

Prevenir para Disfrutar

Evaluación de resultados

Curso 2011 - 2012

SIDA STUDI

Barcelona, Febrero 2013

ÍNDICE

Introducción	Pág. 3
■ Objetivos	Pág. 6
■ La entidad	Pág. 6
Método	Pág. 7
■ Diseño	Pág. 7
■ Instrumentos	Pág. 7
■ Procedimiento	Pág. 8
Resultados	Pág. 10
■ Evaluación de proceso	Pág. 10
■ Evaluación de resultados	Pág. 18
Conclusiones	Pág. 32
■ Cuadro – Resumen	Pág. 32
Referencias bibliográficas	Pág. 36
Recomendaciones bibliográficas	Pág. 38
Anexo 1	Pág. 39

INTRODUCCIÓN

Como punto de partida en nuestras intervenciones es 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 o 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 que incluyan 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, 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 desatacan 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.

Además, otras investigaciones indican que la realidad es que cada vez los jóvenes se inician antes en las relaciones de pareja. Un estudio reciente dice que el 30% de los jóvenes que cursan 3º o 4º de la ESO[10] ya han mantenido relaciones sexuales con penetración. A la vez, otro estudio, dice 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, no es ninguna sorpresa, pues 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.

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 y, finalmente, 4) las emociones experimentadas con el nuevo comportamiento.

Como ya se ha comentado anteriormente, los cambios producidos en los/las adolescentes hacen que esta sea una etapa de gran vulnerabilidad por lo que se considera 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.

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.

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 Secretaria del Plan Nacional sobre el Sida frente a la infección por VIH 2008-2012:

"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.

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.

La entidad

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, 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.

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 si se hubiera realizado de forma inmediatamente posterior a la finalización de la intervención.

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 cuales 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 un 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 en el pretest 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 facilitada por SIDA STUDI) 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 2011 hasta Junio del 2012.

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.

PROGRAMA

Prevenir para disfrutar – Promoción de una sexualidad saludable

Público destinatario: Jóvenes del 2º ciclo de ESO

Duración: 3 sesiones de 2 horas

Número máximo de participantes: 30

Ponentes: Pareja pedagógica (una educadora y un educador)

Destacan las siguientes características y contenidos:

- En la primera sesión se trabaja por separado con el grupo de chicas y el grupo de chicos para facilitar su participación.
- Se trabaja sobre las primeras relaciones sexuales incidiendo en la importancia del conocimiento del propio cuerpo: reconocer las sensaciones y respeto por el propio cuerpo
- Se identifican estereotipos de género y se trata la importancia de los roles sexuales en la relación de pareja.
- Se tratan diversos aspectos que tienen lugar en las situaciones en que se negocia el uso del condón, así como la predisposición y la intencionalidad ante su uso.
- Se utilizan casos prácticos por escrito y en formato audiovisual para presentar situaciones con las que los/as jóvenes se puedan identificar.

VALORACIÓN DE PROCESO

Complementaron el cuestionario un total de 479 jóvenes (237 chicos y 224 chicas, dejando sin contestar este ítem un total de 18 personas; Gráfico 3) de 3º y 4º de ESO distribuidos/as en 7 centros educativos (Gráfico 1 y 2) de la provincia de Barcelona. La edad media de los/las participantes es de 14.83 (SD 0.70) oscilando entre los 13 y los 17 años.

Gráfico 1. Distribución muestra (N=479) en función del curso escolar (%)

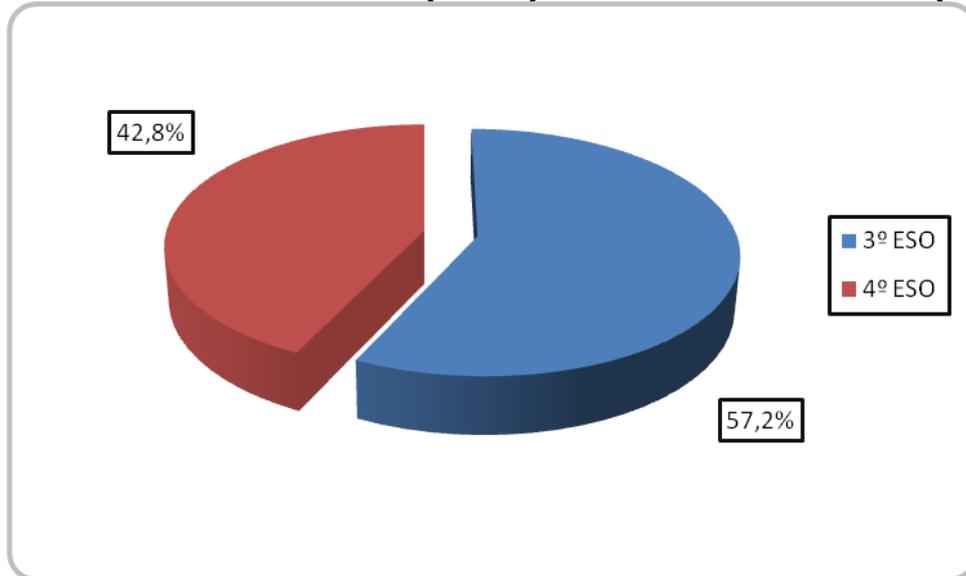


Gráfico 2. Distribución muestra (N=479) en función del centro educativo (n)

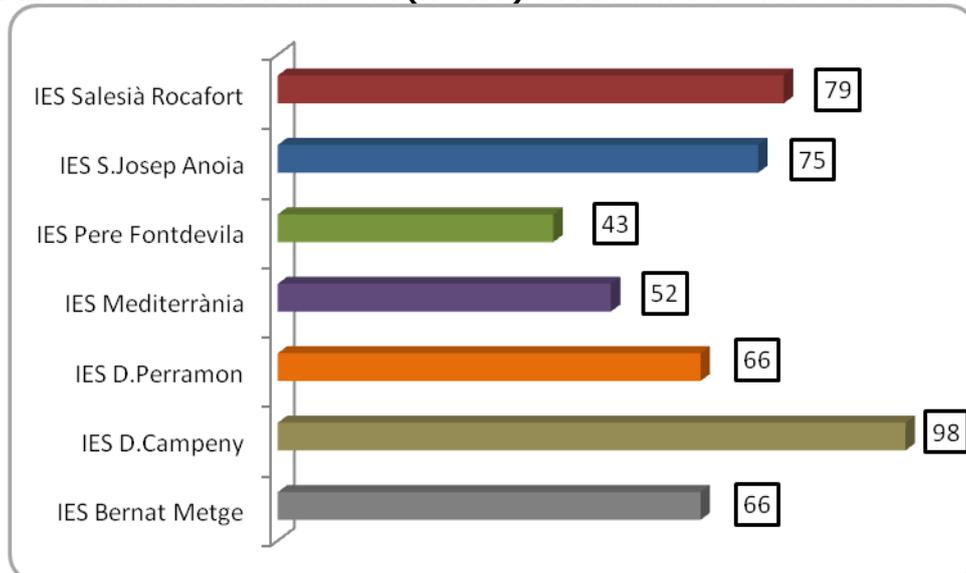
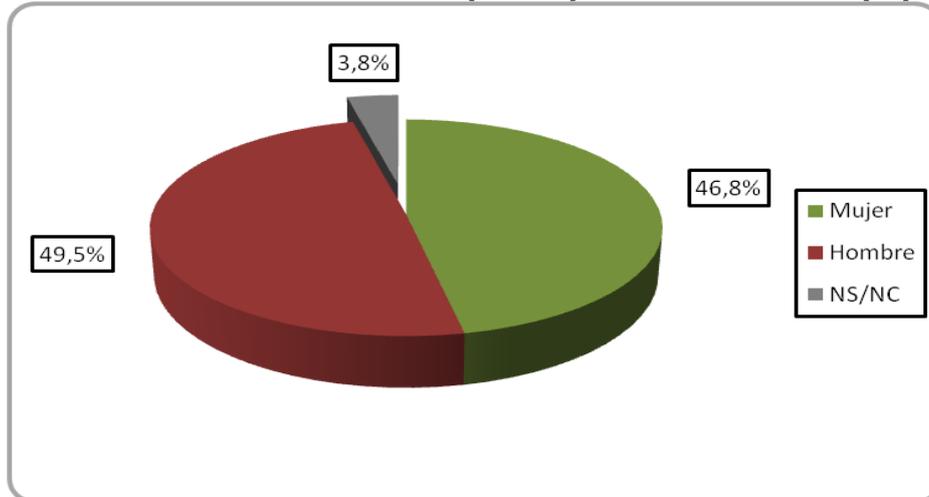
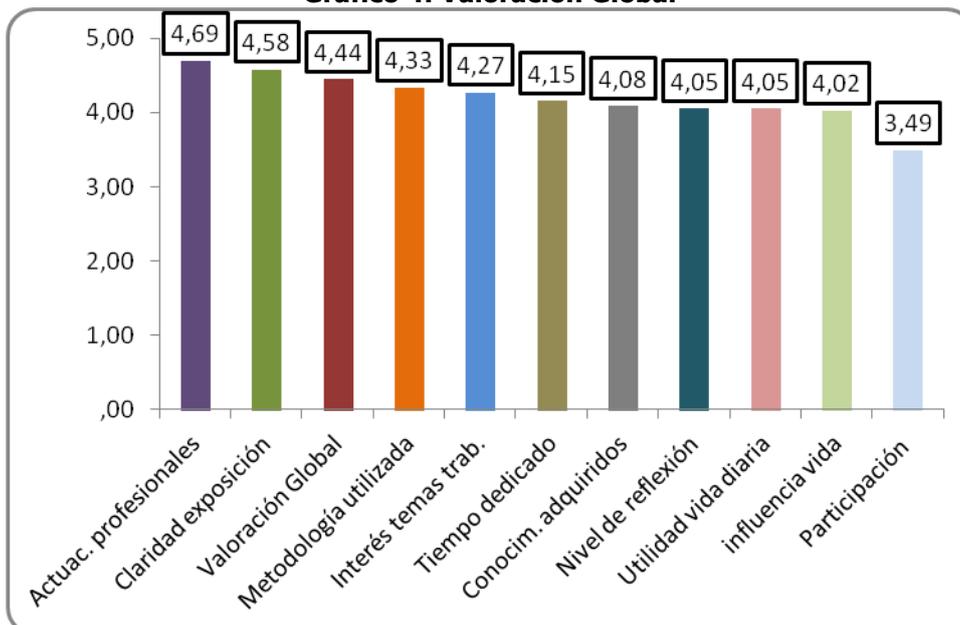


Gráfico 3. Distribución muestra (N=479) en función del sexo (%)



Respecto a las 11 variables valoradas a través de los 11 ítems de escala Likert, podemos observar en el Gráfico 4 su distribución de la más a la menos valorada, teniendo en cuenta que todas excepto la referente a la participación de los alumnos están por encima del 4.00 puntuándose como positivas o muy positivas.

