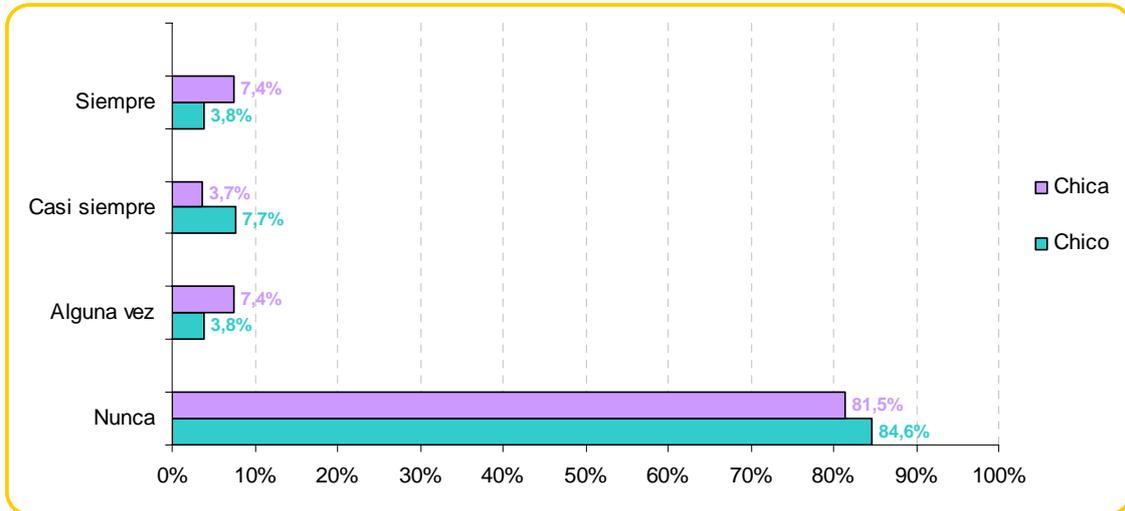
A pesar del bajo uso del preservativo para vagina, existe una diferencia muy significativa entre los chicos y las chicas. Ellas únicamente lo han utilizado como método para prevenir un posible embarazo, mientras que ellos optan por este método por ser capaz de prevenir cualquier posible riesgo.

Gráfico 19b. Preservativo para vagina - motivos (%)



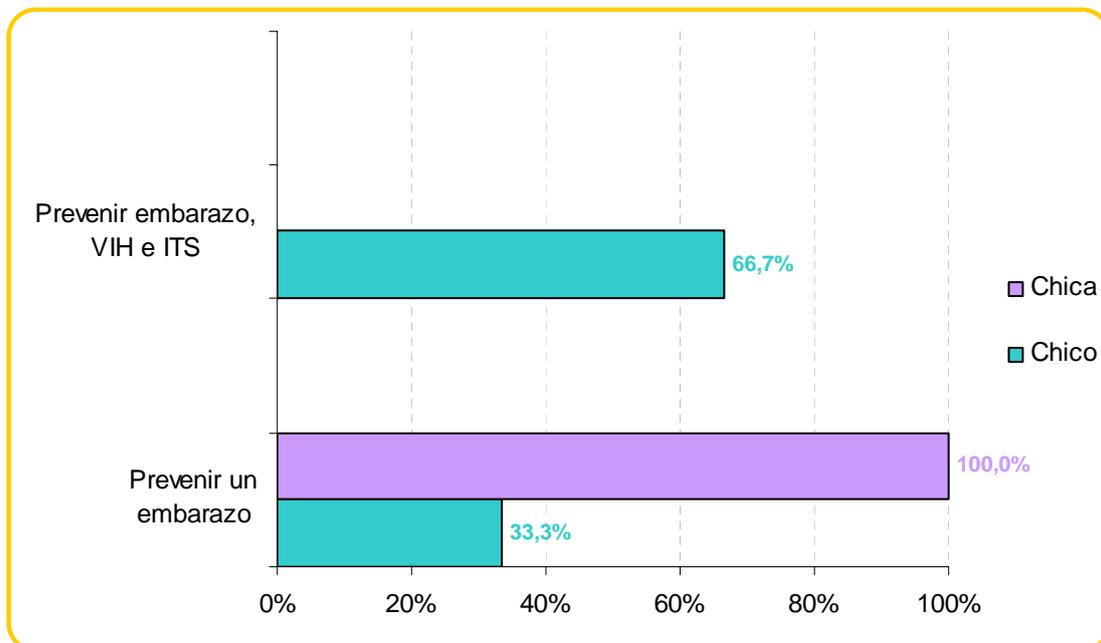
Respecto a la píldora anticonceptiva, la gran mayoría de los/las jóvenes optan por utilizar otros métodos. Únicamente un 12% de los/las jóvenes verbalizan haberla utilizado en alguna ocasión.

Gráfico 20a. Píldora anticonceptiva (%)



Al iniciar la intervención podemos observar el desconocimiento que tienen los chicos respecto a la píldora, pues un 66.7% de los chicos consideran que ésta puede prevenir la infección del VIH y otras ITS.

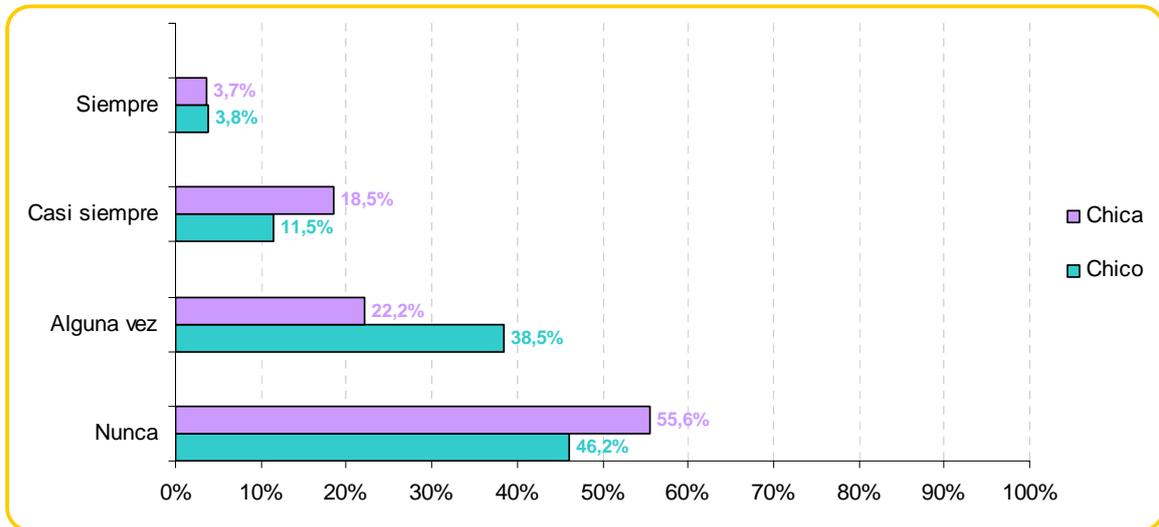
Gráfico 20b. Píldora anticonceptiva - motivos (%)