Gráfico 4. Valoración Global



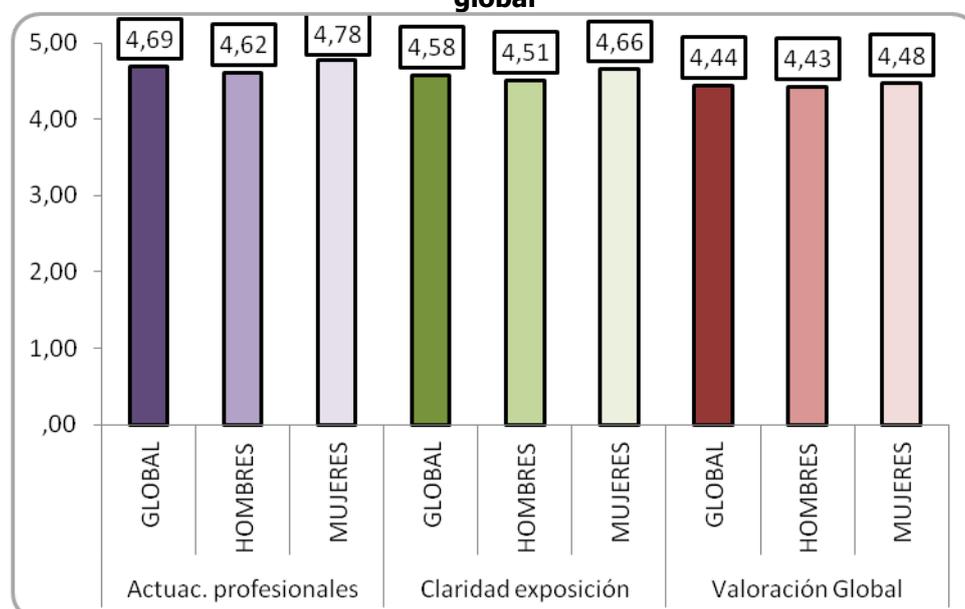
Podemos observar que todos los aspectos evaluados obtienen una valoración superior a 4 sobre 5. El único aspecto que baja levemente de esta puntuación es la participación, que obtiene un 3,49 de valoración sobre 5.

Atendiendo a cada uno de estos ítems y a la distribución de puntuaciones según la variable sexo obtenemos las gráficas 5 a 8.

Como podemos observar en la gráfica 5 (y siguiendo el orden reflejado en la gráfica 4), las variables valoradas como muy positivas (puntuación superior a 4.5) han sido la actuación de los profesionales (4.69; SD 0.57) y la claridad de la exposición (4.58; SD 0.62). En estas dos variables encontramos además diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p < .05$) siendo las mujeres las que las puntúan significativamente mejor.

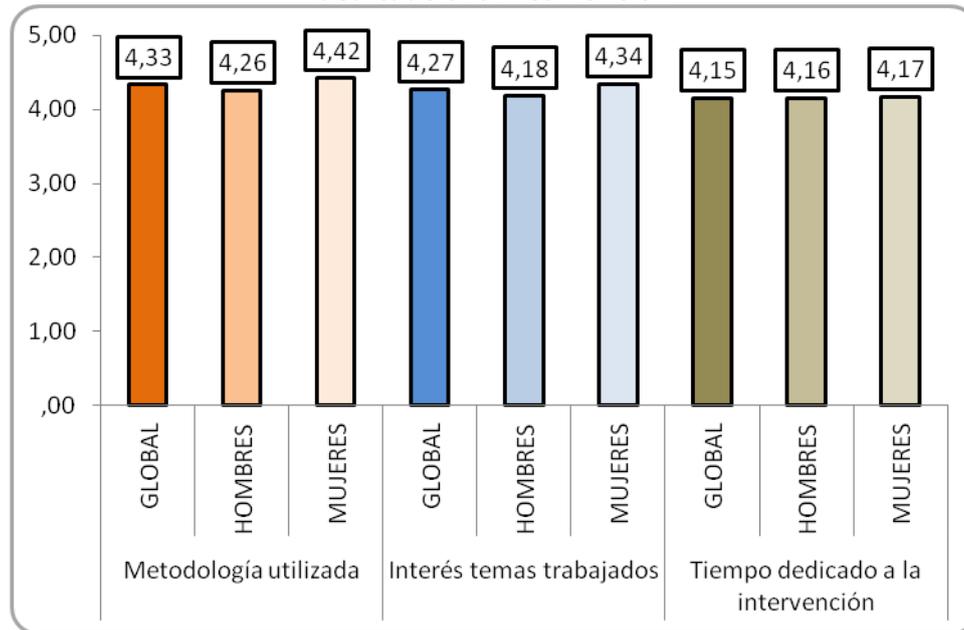
A su vez, tanto hombres como mujeres valoran globalmente la acción educativa *Prevenir para Disfrutar* como positiva con una puntuación de 4.44 (SD 0.58).

Gráfico 5. Actuación de los/las profesionales, Claridad de la exposición y Valoración global



En la siguiente gráfica observamos que, tanto la metodología utilizada (4.33; SD 0.67) como el interés por los temas trabajados (4.27; SD 0.70) y el tiempo dedicado (4.15; SD 0.78) han sido valorados por los/las participantes como positivos. Sin embargo las mujeres valoran significativamente mejor (4.42; SD 0.58) la metodología utilizada durante la acción educativa que los hombres (4.26; SD 0.74) ($p < .05$).

Gráfico 6. Metodología utilizada, Interés por los temas trabajados y Tiempo dedicado a la intervención

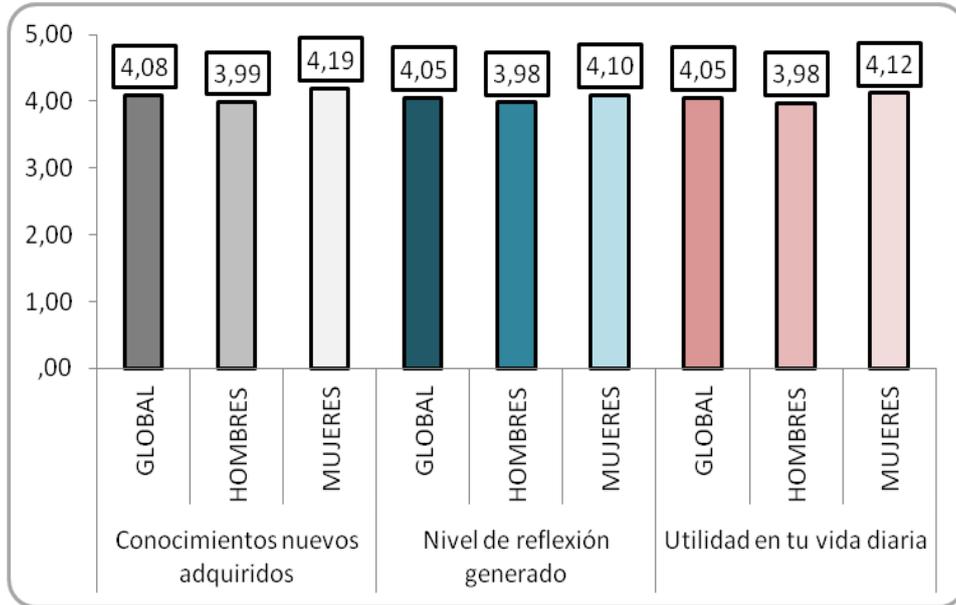


En el gráfico 7 podemos observar las puntuaciones relacionadas con las variables Conocimientos nuevos adquiridos (4.08; SD 0.87), Nivel de reflexión generado (4.05; SD 0.76) y Utilidad en la vida diaria (4.05; SD 0.97) siendo consideradas las tres variables como positivas.

Sin embargo es en esta última variable, Utilidad en la vida, donde se observa una tendencia a la significación ($p=0.055$) entre el grupo hombres (3.98; SD 0.94) y el de mujeres (4.12; SD 0.99)..

Los valores altos de la desviación típica cercanos a 1.00 en esta variable indican una gran dispersión en las puntuaciones, convirtiéndolo en un grupo muy heterogéneo en cuanto a la utilidad de la intervención educativa *Prevenir para disfrutar*.

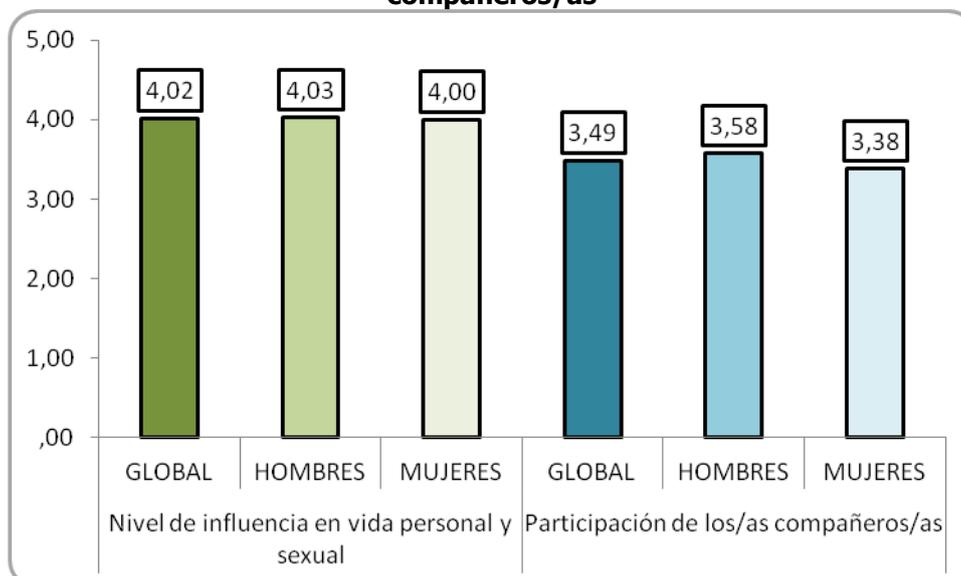
Gráfico 7. Conocimientos nuevos adquiridos. Nivel de reflexión generado y Utilidad en tu vida diaria en tu vida diaria



Finalmente en el gráfico 8 observamos las valoraciones de las dos últimas variables. Los/las participantes consideran el nivel de influencia del programa *Prevenir para disfrutar* en su vida personal y sexual como positiva (4.02; SD 0.92) siendo de nuevo las puntuaciones en esta variable, muy heterogéneas.

A su vez, opinan que la participación de los/las compañeros ha sido regular (3.49; SD 0.84), no observándose diferencias significativas entre el grupo de hombres y mujeres en ninguna de las dos variables.

Gráfico 8. Nivel de influencia en vida personal y sexual, y Participación de los/as compañeros/as



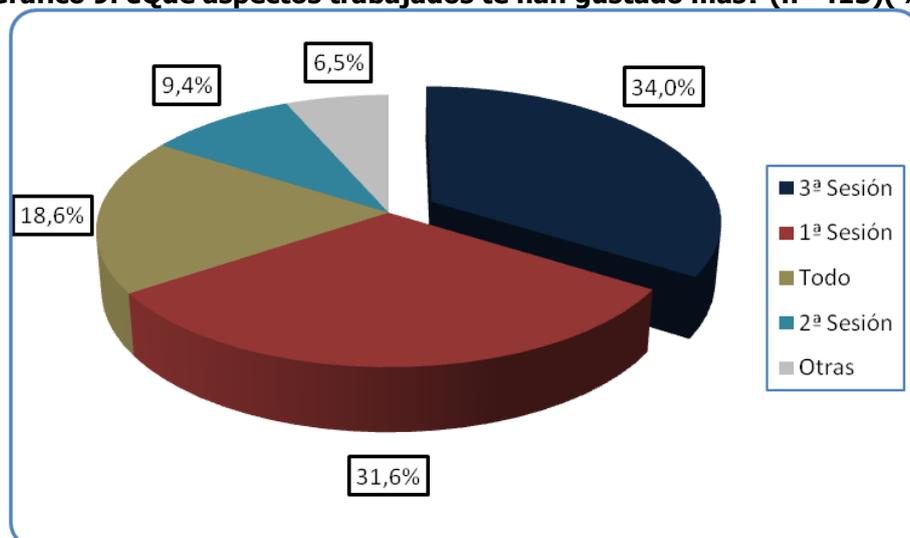
En cuanto a las variables cualitativas obtenidas a partir de los 4 ítems de respuesta abierta del cuestionario de evaluación de proceso el análisis se ha realizado dejando agrupadas aquellas categorías que no han saturado por encima del 5% en la categoría Otras.

Se han dejado fuera del recuento de frecuencias aquellas personas que no han contestado cada uno de los ítems (porcentaje válido). Es decir, los porcentajes observados en los distintos gráficos hacen referencia sólo al grupo muestral que sí ha contestado dicho ítem no computando la categoría NS/NC.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente podemos observar en el gráfico 9 que los aspectos trabajados que han gustado más a los/las participantes son aquellos relacionados con la 3ª sesión (34.0%) y la 1ª sesión (31.6%).

Dentro de la categoría Otras (6.5%) se han mencionado aspectos relacionados con la metodología y el material audiovisual.

Gráfico 9. ¿Qué aspectos trabajados te han gustado más? (n=415)(%)

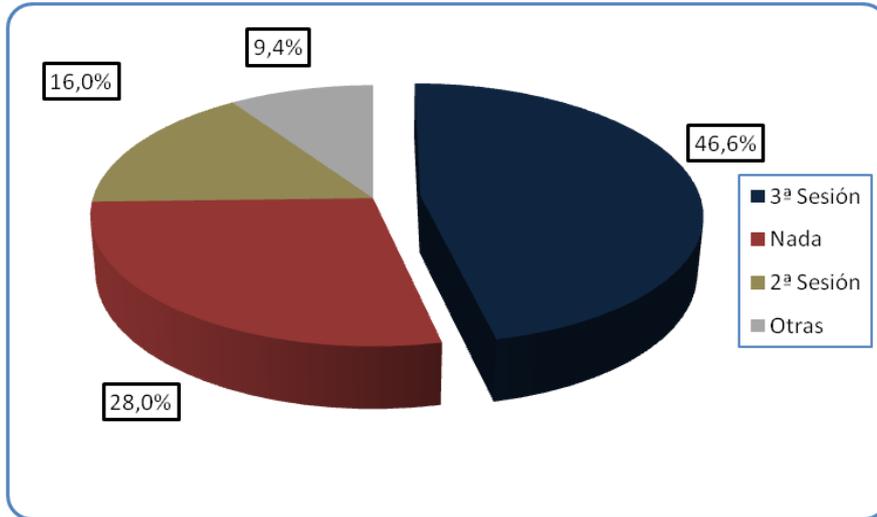


En cuanto a los aspectos trabajados que menos han gustado a los/las participantes en el programa *Prevenir para disfrutar* (Gráfico 10), prácticamente la mitad de la muestra que contestó a este ítem ha hecho referencia a aspectos de la 3ª sesión (46.6%).

Además, más de un cuarto de la muestra (28.0%) a declarado explícitamente que no ha habido ningún aspecto del programa que no les haya gustado.

Dentro de la categoría Otras (9.4%) se han mencionado aspectos relacionados con la metodología, el material audiovisual, la 1ª sesión y el tiempo invertido.

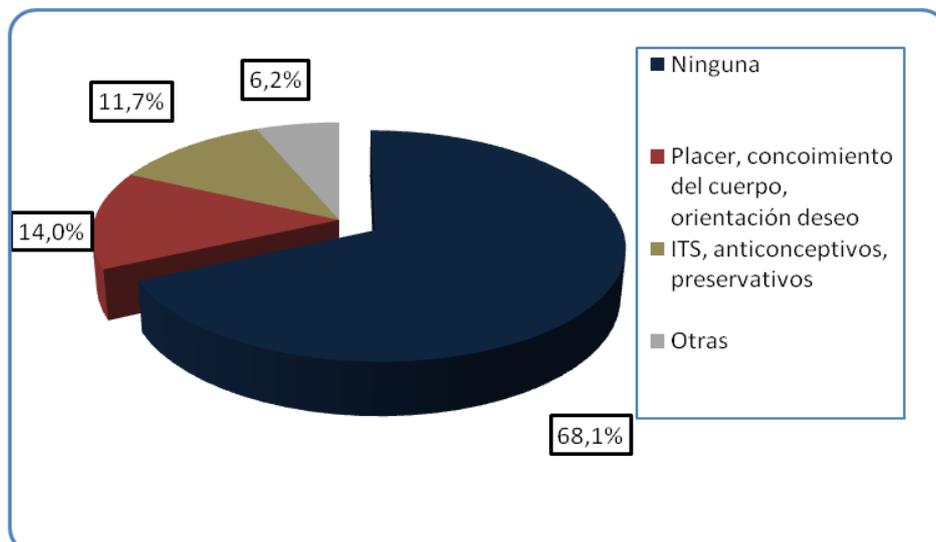
Gráfico 10. ¿Qué aspectos trabajados te han gustado menos? (n=350)(%)



Respecto a la pregunta sobre qué información han echado en falta o les gustaría trabajar en profundidad (Gráfico 11), casi 3/4 partes de la muestra que ha contestado este ítem (68.1%) ha expresado explícitamente que no añadirían ni profundizarían en ningún aspecto más. Sin embargo un 14.0% demanda más información sobre aspectos relacionados con el placer, el conocimiento del cuerpo y la orientación del deseo (1ª sesión). Un 11.7% demanda mayor información sobre ITS, anticonceptivos y preservativos.

Dentro de la categoría Otras (6.2%) se han mencionado aspectos relacionados con la aplicación en la vida diaria y con los sentimientos.

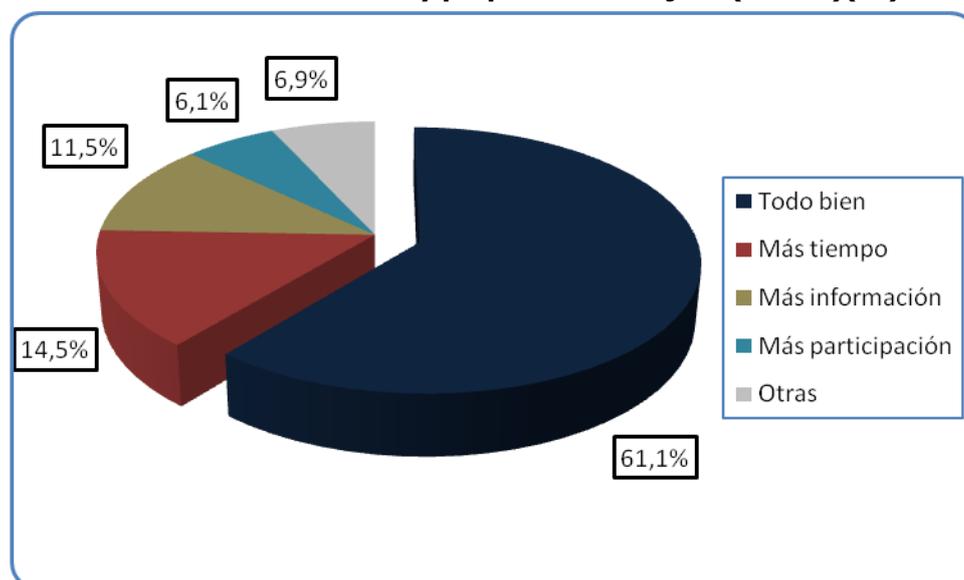
Gráfico 11. ¿Qué información sobre sexualidad crees que falta o te gustaría trabajar más? (n=257)(%)



En cuanto a los comentarios y propuestas de mejora (Gráfico 12), un 61.1% de los/as participantes que han contestado a este ítem han expresado que no es necesario ningún cambio. Sin embargo un 14.5% y un 11.5% han pedido respectivamente más tiempo del dedicado y más información de la facilitada.

Dentro de la categoría Otras (6.9%) se han mencionado aspectos relacionados con el material audiovisual, el material preventivo y la estructura del programa.

Gráfico 12. Comentarios y propuesta de mejora (n=131)(%)



EVALUACIÓN DE RESULTADOS

En este apartado, la muestra se encuentra formada por 507 participantes (253 hombres y 244 mujeres; 10 NS/NC) que rellenaron correctamente el PRE-test. La edad media del grupo se establece en 14.81 años con una desviación típica del 0.81. En el caso del POST-test, la muestra desciende a 476 participantes (227 hombres y 233 mujeres; NS/NC 16) con una edad media de 14.94 (SD 0.75).

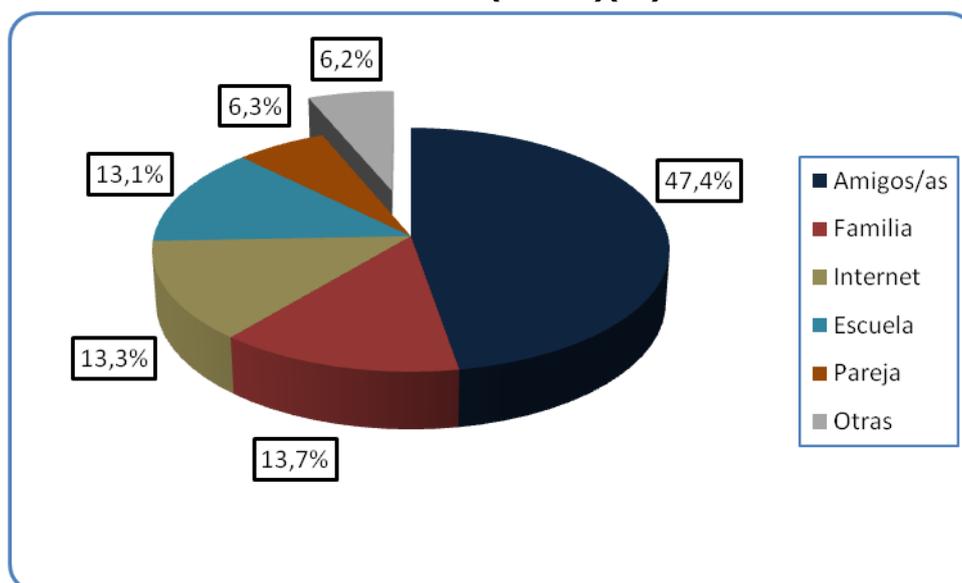
En el análisis de los datos obtenidos por los dos cuestionarios (PRE y POST test) se han seguido los mismos criterios establecidos en la evaluación de proceso. En este caso, aquellas categorías cuya frecuencia de respuesta ha sido menor a un 5% han sido agrupadas en la categoría "Otras".

Se han dejado fuera del recuento de frecuencias aquellas personas que no han contestado cada uno de los ítems (porcentaje válido). Es decir, los porcentajes observados en los distintos gráficos hacen referencia sólo al grupo muestral que sí ha contestado dicho ítem no computando la categoría NS/NC.

Según los datos obtenidos en el PRE-test la mayoría de participantes (47.4%) en el programa educativo *Prevenir para disfrutar* consideran su principal fuente de información sobre sexualidad los amigos/as, siguiéndole de lejos la familia (13.7%), internet (13.3%) y la escuela (13.1%), como queda reflejado en el gráfico 13.

Dentro de la categoría otras quedarían reflejadas aquellas puntuaciones relativas a la televisión como fuente de información y otros medios no especificados en el cuestionario.

Gráfico 13. En la práctica, ¿cuál ha sido tu principal fuente de información en sexualidad? (N=507)(%)



Si comparamos dichos resultados según el sexo observamos que existen diferencias entre hombres y mujeres en 3 de las categorías. Según los datos obtenidos en la prueba chi-cuadrado ($\chi^2=43.931$; $p<0.001$) y los residuos estadísticos tipificados, las mujeres acuden significativamente más (53.4%) a los/las amigos/as que los chicos (41.8%) y a la escuela (16.4% respecto al 9.9% de los hombres), mientras que los hombres utilizan significativamente más internet (22.8%) como principal fuente de información frente al 3% de las chicas. (Gráficos 14 y 15).