T < .05

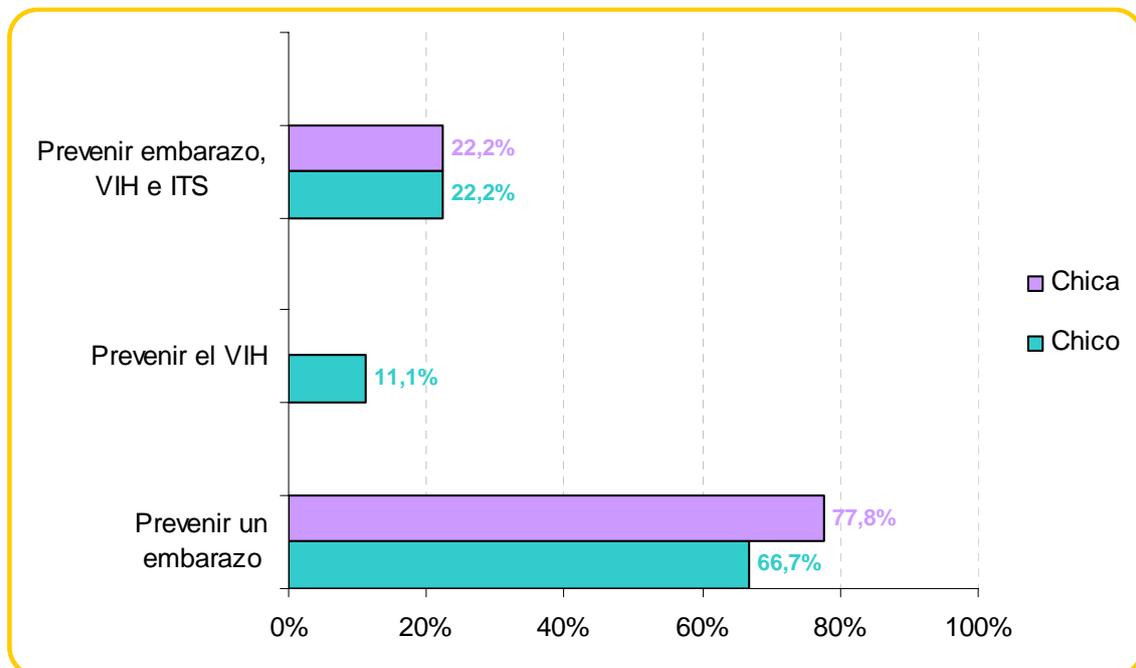
La marcha atrás es la segunda estrategia preventiva más utilizada. Un 44,4% de las chicas y un 53,8% de los chicos, aseguran haber recurrido a ella en alguna ocasión. Siendo relevante el 15% de los/las jóvenes que recurren a esta estrategia de forma usual.

Gráfico 21a. Marcha atrás (%)



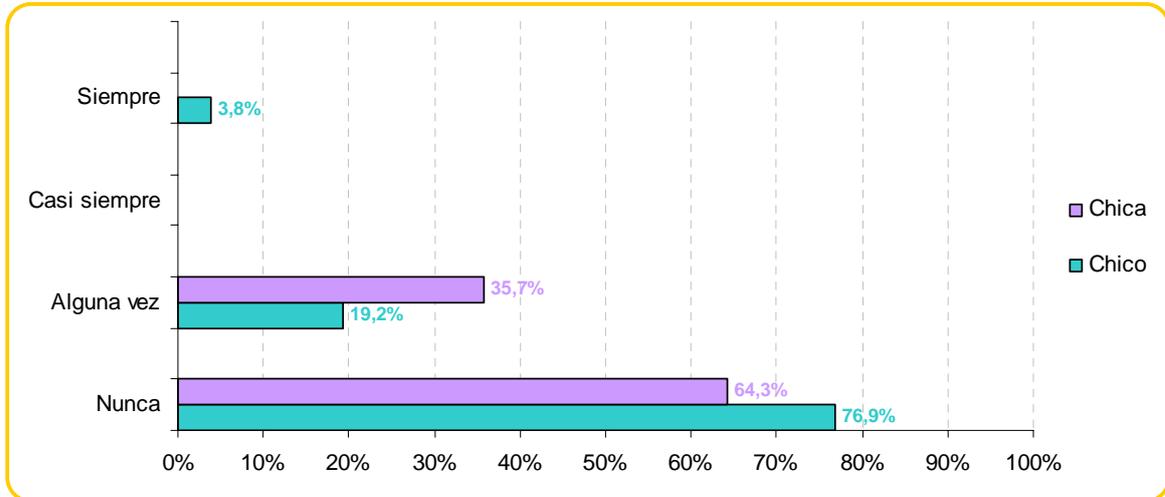
El 70% de los/las jóvenes que practican la marcha atrás lo hacen con el único fin de evitar un embarazo no planificado. Destacamos además el 22% de los/las jóvenes que antes de iniciar la intervención consideran que esta práctica es una estrategia efectiva ante todos los posible riesgos asociados a las relaciones sexuales.

Gráfico 21b. Marcha atrás - motivos (%)



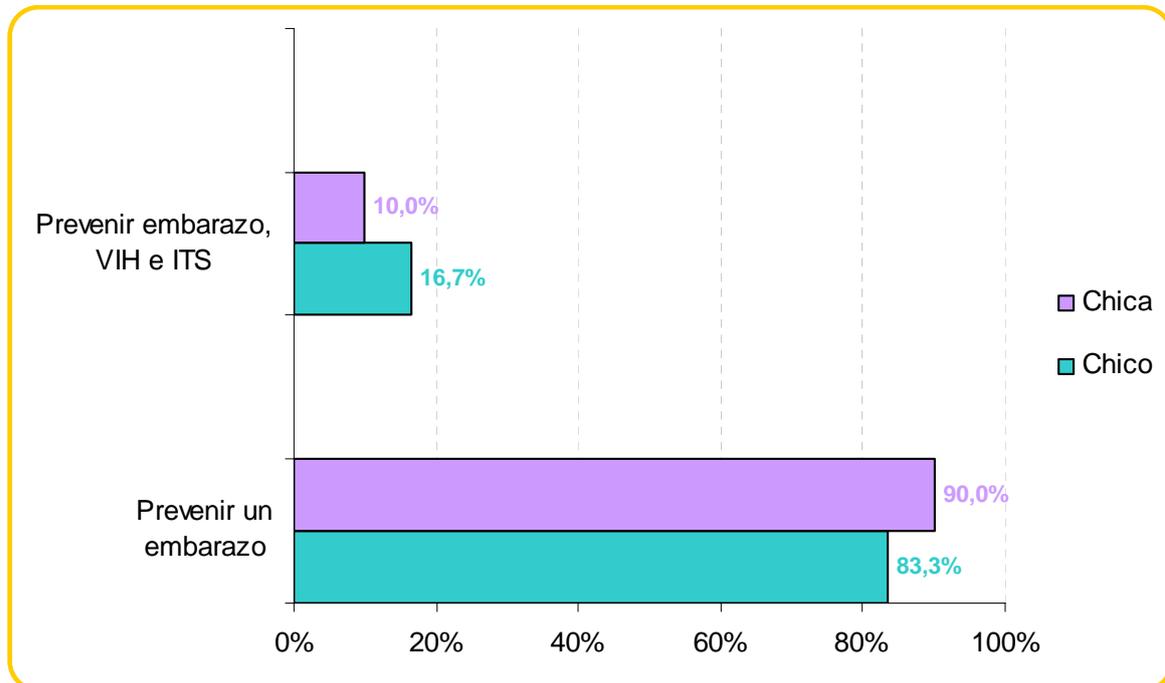
Más del 25% de los/las jóvenes verbaliza haber recurrido a la pildora postcoital en sus relaciones de pareja, como mínimo en una ocasión.