Gráfico 14. En la práctica, ¿cuál ha sido tu principal fuente de información en sexualidad? HOMBRES (n=232)(%)

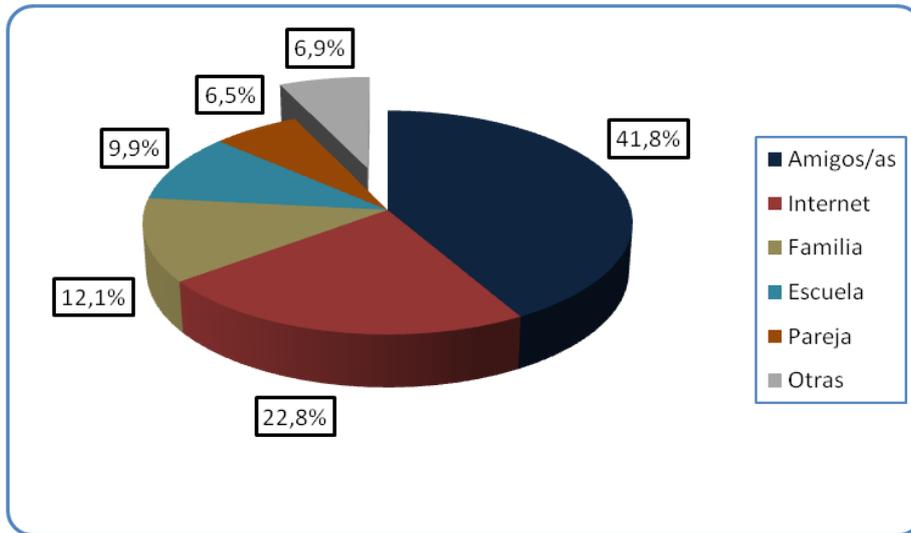
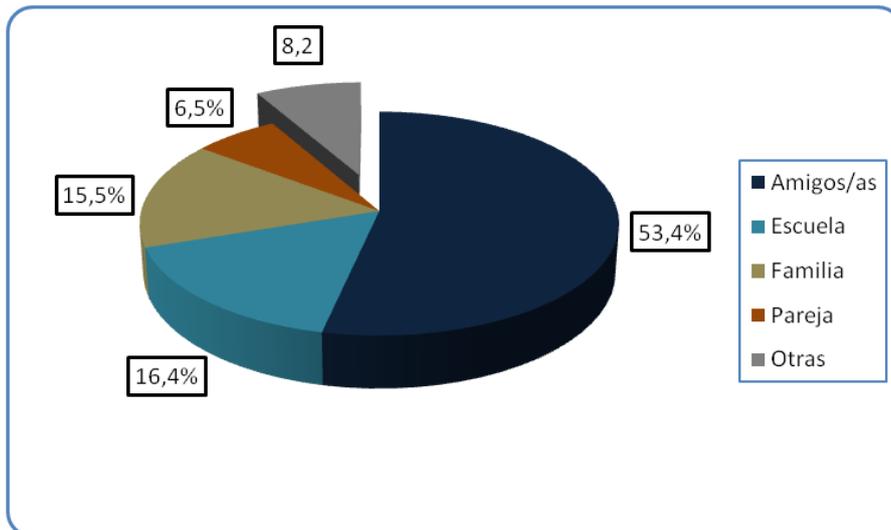


Gráfico 15. En la práctica, ¿cuál ha sido tu principal fuente de información en sexualidad? MUJERES (n=232)(%)



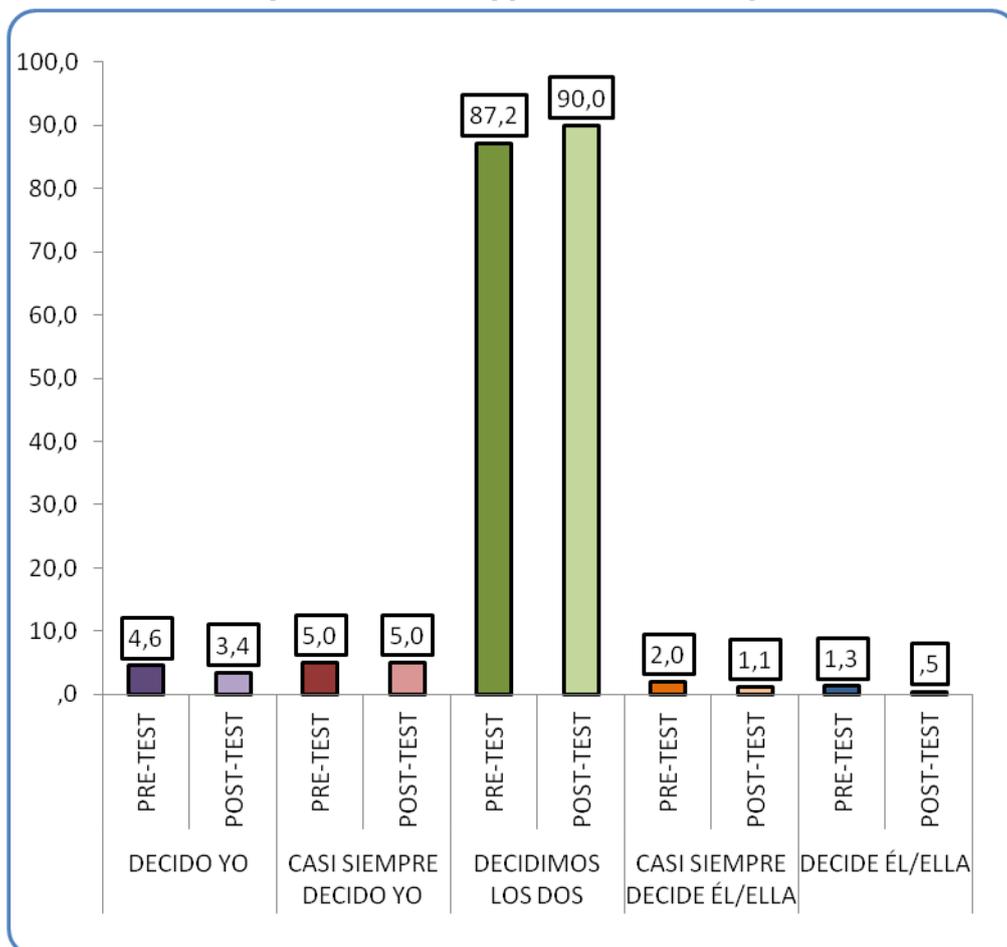
Respecto a la toma de decisiones en la pareja, la mayoría de participantes (87.2% PRE-test; 90.0% POST-test) indica que la decisión es tomada por los dos.

Si observamos las diferencias entre las puntuaciones obtenidas antes de realizar el programa educativo y después de realizarlo, se observa un descenso en las frecuencias de aquellas categorías que sitúan a la otra persona como responsable de las decisiones (Casi siempre decide él/ella: PRE-test 2.0%, POST-test 1.1%. Decide él/ella: PRE-test 1.3%, POST-test 0.5%)(Gráfico 16 y 17)

Se recomienda el estudio comparativo de estas frecuencias para establecer si las diferencias observadas son significativas.

No se han observado diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p > 0.05$).

Gráfico 16. En tus relaciones de pareja, habitualmente, cuando se ha de tomar una decisión importante... (%)
(n=461 PRE-test)(n=439 POST-test)

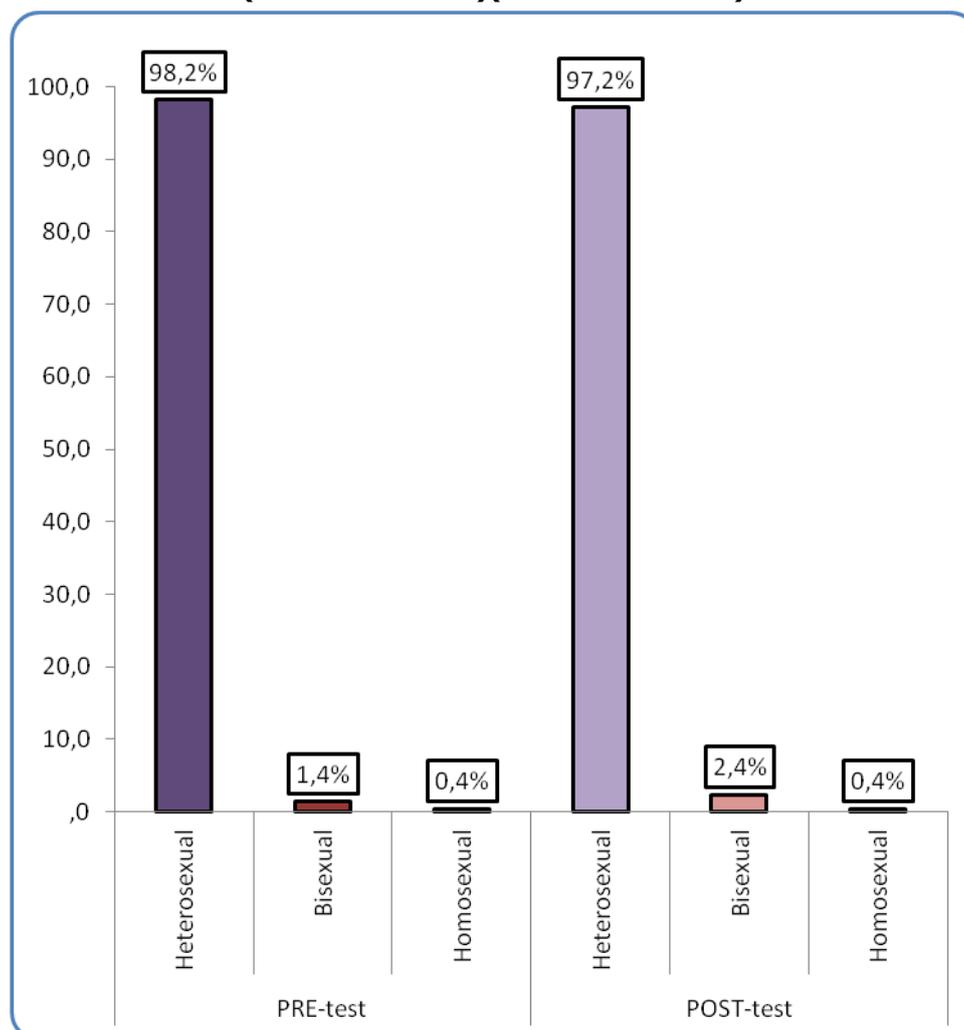


Respecto a la orientación del deseo, se observa una amplia mayoría de participantes que se consideran heterosexuales (98.2% PRE-test). En esta variable no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres ($p > 0.05$).

Sin embargo, si comparamos las frecuencias obtenidas en el PRE-test y el POST-test observamos una disminución del 1% de las personas que han marcado la categoría heterosexual y un aumento del 1% de las personas que han marcado la categoría bisexual (Gráfico 17)

Para conocer si esta diferencia porcentual se debe a la disminución de "n" se debería llevar a cabo un estudio más detallado y así establecer si las diferencias entre las puntuaciones PRE-test y POST-test, son estadísticamente significativas. De serlo, se recomienda realizar los análisis necesarios para establecer si dicha diferencia se debe a una migración de sujetos de una a otra.