Gráfico 22a. Píldora postcoital (%)



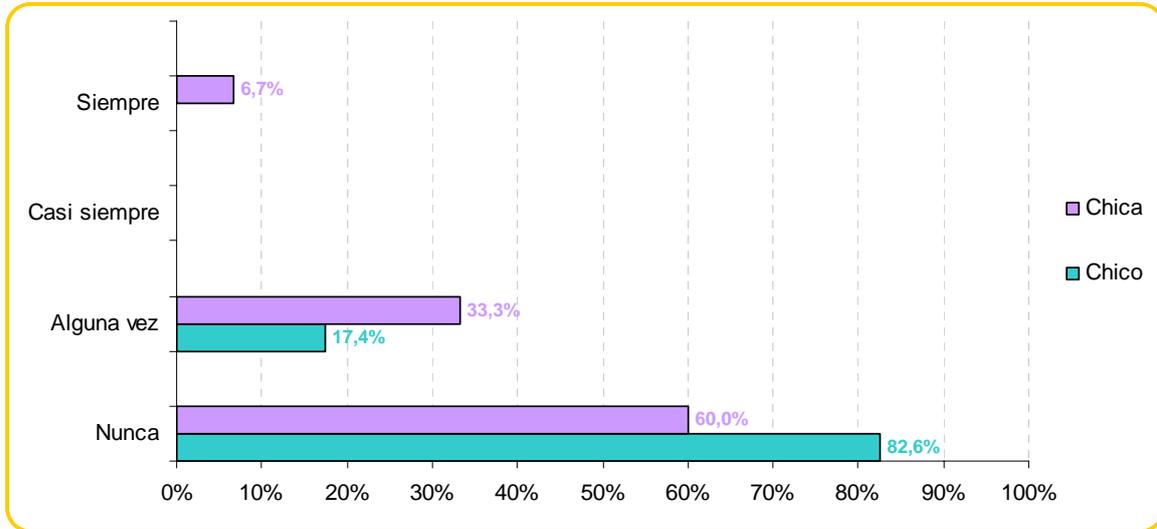
Más del 80% de los/las jóvenes que han recurrido a la píldora postcoital lo han hecho con la intención de evitar un posible embarazo. Pero debemos destacar el 13% que consideran que además de prevenir un embarazo también les prevendrá del VIH y de otras ITS.

Gráfico 22b. Píldora postcoital – motivos (%)



Un 6% de las chicas verbaliza utilizar siempre el preservativo en el sexo oral, frente a ningún chico. Es la práctica más desprotegida de los/las chicos/as. Más de un 70% nunca utilizan el preservativo ante esta práctica, siendo estadísticamente significativa la diferencia entre los chicos y las chicas.

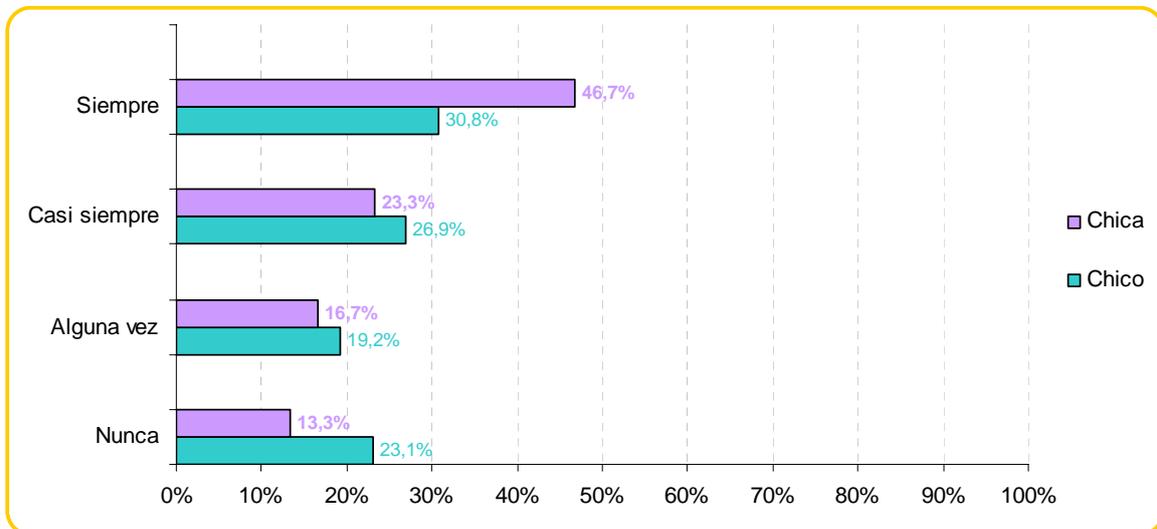
Gráfico 23a. Preservativo pene – sexo oral (%)