Gráfico 17. De estas opciones, indica con cuál te sientes más identificado/a (%)
(n= 502 PRE-test)(n=467 POST-test)

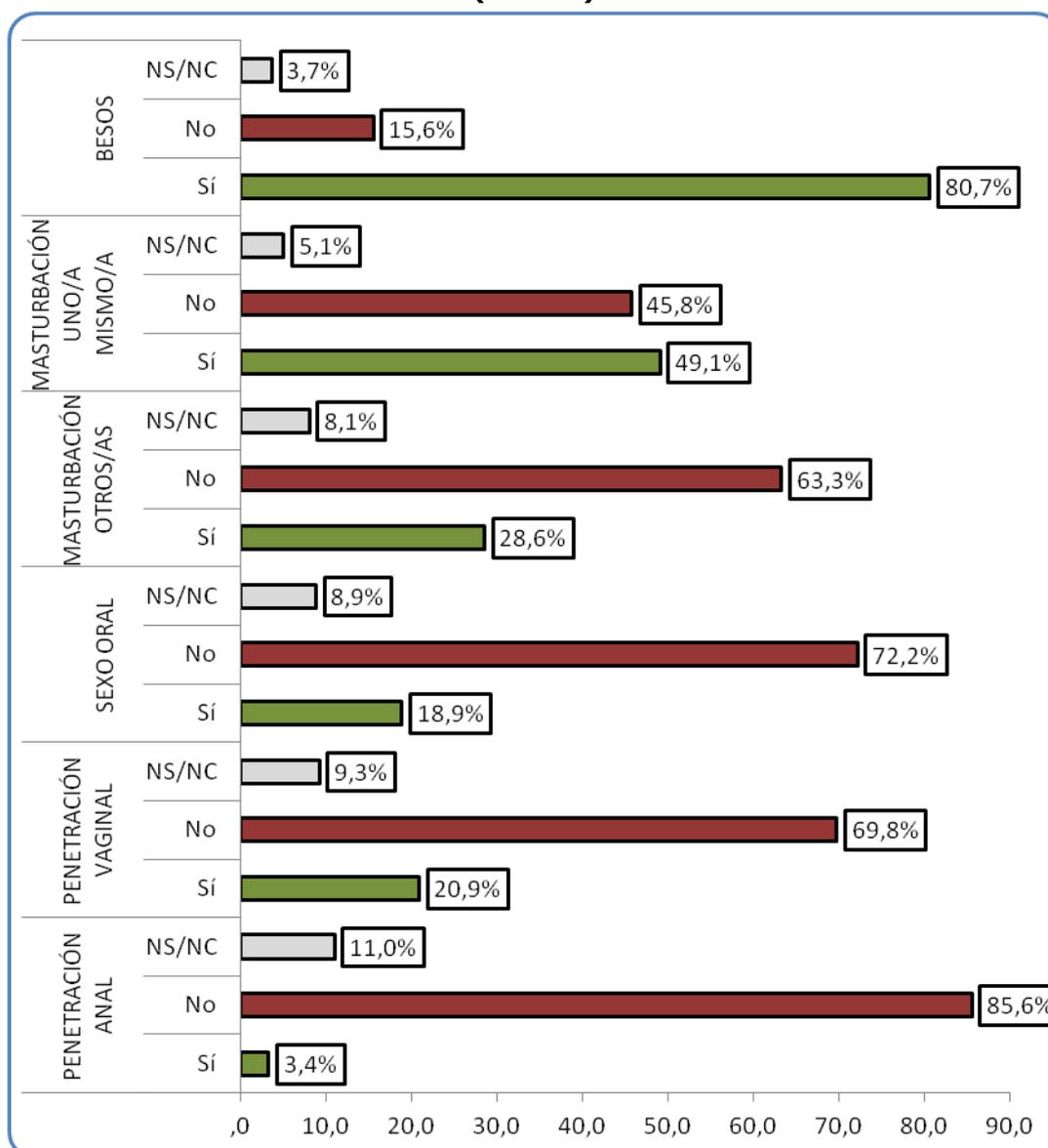


Según Los datos obtenidos en el cuestionario realizado, más del 80% de los/las alumnos/as que respondieron a este ítem habían realizado prácticas sexuales de besos y caricias. Además, 1 de cada 2 participantes se había masturbado alguna vez, cayendo esta proporción a 1 de cada 4 cuando la práctica se refería a masturbar a otra persona.

Además, 1 de cada 5 había practicado el sexo oral, al igual que la penetración vaginal, siendo la penetración anal la menos explorada por los/las participantes en el programa educativo (menos del 5%) (Gráfico 18).

En ninguna de estas categorías se observan diferencias entre ambos sexos, a excepción de la referente a la categoría masturbación a uno/a mismo/a. Según los datos obtenidos ($\chi^2=238.220$; $p<0.001$) existe una mayor cantidad de hombres que han realizado esta práctica (86.2%) comparado con el grupo de mujeres (15.1%).

Gráfico 18. Indica si has realizado alguna de las siguientes prácticas sexuales (%) (N= 507)

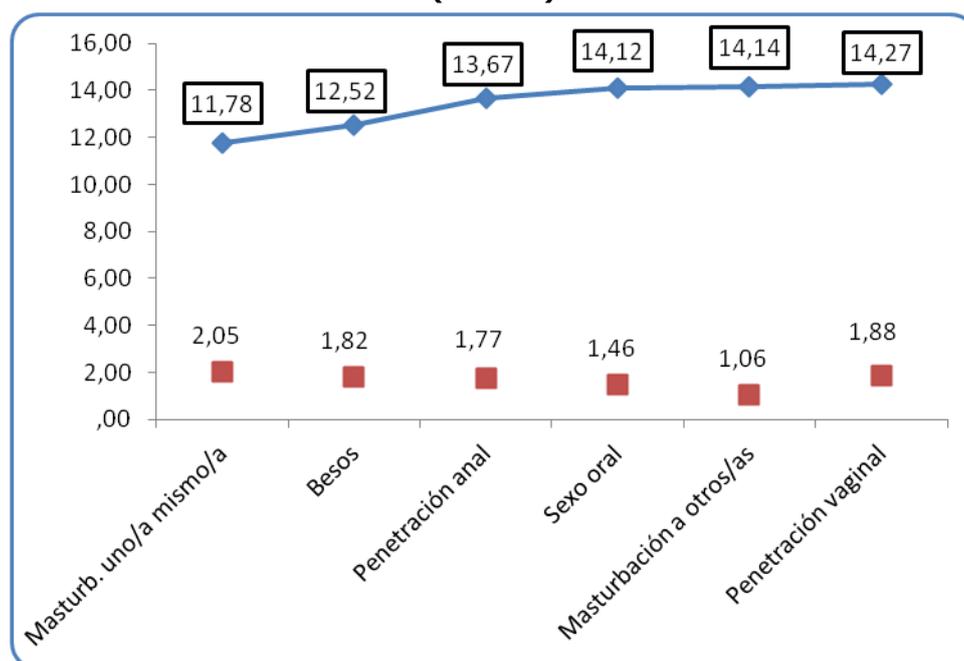


Si distribuimos las prácticas sexuales según la edad de inicio obtenemos el gráfico 19. Es necesario tener en cuenta la distribución por frecuencias del gráfico 18 para interpretar correctamente estos datos.

Cabe destacar los valores de las desviaciones típicas. Los altos valores (superiores a 1.00) indican grupos con puntuaciones muy heterogéneas, es decir, a pesar de la puntuación media, la mayoría de la muestra se distribuye dos años por encima o por debajo de la cifra indicada por la media.

Cabe destacar también la desviación típica de la masturbación a otros/as. Es en esta práctica donde la muestra se vuelve más homogénea, quedando distribuida su mayoría dentro del intervalo marcado por los 13 y los 15 años.

Gráfico 19. Indica la edad de inicio de las siguientes prácticas sexuales (N= 507)



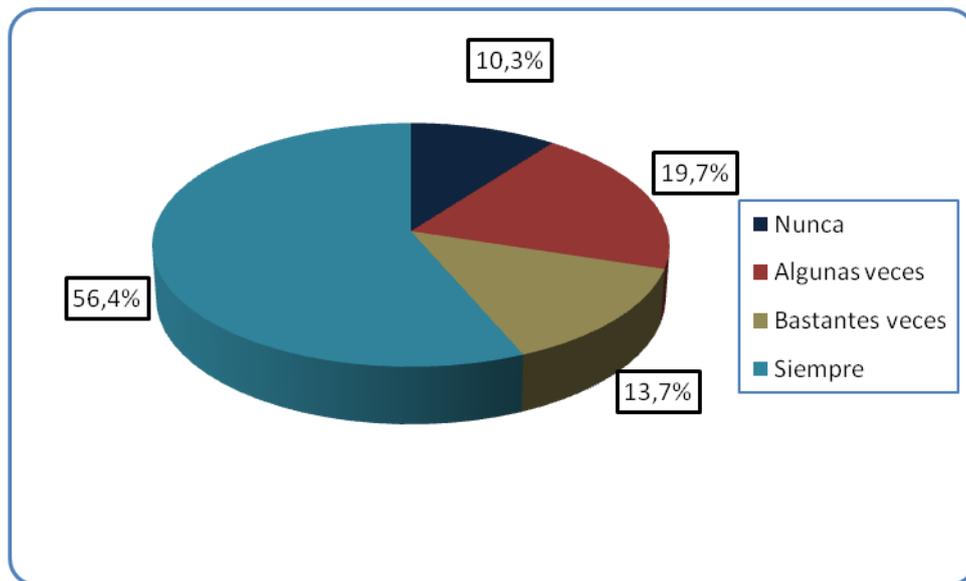
Se observan diferencias significativas entre la edad de inicio entre hombres y mujeres en las categorías de besos y sexo oral ($t < 0.01$). Según los datos, los hombres de la presente muestra se inician significativamente antes en ambas prácticas. En el caso de los besos la edad media de inicio de los hombres es de 11.71 años (SD 2.24) mientras que la de las mujeres es de 13.11 años (SD 1.10). Cabe destacar las diferencias entre las desviaciones típicas. Las puntuaciones obtenidas por el grupo de los hombres son más heterogéneas que el de las mujeres, que se distribuyen mucho más cerca de la puntuación marcada por la media.

En el caso del sexo oral, la edad media de inicio de los hombres es de 13.77 años (SD 1.90), mientras que la edad de inicio de las mujeres es de 14.47 (SD 0.82). De nuevo se observa el mismo patrón seguido por las desviaciones típicas en la categoría besos.

Teniendo en cuenta la parte de la muestra que ha practicado ya la penetración vaginal y/o anal (n=108), podemos analizar las técnicas de prevención utilizadas (si ha sido el caso) y los motivos por los cuales han hecho uso de ellos. Han sido descartadas aquellas técnicas que no han sido utilizadas por al menos el 5% de la muestra (en este caso han sido descartados el uso del preservativo para vagina, la píldora anticonceptiva y el uso de la píldora del día después, quedando esta última muy cercana al umbral de significación ya que un 4.5% de la muestra ha recurrido a ella al menos 1 vez en su vida).

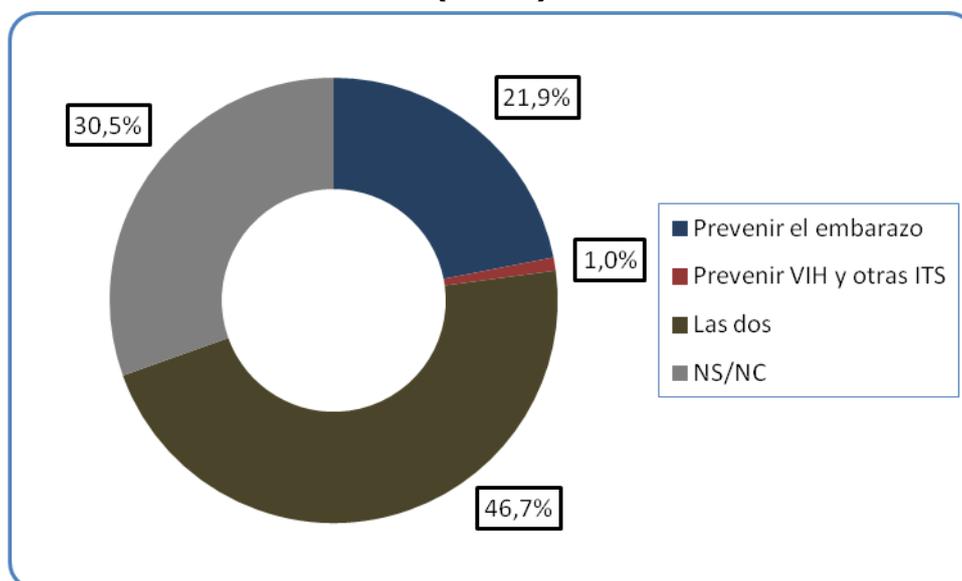
Del total de la muestra analizada (N=507) un 21.7% ha utilizado alguna vez, bastantes veces o siempre, el preservativo para penes como método de prevención. Sin embargo tan sólo un 23.1% han contestado a dicho ítem. La distribución del mencionado 23.1% (n= 117) quedaría reflejado en el gráfico 20.