T<.05

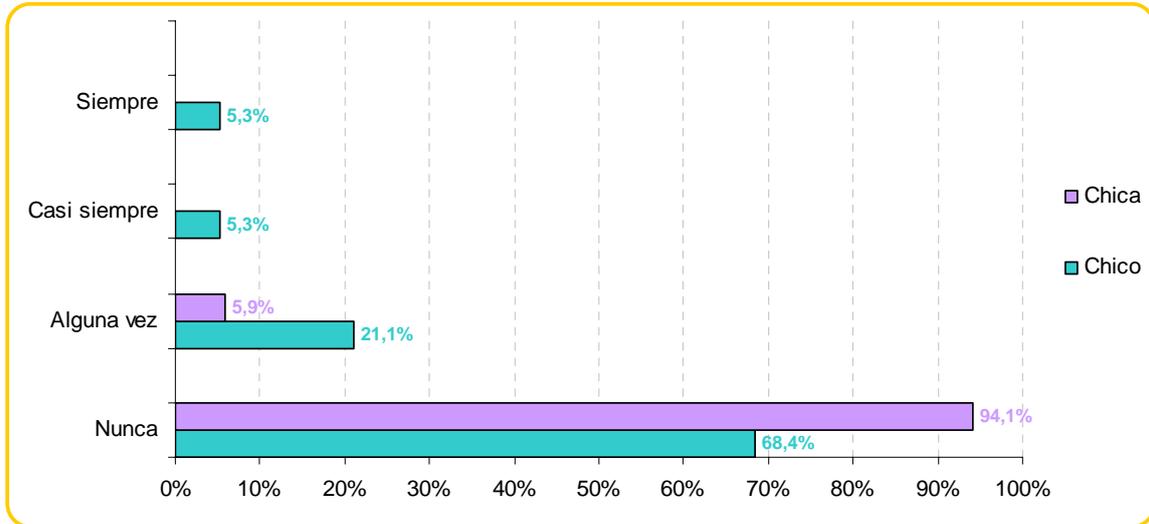
La penetración vaginal es la práctica en la que más se protegen los/las chicos/as, pues únicamente un 18% verbaliza no haber utilizado nunca el preservativo en esta práctica.

Gráfico 24b. Preservativo pene – penetración vaginal (%)



La penetración anal muestra datos similares al sexo oral: son muy pocos los/las jóvenes que realizan esta práctica siempre protegidos con el preservativo, pero, al contrario que en el sexo oral, en que las chicas se protegían más, en este caso los chicos se protegen más. Este hecho podría estar relacionado con el poco conocimiento de los/las jóvenes respecto a los riesgos de la penetración anal. Además, en muchos casos razonan que no hay que protegerse porque no hay riesgo de embarazo.

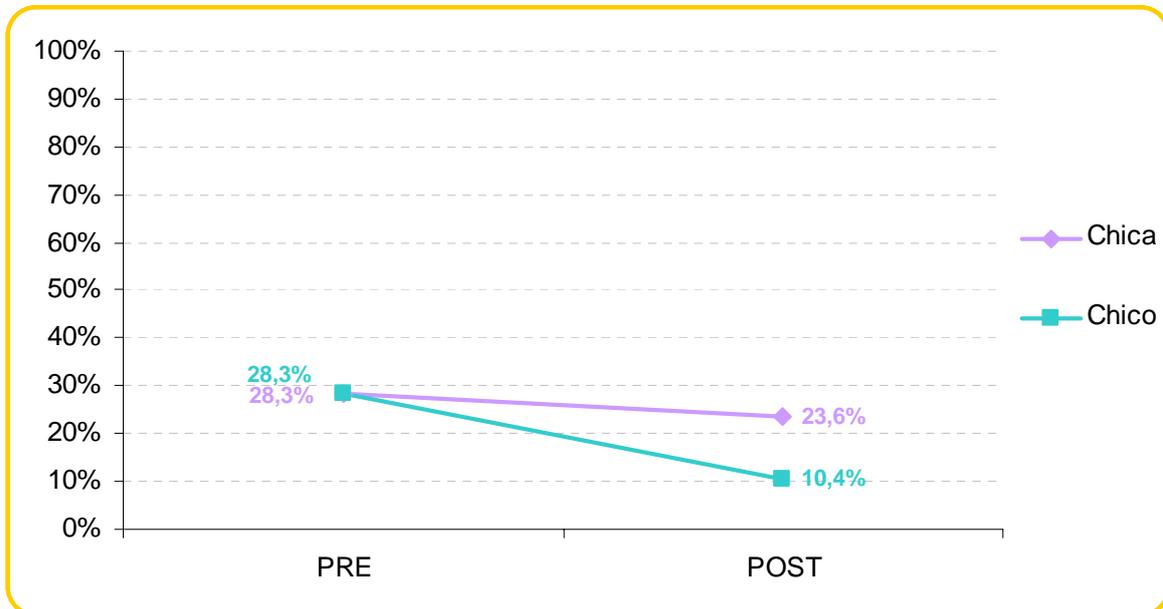
Gráfico 25c. Preservativo pene – penetración anal (%)



T<.000

El 28% de los/las jóvenes verbalizaba haber mantenido relaciones sexuales desprotegidas antes de realizar la intervención, mientras que un mes después de finalizar la intervención vemos que estos datos disminuyen, en especial en el caso de los chicos, en más de un 50%.

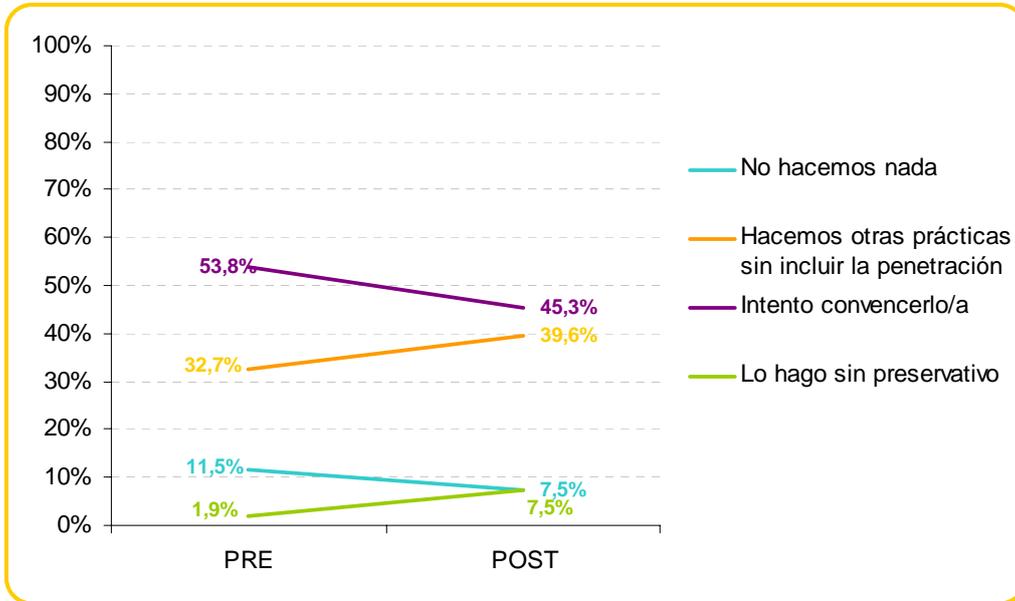
Gráfico 26. Prácticas sexuales desprotegidas (%)