**Gráfico 20. Indica Uso preservativo para pene
(n=117)**



El gráfico 21 refleja los motivos de utilización del preservativo para pene de aquellas personas que lo han utilizado al menos una vez en su vida (n=105).

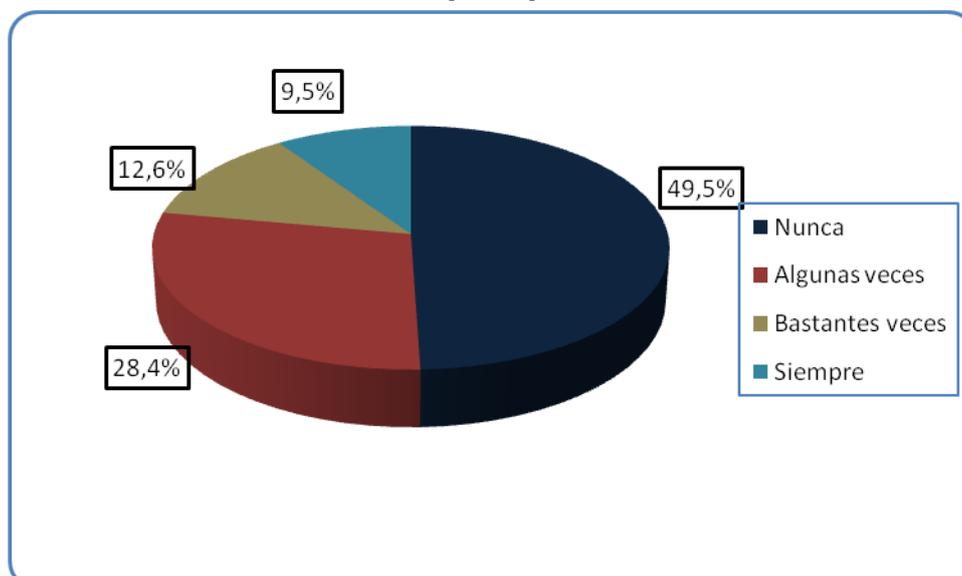
**Gráfico 21. Motivo Uso preservativo para pene
(n=105)**



Prácticamente la mitad de los que han contestado positivamente este ítem han apuntado como motivos de uso tanto la prevención del embarazo como del VIH y otras ITS. El motivo de porque usar el preservativo queda por lo tanto bastante claro.

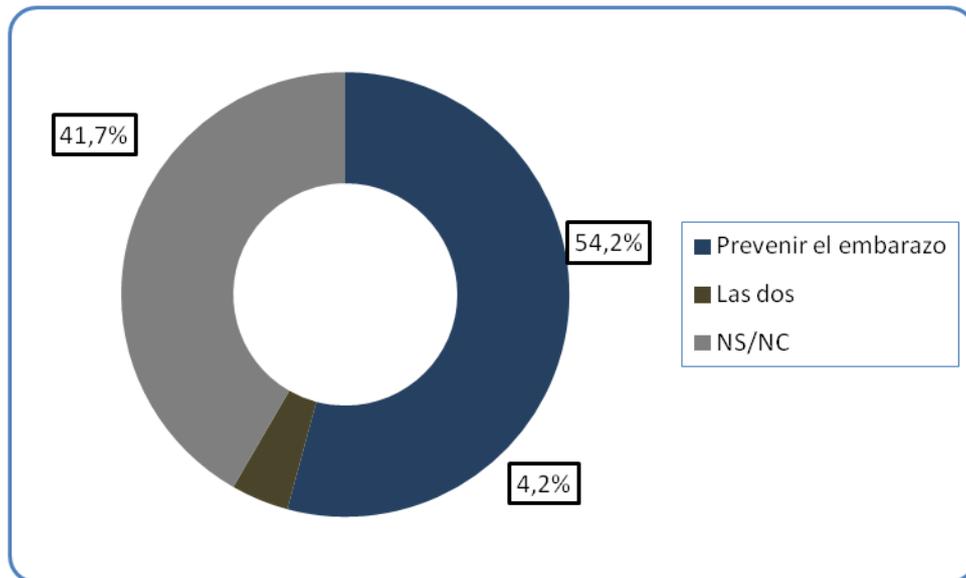
En cuanto a la marcha atrás un total de 95 personas contestaron éste ítem, siendo un 9.5% del total de la muestra (N=507) los que habían utilizado este método al menos una vez. La distribución de los 95 sujetos que contestaron el presente ítem queda reflejada en el gráfico 22.

**Gráfico 22. Indica Uso marcha atrás
(n=95)**



Según los datos recogidos por el cuestionario el motivo principal de utilización de esta técnica ha sido la de prevenir el embarazo, siendo ésta opción la elegida por el 54.2% de los/las participantes que admitieron utilizar esta técnica al menos una vez (n=48)

**Gráfico 23. Motivo Uso marcha atrás
(n=48)**

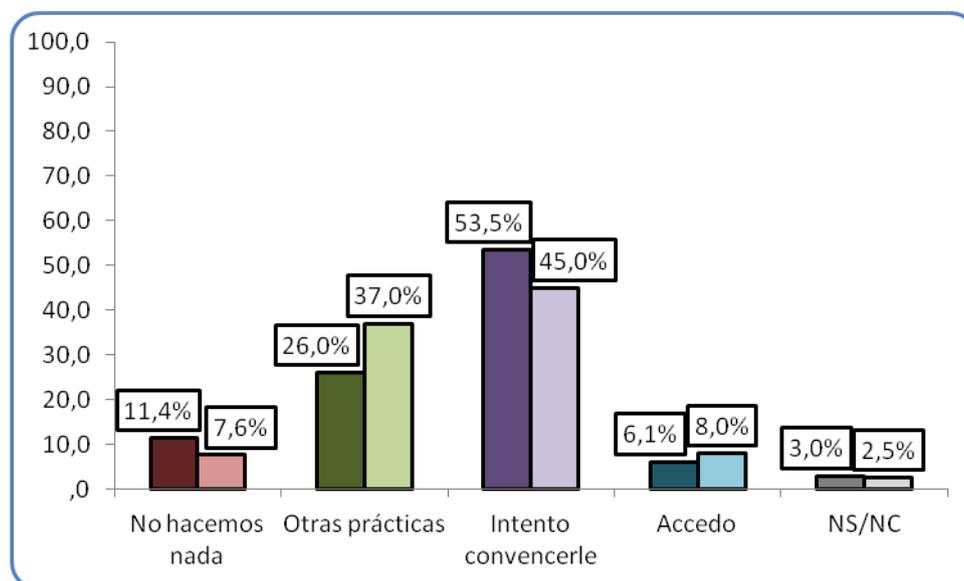


A continuación el cuestionario evalúa a través de dos situaciones distintas planteadas la capacidad de negociación en el uso del preservativo y la utilización de recursos alternativos a la realización de prácticas sexuales con riesgo de embarazo o de transmisión del VIH.

Según el primer ítem, existe un descenso entre las puntuaciones del PRE-test y el POST-test en el porcentaje de participantes (N=507) que en una situación en la que su pareja se niega a utilizar el preservativo no harían nada (de 11.4% al 7.6%) o tratarían de convencerle/la (de 53.5% a 45.0%). Sin embargo se observa un marcado aumento de aquellas personas que realizarían prácticas alternativas (de 26.0% a 37.0%).

Se recomienda el estudio de significación en las diferencias de estas diferencias, sobre todo en la respuesta al ítem "accedo", ya que es muy probable que las diferencias observadas no sean significativas debido al descenso de personas que no han contestado este ítem del PRE-test al POST-test (de 3.0% a 2.5%) (Gráfico 24)

Gráfico 24. ¿Qué harías si una noche tu pareja no quiere utilizar el preservativo?
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)



En este punto se observa una tendencia a la significación en la diferencia observada entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres en el apartado Accedo. Según las puntuaciones, los hombres accederían significativamente más ($n=24$) frente a las mujeres ($n=12$) a tener relaciones sexuales con su pareja sin preservativo en el caso de que él/ella se negasen. ($\chi^2=8.05$; $p<0.05$). Sin embargo sería conveniente aumentar el número de la muestra para observar si estas diferencias se acentúan o si tienden a desvanecerse, debido a la debilidad de la significación obtenida.

Si la situación planteada varía y pasamos a hablar de una "noche loca" donde se conoce a una persona con la que se quiere practicar sexo y esta persona se niega a usar el preservativo, las respuestas obtenidas por los/las participantes, también cambian.

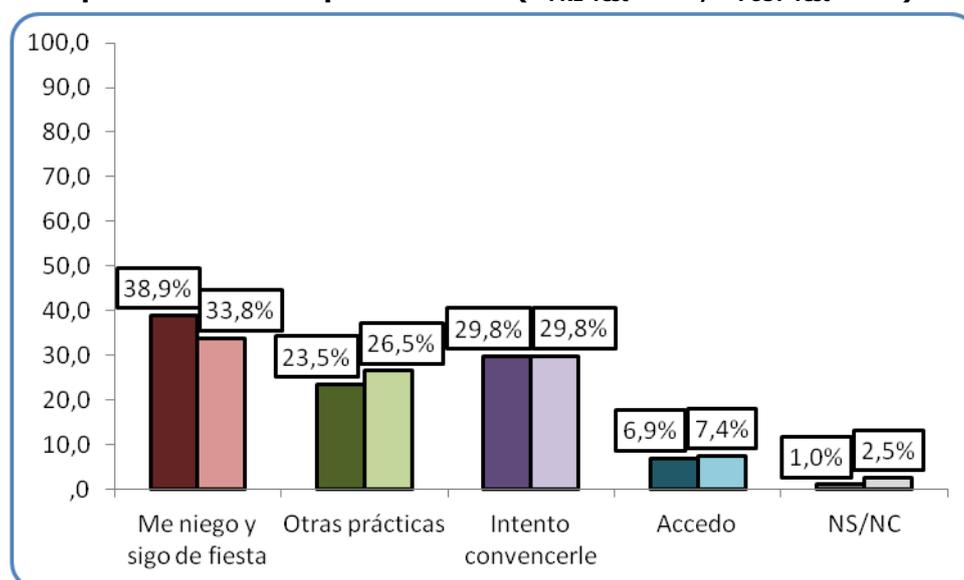
Según el gráfico 25, existe un porcentaje mucho mayor de personas que continuarían de fiesta, negándose a practicar sexo (del 11,4% al 38,9%) si comparamos la situación de la pareja con la de la "noche loca". Sin embargo si comparamos las distintas opciones planteadas en esta situación entre ellas, se observa un reparto de los/las participantes mucho más equitativa. El 90% se reparten de manera casi equitativa entre las categorías seguir de fiesta, realizar otras prácticas e intentar convencer a la otra persona.

Si comparamos los resultados entre el PRE-test y el POST-test se observa que el mayor aumento en los porcentajes de frecuencia de respuesta corresponde a la opción otras prácticas siendo el 23,5% de los/las participantes los/las que eligieron esta opción antes de asistir al

programa educativo *Prevenir para disfrutar* y pasando a ser un 26.5% los/las que lo eligieron una vez finalizado.