T<.000

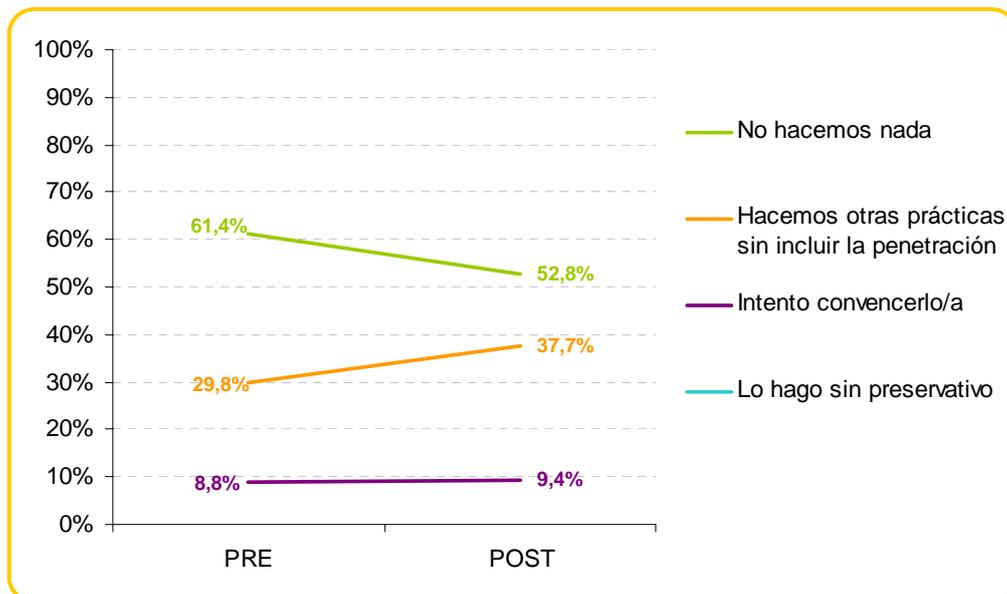
Respecto a cómo reaccionan delante de la situación de no disponer de un preservativo ante la posibilidad de una relación sexual, las chicas antes de realizar la intervención optaban o por no hacer nada si se trataba de una pareja ocasional o por intentar convencer a su pareja de usarlo. Al finalizar la intervención, podemos observar como aumenta el número de chicas que realizan otras prácticas que no incluyan la penetración.

Gráfico 27a. Negociación uso preservativo – Chicas/Pareja estable (%)



Consideramos muy importante que al finalizar la intervención cuenten con más recursos y no den tanta importancia a la penetración, optando por realizar otras prácticas sexuales. A pesar de ello, hay que seguir trabajando con la percepción de riesgo respecto a la pareja estable. Además, observamos diferencias significativas respecto a los resultados con la pareja ocasional.

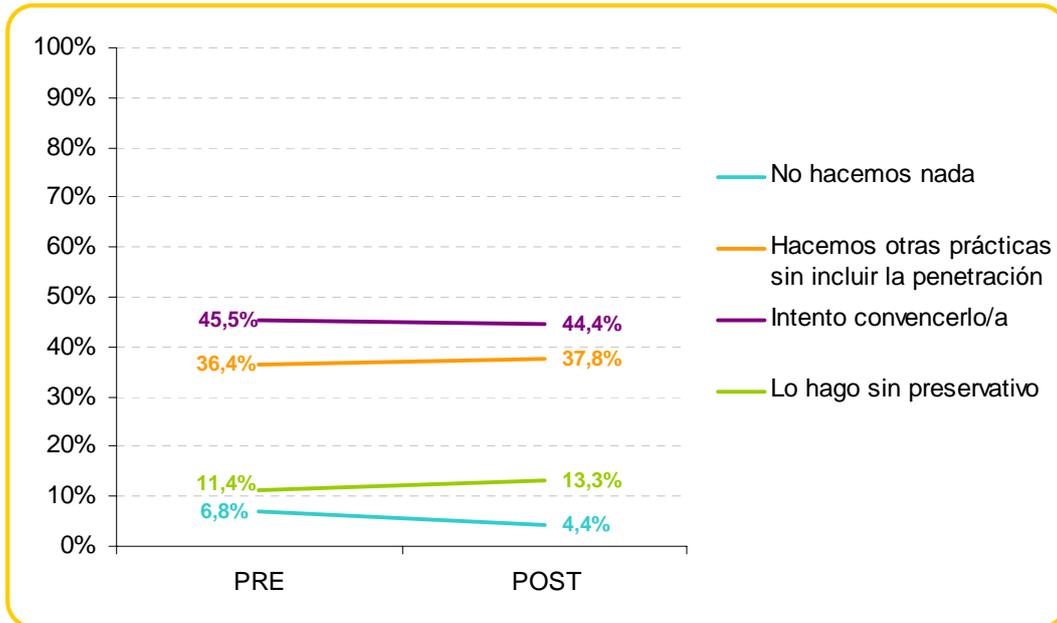
Gráfico 27b. Negociación uso preservativo – Chicas/Pareja ocasional (%)



T < .05

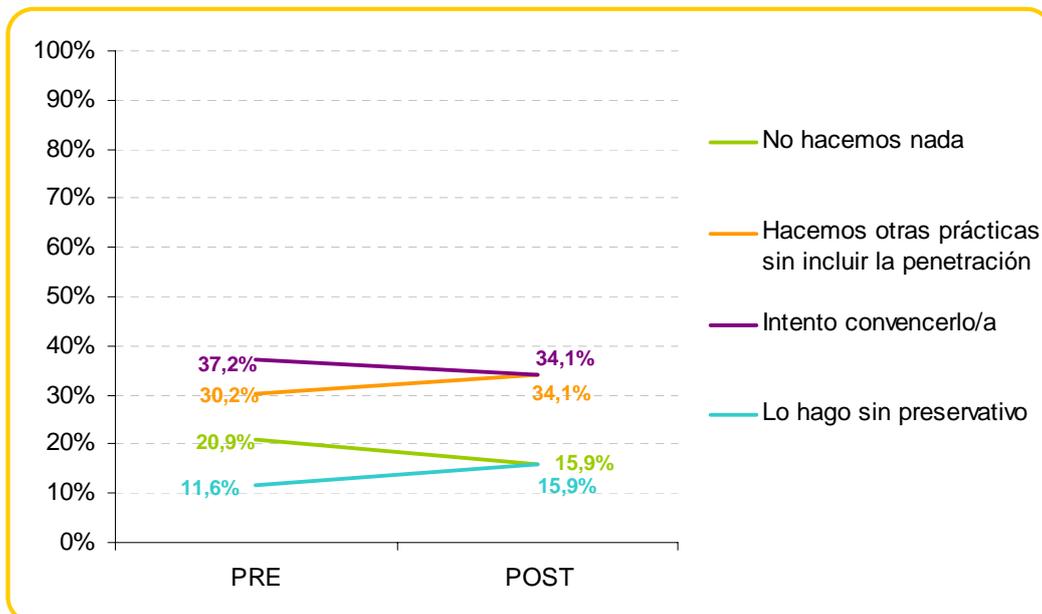
Al inicio de la intervención ante la situación de que su pareja no quiera utilizar el preservativo ellos optan principalmente por intentar convencerla o por realizar otras prácticas que no incluyan la penetración, siendo la opción que más aumenta al finalizar la intervención en la pareja ocasional.

Gráfico 27c. Negociación uso preservativo – Chicos/ Pareja estable (%)



Del mismo modo que en el caso de las chicas, entre los chicos se observan conductas sexuales diferentes entre la pareja estable y la ocasional.

Gráfico 27d. Negociación uso preservativo – Chicos/ Pareja ocasional (%)



T<.05

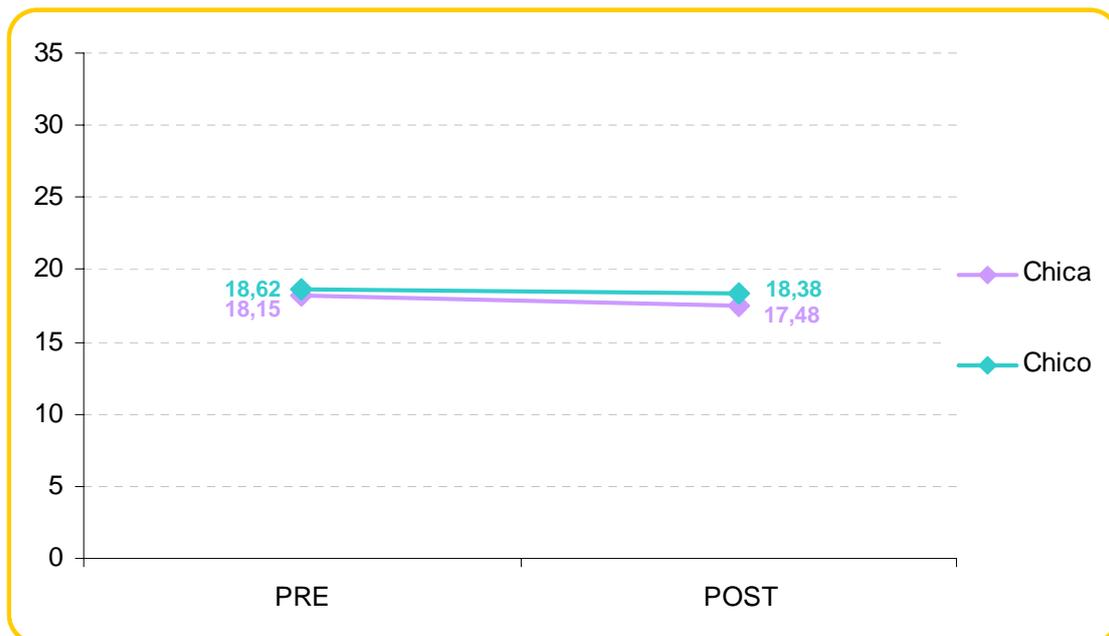
Este cuadro refleja la opinión o la percepción que tienen los/las jóvenes al inicio y al final de la intervención. Como se puede observar, por lo general aumentan sus conocimientos y ello influye en el cambio de opinión o percepción de la salud sexual.

Tabla 2. Conocimientos y percepciones sobre salud sexual (%)

	PRE	POST	CAMBIO
El preservativo para vagina se puede colocar antes de la erección del pene.	81,3%	88,9%	7,6%
Por su imagen externa se puede saber si una persona tiene el VIH.	98,2%	98,2%	
Todas las ITS (infecciones de transmisión sexual) presentan algún síntoma que hace que las podamos identificar.	85,4%	82,5%	-3,0%
Sólo las personas que han mantenido relaciones sexuales viven su sexualidad	76,8%	85,5%	8,7%
El riesgo de transmitimos el VIH por sexo oral es mucho menor que por la penetración.	56,6%	60,0%	3,4%
El VIH se puede pillar morreándose con una persona infectada.	86,8%	94,6%	7,9%

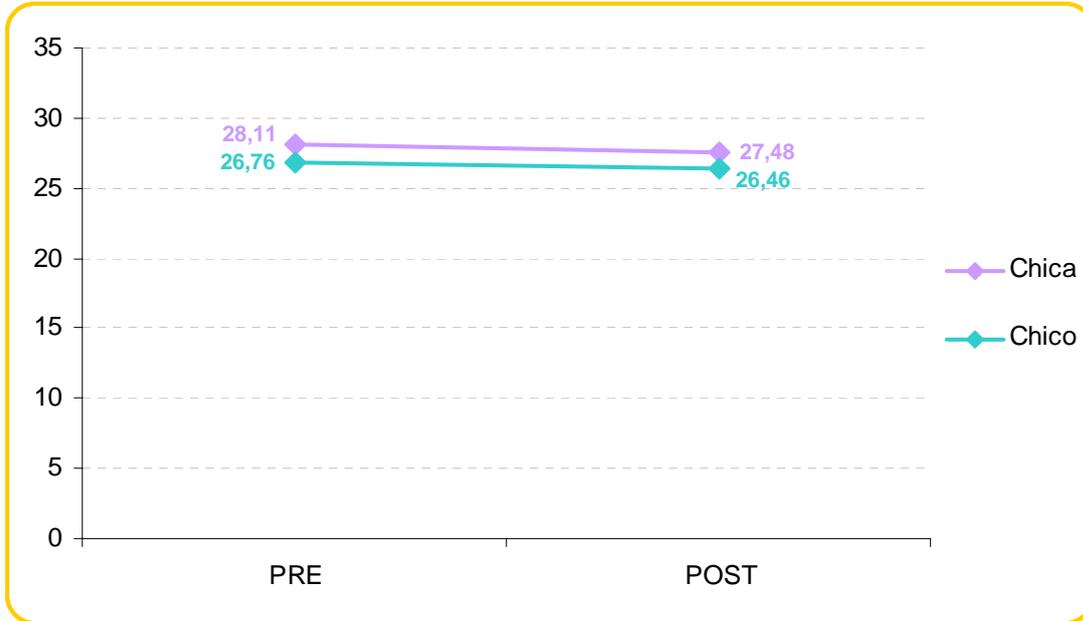
Esta escala refleja la percepción que tienen los/las jóvenes respecto a la tolerancia que muestran hacia la orientación sexual; como se puede observar no existen diferencias antes o después de la intervención. Situándose en el punto medio, es decir, que no se muestran demasiado tolerantes, pero tampoco se muestran incomprensivos.