También se observa un descenso entre aquellas personas que seguirían de fiesta, de un 38.9% a un 33.8%. Se recomienda el estudio de estas diferencias para poder determinar si son significativas y si el descenso de uno de los grupos y el aumento en el otro corresponde a una migración de las personas participantes de una a otra categoría o se si debe al descenso en la muestra que realizó el POST-test (N=476) frente a la que realizó el PRE-Test (N=507).

Gráfico 25. ¿Qué harías si una noche loca la persona con la que has ligado no quisiese utilizar el preservativo? (N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)



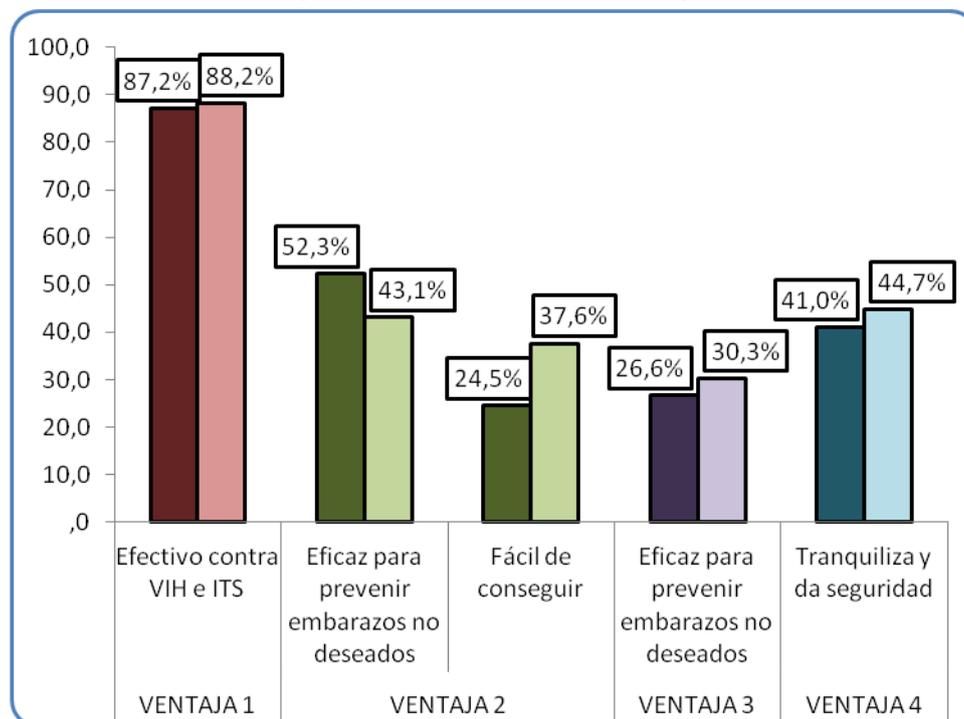
En este caso, si observamos las puntuaciones del POST-test entre los sexos, se observan diferencias significativas muy marcadas ($\chi^2=87.056$; $p<0.001$). Dichas diferencias corresponden a las categorías *Me niego y sigo de fiesta*, a la de *Intento convencerle* y a la de *Accedo*. Significativamente, un mayor número de mujeres (n=124) admite que seguiría de fiesta, frente a un menor número de hombres (n=33). Sin embargo, un menor número de mujeres (n=40) intentaría convencer a la otra persona de que utilizase el preservativo, frente a un mayor número de hombres (n=97).

Respecto a la categoría *Accedo*, existe un mayor número de hombres (n=26) que accederían de todas maneras, frente al número de mujeres que lo harían (n=7). Las diferencias entre sexos observadas en la opción *otras prácticas* (61 hombres y 60 mujeres) no son significativas.

Respecto a las ventajas percibidas sobre el uso del preservativo, podemos observar en el gráfico 26 las 4 más importantes para el grupo a la hora de realizar el PRE-test y el POST-test. Han sido seleccionadas aquellos datos relevantes para explicar dichas y ordenadas según el grado de importancia para la muestra.

Gráfico 26. Ventajas percibidas sobre el uso del preservativo

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)



Según el gráfico 26, la primera ventaja sobre el uso del preservativo que la muestra identifica y, por tanto, la de mayor importancia, es que el preservativo es efectivo contra el VIH. El 87.2% de la muestra ha elegido esta opción como primera, subiendo a un 88.2% una vez terminado el programa educativo.

La segunda ventaja en importancia hace referencia a la efectividad del preservativo en prevenir embarazos no deseados. El 52.3% de la muestra la elige en segundo lugar. Sin embargo una vez realizado el programa educativo *Prevenir para disfrutar* esta cifra desciende a un 43.1%. Si observamos la categoría *ventaja 2* podemos observar que a la vez que esta opción desciende como segunda ventaja en importancia, asciende la de *fácil de conseguir* de un 24.5% a un 37.6%.

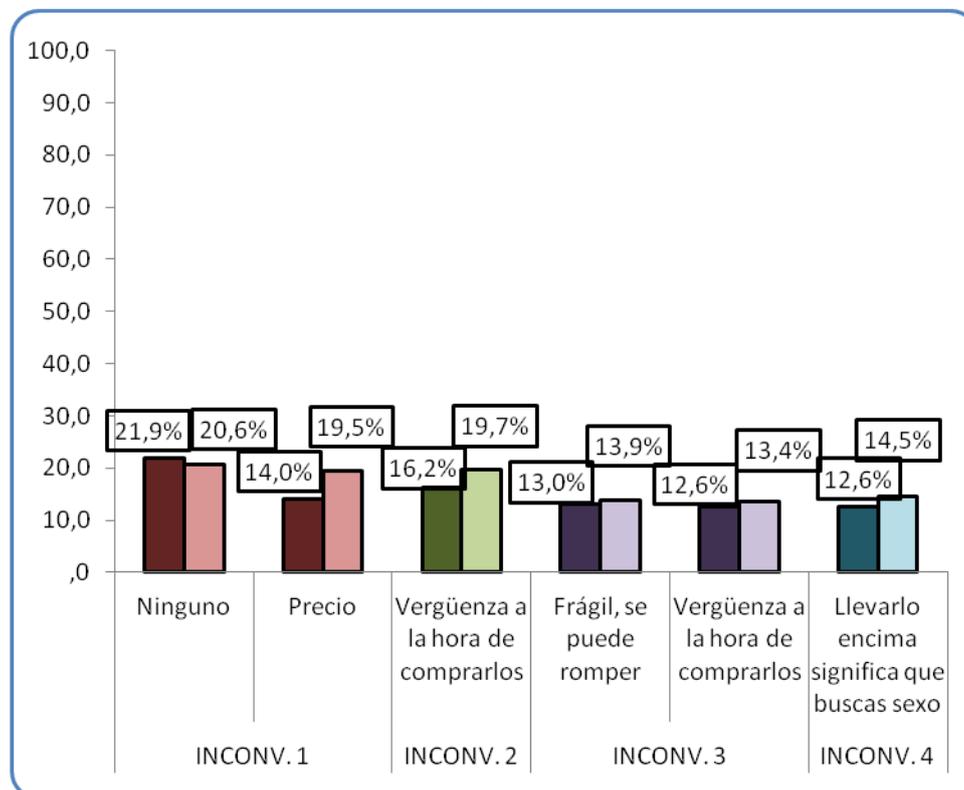
Respecto a la tercera ventaja en importancia, un 26.6% de la muestra elige de nuevo la efectividad de prevenir embarazos no deseados, aumentando este número a un 30.3% una vez realizado el programa educativo. La ventaja 3 ha sido donde las frecuencias han estado más equilibradas siendo las más altas las reflejadas en el gráfico 26.

La 4 ventaja más valorada ha sido la relacionada con la tranquilidad y la seguridad que da el uso del preservativo, siendo elegida por un 41.0% antes de realizar el programa educativo y ascendiendo a un 44.7%.

A continuació se analitzaran els dats respecte a los 4 inconvenients més rellevants para la muestra relacionados con el uso del preservativo. Los datos pueden observarse de nuevo en el gráfico 27.

Gráfico 27. Inconvenientes percibidos sobre el uso del preservativo

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)



En esta variable, las frecuencias obtenidas quedan mucho más dispersas que en la anterior. Aún así, se ha optado por seleccionar aquellas categorías con saturaciones más altas. Sólo en aquellos casos donde dos de las categorías tenían puntuaciones muy similares, han sido seleccionadas ambas.

Según los datos obtenidos, la categoría elegida en primera posición ha sido la que hacía referencia a que el preservativo no presentaba ningún inconveniente 21.9% (manteniendo una puntuación muy similar en el POST-test con un 20.6%). Sin embargo, un porcentaje similar aunque menor de los/las participantes han elegido la categoría que hace referencia al precio como principal inconveniente, sobre todo si atendemos a las frecuencias obtenidas después del programa educativo (14.0% PRE-tests; 19.5% POST-test).

Es en la elección del segundo inconveniente en orden de importancia donde el número de NS/NC aumenta de manera acusada (INCONVENIENTE 1: 1-2.1% NS/NC; INCONVENIENTE 2: 27.2-26.3% NS/NC), probablemente debido al alto número de personas que eligieron *ninguno* en primera posición.

Según los resultados, el segundo inconveniente en orden de importancia ha sido la vergüenza a la hora de comprarlos. El 16.2% eligió dicha categoría antes de realizar el programa educativo, siendo elegida por un 19.7% después.

El tercer inconveniente en orden de importancia está relacionado con la fragilidad del preservativo (PRE-test 13.0%; POST-test 13.9%). Siendo prácticamente igual de importante la vergüenza a la hora de comprarlos (PRE-test 12.6%; POST-test 13.4%).

Por último, la muestra percibe como cuarto inconveniente en importancia que llevarlo encima signifique que buscas sexo, con una saturación de un 12.6% en el PRE-test y un 14.5% en el POST-test en esta categoría.

En esta variable no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres en aquellas categorías de inconvenientes que han superado un 5% de saturación de la muestra, siendo las categorías menores al 5% desechadas del análisis de resultados por no considerarse significativas.

Sin embargo sí se encuentran tendencias a la significación en dos categorías elegidas por más del 5% de la muestra. Éstas son la falta de confianza en su eficacia como primer inconveniente y la incomodidad como segundo.

El 6.4% de las mujeres eligieron la falta de confianza en el preservativo como primer inconveniente frente al 2.2% de los hombres. A su vez, el 7.9% de los hombres eligieron molesto como segundo inconveniente frente al 3.4% de las mujeres.

Se recomienda un estudio más profundo de la significación de las diferencias entre hombres y mujeres en esta variable al igual que la significación de las diferencias entre PRE y POST-test

El último apartado del cuestionario mide los conocimientos sobre sexualidad y VIH de la muestra de participantes del programa *Prevenir para disfrutar*.

Destacaremos que en todos los ítems de respuesta sobre conocimientos se observa una mejoría tras la intervención educativa. Podemos destacar cambios mas grandes en aspectos como conocimiento de la sensibilidad de los genitales, sobre la primera vez que se practica penetración vaginal, o sobre la colocación del preservativo.

Para una mayor información de este apartado las gráficas se encuentran en el Anexo 1.

CUADRO-RESUMEN INFORME EVALUACIÓN PREVENIR PARA DISFRUTAR CURSO 2011/2012

VALORACIÓN INTERVENCIÓN	DATOS	PROPUESTA SIDA STUDI
	<p align="center">Índice de gráficos</p> <p>La valoración de la intervención ha sido en todos las dimensiones (Actuación profesional, metodología, conocimientos, nivel de influencia) superior a 4, excepto en la participación de las personas asistentes La actuación de los educadores también ha sido bien valorada.</p> <p align="center"> Gráfico 4 Gráfico 5 Gráfico 6 Gráfico 7 </p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la tipología de intervención así como la pareja pedagógica para las sesiones. • Buscar metodologías específicas que fomenten la participación entre los y las participantes del taller. .
<p>Análisis desde perspectiva de genero</p>	<p>Se han recogido diferencias significativas entre chicos y chicas en las chicas valoran mejor la actuación de los/las profesionales, y la metodología utilizada. Sin embargo la valoración de el nivel de influencia en la vida personal y los conocimientos nuevos adquiridos no reflejan diferencias significativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar aplicando de manera rigurosa la perspectiva de género en las intervenciones educativas. • Aprovechar la primera sesión (los y las alumnas trabajan por separado) para trabajar estos aspectos concretos.