Gráfico 28. CAIG- Aspectos relacionados con la orientación sexual



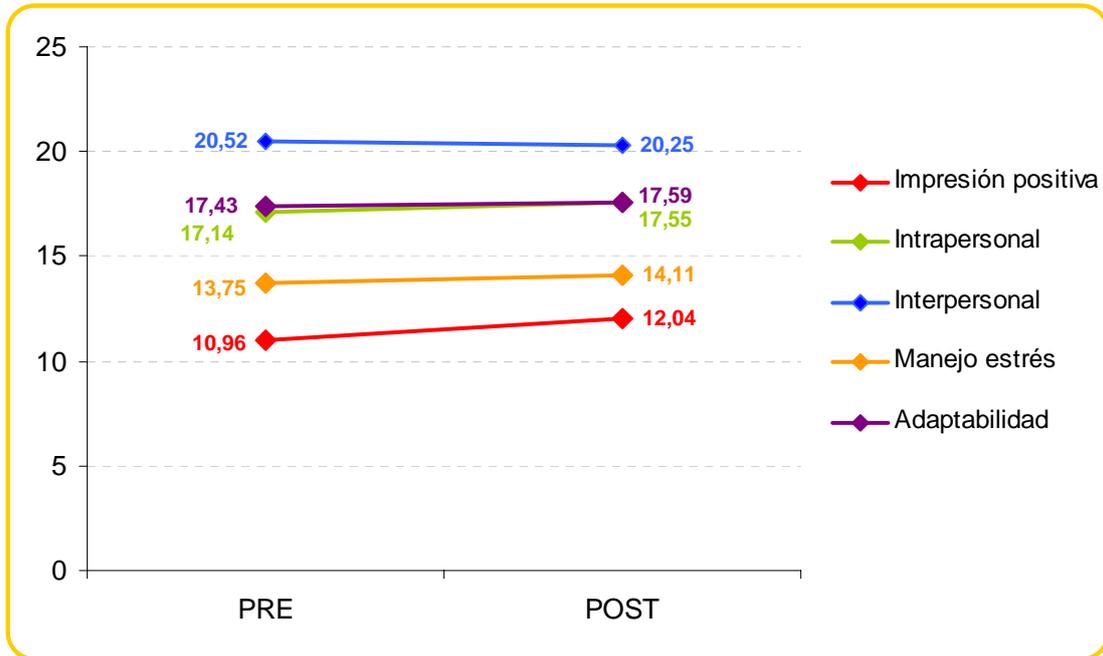
Podemos observar un patrón similar a la escala anterior. En este caso, en especial, podemos observar que tienden a mostrarse más intolerantes sobre la libertad sexual de las personas. En especial, hacia la libertad sexual de las mujeres. Esto estaría situando un perfil hacia el machismo en las relaciones de pareja actuales en la adolescencia, que debería ser abordado en posteriores intervenciones.

Gráfico 29. CAIG – Aspectos relacionados con la libertad personal y sexual



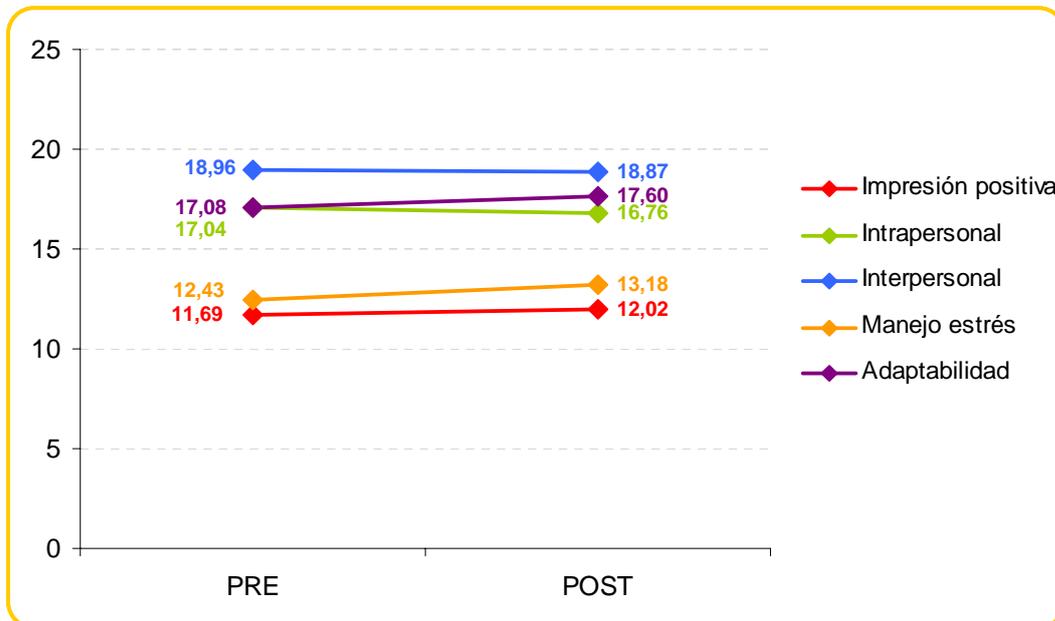
Respecto a qué recursos tienen emocionalmente para gestionar su sexualidad, según la escala de Baron, las chicas muestran una mayor habilidad en los recursos interpersonales. Destacamos el mayor cambio que se ha mostrado en la impresión positiva de ellas mismas, a pesar de ser la escala peor puntuada, es decir, que cuentan con un bajo autoconcepto de partida.

Gráfico 30a. Inteligencia emocional – Chicas (%)



Los chicos coinciden con las chicas; destacan los recursos interpersonales y la impresión positiva es la menos valorada. En ambos casos las fluctuaciones antes y después de la intervención son mínimas.

Gráfico 30b. Inteligencia emocional – Chicos (%)



CONCLUSIONES

Los/las jóvenes tienen como principal fuente de información el grupo de iguales y la escuela. Es importante que consideren el grupo de iguales, aunque hay que tener presente que muchas veces tienen las mismas dudas y no disponen de las respuestas adecuadas. Respecto a la escuela, deberían aprovecharse más los recursos existentes y no únicamente centrarse en aspectos biológicos y los riesgos, incluyendo otros aspectos de la sexualidad, como el placer, las emociones y los sentimientos.

Como se puede observar en los gráficos, gran parte de los/las chicas ya han mantenido prácticas sexuales que incluyen la penetración, por lo que se pone de manifiesto la necesidad de trabajar con edades inferiores. Además, para disfrutar de una sexualidad más saludable, consideramos fundamental profundizar en la información sobre otras prácticas, como la masturbación o el sexo anal, de las que existen muchos mitos y desconocimiento.

Respecto a los métodos preventivos nos mostramos muy satisfechos por el gran uso que se hace del preservativo, pero se debería dedicar más tiempo a enseñar su correcta utilización, tanto en su modalidad para pene como para vagina. Hemos de decir que en este caso los datos que se muestran pertenecen al inicio de la intervención, por lo que desconocemos la mejora en estos aspectos a su finalización.

Un aspecto a mejorar, es poder contar con resultados que evidencien que les han quedado claras las explicaciones sobre las diferentes estrategias preventivas y qué implicaciones se derivan de su uso.

Los datos nos indican que este tipo de intervenciones son muy útiles para los/las jóvenes, como se puede observar en el descenso del número de prácticas sexuales desprotegidas, por lo que consideramos muy útil disponer de un espacio donde poder hablar de sexualidad y, así, poder resolver todas sus dudas.

También hemos podido observar que trabajar con los/las jóvenes en este taller de sexualidad les ha hecho reflexionar sobre otros aspectos relacionados, como el género, las habilidades sociales y la asertividad, entre otros. Son aspectos que consideramos fundamentales en el desarrollo de los/las chicos/as, debiéndose trabajarse en mayor profundidad y en periodos de tiempo más prolongados para poder obtener mejores resultados.

Todo ello gracias al trabajo de la educadora y el educador, que generan un espacio de confianza en el que los/las chicos/as se sienten cómodos/as, cosa que facilita el diálogo y el aprendizaje. Por todo ello, consideramos fundamental poder continuar con las intervenciones en los centros educativos.

Además pensamos que sería muy útil poder incluir la educación sexual en el proyecto educativo de los centros y así trabajar, a lo largo de todo el ciclo académico, la sexualidad en función de las características del momento vital en el que se encuentran los/las jóvenes. De este modo, se podrían trabajar todos aquellos aspectos relacionados con la sexualidad y las relaciones de pareja que esta intervención no aborda.

AGRADECIMIENTOS

- Queremos dar las gracias a todos los centros educativos por confiar en **SIDA STUDI** para llevar a cabo estas intervenciones.
- Además, de forma muy especial, a todos los/las chicos/as que han tenido la paciencia de rellenar los cuestionarios.
- Por último, al Ministerio de Trabajo e Inmigración por su financiación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- [1] Associació Planificació Familiar de Catalunya i Balears (2008). *Butlletí de l'APFCIB*, 6
- [2] BarOn, R. & Parker, J. (2000). EQi:YV BarON Emotional Quotient Inventory: Youth version. Technical manual. Toronto: Multi-Health Systems Inc.
- [3] Carrera-Hernández, M.A.; Lameiras-Fernández, M.; Folktz, M.L. (2007). Evaluación de un programa de educación sexual con estudiantes en Educación secundaria obligatoria. *International Journal of Clinical and Health psychology*, 3, 739-751
- [4] CEEISCAT.(2010). [Informe semestral VIH a Catalunya: dades segon semestre 2009].
- [5] Las menores de 19 años toman una de cada tres píldoras postcoitales. La Razón. (18.03.2011). Suplemento Cataluña, p.1
- [6] Datos extraídos del EDO. Instituto Nacional de Estadística (2005-2009). [Consultar página web INE]
- [7] *Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva*. Geneva : World Health Organization, 2006. p. 5 (Sexual health document series)
- [8] Fernández, S.; Juárez, O.; Díez, E. (1999). Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista Española de salud Pública*, 6, 687 – 696
- [9] Hernández-Martínez, A.; García-Serrano, I.; Simón-Hernández, M. et al. (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*, 19, 121 – 128
- [10] Puente, D.; Zabaleta, E. Rodríguez-Blanco, T. (2011). Gender differences in sexual risk behaviour among adolescents in Catalonia, Spain. *Gaceta Sanitaria*, 25, 13 – 19
- [11] Rebull, J.; Reverté, M.; Piñas, I. et al (2003). Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública*, 77, 373 – 382
- [12] RED 2002 (2008). Derechos humanos y sida: el futuro de la pandemia, Jonathan Mann; Extraído de El enfoque de Derechos en la Red 2002. *Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado Español*.
- [13] RED 2002 (2008). La perspectiva de género en VIH. *Red 2002-Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado Español*.

[14] RED 2002 (2008). Seminario Repensar la prevención sexual del VIH/sida. *Red 2002-Red Comunitaria sobre el VIH/sida del Estado Español*.

[15] *Resultados de la encuesta nacional de salud sexual 2009*. Madrid: Gobierno de España, Ministerio de Sanidad y Política Social, [2009]

[16] SIDA STUDI (2010). Resultats Prevenir per gaudir. *SIDA STUDI*.

[17] de Sola, A.; Martínez, I.; Meliá, J.L.(2003). El cuestionario de actitudes hacia la igualdad de género (CAIG): elaboración y estudio psicométrico. *Anuario de psicología*, 34 (1), 101-123

[18] Ugarriza, N. y Pajares, L. (2005). La evaluación de la inteligencia emocional a través del inventario de BarOn ICE: NA, en una muestra de niños y adolescentes. *Persona*, 8, 11-58

RECOMENDACIONES BIBLIOGRÁFICAS

En la página web de SIDA STUDI se pueden encontrar diferentes dinámicas ya preparadas para trabajar algunos de los aspectos más destacados de la educación sexual en jóvenes. Dentro de la [sección de documentos de apoyo](#)

Además, destacamos algunos documentos que pueden ser útiles para trabajar la sexualidad en el aula. Todos ellos están disponibles en nuestra [biblioteca](#).

- Casas Puertas, Montse; Salvador Fugaroles, Imma; Torres Fernández, Teresa
Coneix, respecta, estima : programa de sexualitat i afectivitat per a alumnes d'ESO
Mataró : Ajuntament de Mataró, 2005. 4 cuadernos (61, 64, 63, 59 p.) + CD-Rom

- Loizaga, Félix
Nuevas técnicas didácticas en educación sexual
Madrid [etc.] : McGraw Hill, cop. 2008. 190 p.

- Herrera, Gladis; Chahín, Iván Darío; Fonseca, Claudia
Retomemos : una propuesta sentimental
Bilbao : EDEX, 2009. 45 p. + CD-ROM

- García Ruiz, Mercedes
Educación sexual y mediación. [Oviedo] : Conseyu de la Mucedá del Principáu d'Asturies, [2004]. 155 p.

- Font, Pere; Banyeres, Doménech; Pérez Calvo, Rosa M.
Orientacions per a l'educació afectiva i sexual a segon cicle d'ESO
Barcelona : Direcció General de Salut Pública, 2006. 59 p.

- Lena Ordóñez, Adelina
Ni ogros ni princesas : guía para la educación afectivo-sexual en la ESO
[Oviedo?] : Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, 2007. 232 p.

- **Sexualitats.** Barcelona : Fundació Jaume Bofill, 2005. DVD [22 min.]

- **Sexorama ; Goooz@.** [Oviedo] : Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios : Conseyu de la Mucedá del Principau d'Asturies, 2008. DVD (83 min.)

- **1 historia, 4 finales = 1 història, 4 finals,** Barcelona : SIDA STUDI, 2008. 10 min.

- Bertran Ribera, Magda et al.
Treu-li suc a la sexualitat : una visió positiva i saludable de la sexualitat. Guia d'activitats per treballar a l'aula
Barcelona : Diputació de Barcelona, 2007. 53 p.