PERFIL SEXUAL	DATOS	PROPUESTA SIDA STUDI
	<p>Un 47,4% de los/las participantes en las intervenciones tienen como principal fuente de información el grupo de iguales. Y en un alto porcentaje Internet</p> <p>La edad media del comienzo de prácticas sexuales compartidas en las y los jóvenes se sitúa en torno a los 14 años.</p>	<p style="text-align: center;">Índice de gráficos</p> <p style="text-align: center;">Gráfico 13</p> <p style="text-align: center;">Gráfico 19</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Implementar metodologías que refuercen la importancia del grupo de iguales a la hora de obtener información ● Incluir internet y sexualidad entre los contenidos de la intervención educativa. ● Realizar una intervención íntegramente relacionada con Internet y sexualidad. ● Se debería intervenir en el ámbito escolar en cursos anteriores y de una manera integral.
<p>Análisis desde perspectiva de genero</p>	<p>Los chicos reconocen un mayor acceso a Internet para obtener información relacionada con la sexualidad. Existen diferencias entre chicos y chicas en la masturbación a uno/a mismos/as.</p>	<p style="text-align: center;">Gráfico 14</p> <p style="text-align: center;">Gráfico 15</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Continuar aplicando de manera rigurosa la perspectiva de género en las intervenciones educativas ● Aprovechar la primera sesión (los y las alumnas trabajan por separado) para trabajar estos aspectos concretos.

RIESGOS Y VIH	DATOS	Índice de gráficos	PROPUESTA SIDA STUDI
<p>Análisis desde perspectiva de genero</p>	<p>Las y los jóvenes que utilizan el preservativo para pene tienen bastante claro el por qué utilizarlo, consideran el preservativo para pene como el método para evitar embarazos no planificados e ITS.</p>	<p>Gráfico 21.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar la negociación del preservativo y la capacidad de decisión de los y las jóvenes
	<p>Las personas participantes en el taller aumentaron su intención de negociar el uso del preservativo.</p> <p>Continúa existiendo diferencias entre chicas y chicos en el momento de decidir el uso del preservativo.</p> <p>Los chicos están más dispuestos a no utilizarlo en determinadas situaciones ludicofestivas.</p>	<p>Gráfico 25</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar utilizando dinámicas que promuevan el empoderamiento y las habilidades sociales. • Fomentar en la intervención las herramientas para romper los estereotipos relacionados con el género. • Aprovechar la primera sesión (los y las alumnas trabajan por separado) para trabajar estos aspectos concretos

AGRADECIMIENTOS

- Queremos agradecer 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 para rellenar los cuestionarios.
- Por último, agradecer 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). Generalitat de Catalunya
- [5] Conselleria de Salut. (2011) Generalitat de Catalunya
- [6] Datos extraídos del EDO. Instituto Nacional de Estadística (2005-2009)
- [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 (<http://www.sidastudi.org/ca/galerias/documentos-apoyo>)

Además, destacamos algunos documentos que pueden ser útiles para trabajar la sexualidad en el aula.

- 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 Moceda 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 ; Gooz@.** [Oviedo] : Gobierno del Principado de Asturias. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios : Conseyu de la Moceda 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.

ANEXO 1.

Los gráficos a continuación indican la variación de la respuesta del PRE-test al POST-test, respecto a conocimientos sobre sexualidad y VIH.. Se ha coloreado en verde la respuesta correcta y en rojo la errónea. Las columnas grises indican el número de participantes que dejaron el ítem en blanco.

Gráfico 28. Retirar el pene de la vagina antes de eyacular evita el embarazo
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

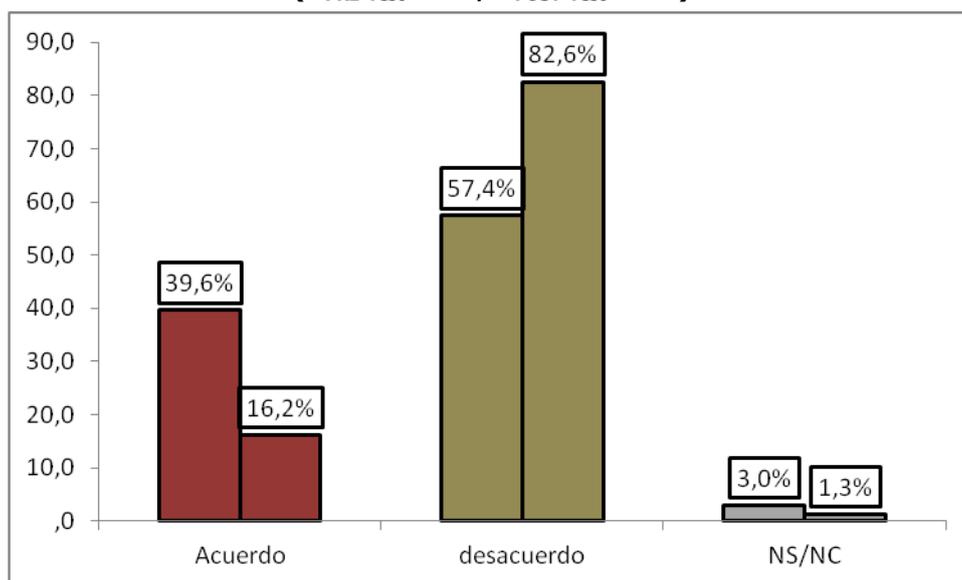
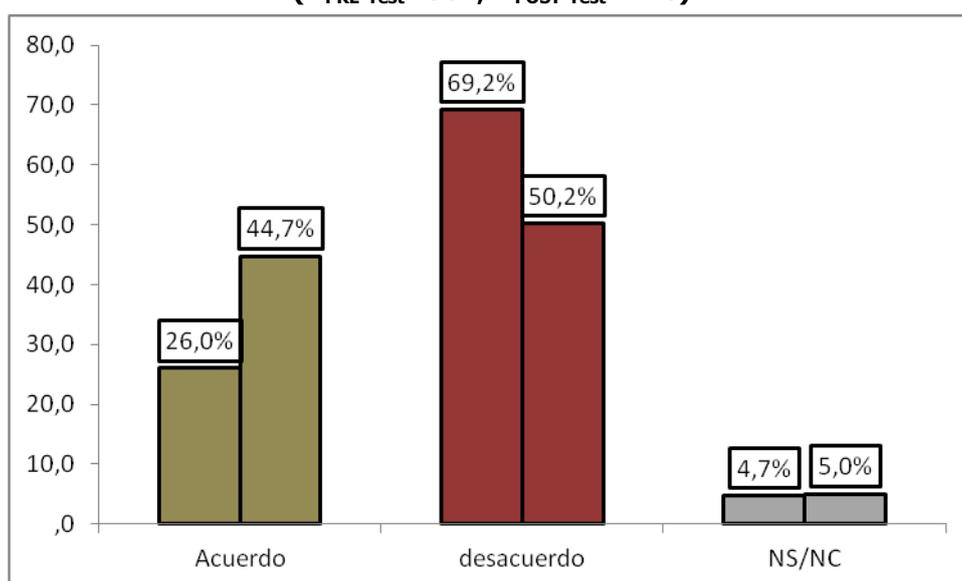
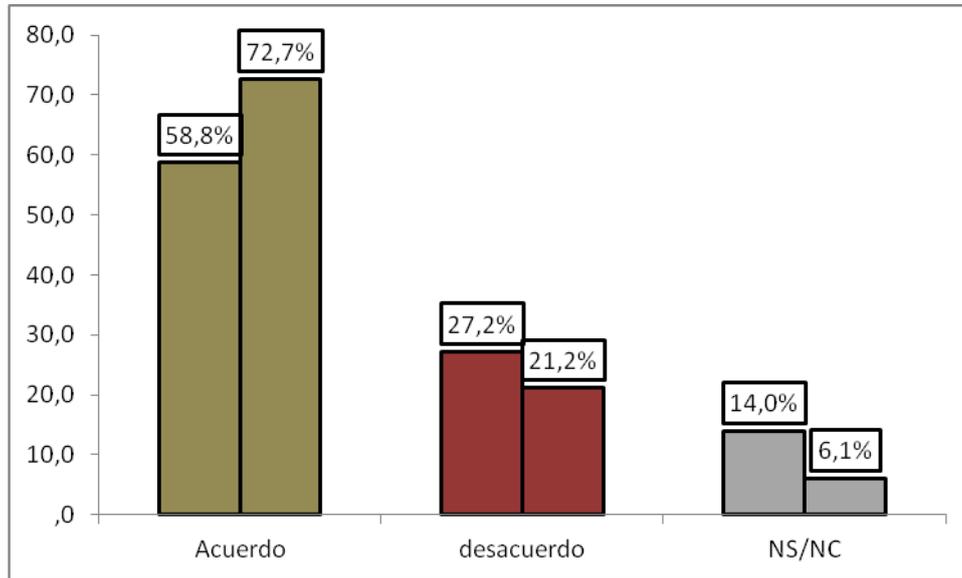


Gráfico 29. Acariciarse en pareja sin llegar al orgasmo es hacer sexo
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)



**Gráfico 30. El preservativo para vagina se puede colocar antes de la erección
(Npre-Test=507, Npost-Test=476)**



**Gráfico 31. Se puede saber si una persona tiene VIH por su imagen externa
(NPRE-Test=507, NPOST-Test=476)**

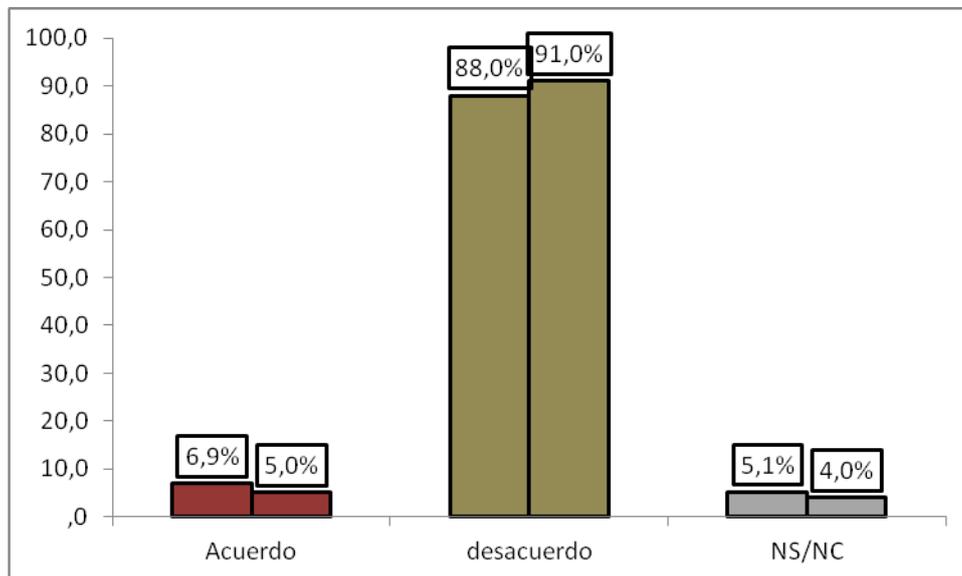


Gráfico 32. Si llevas un preservativo encima das la imagen de buscar sexo
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

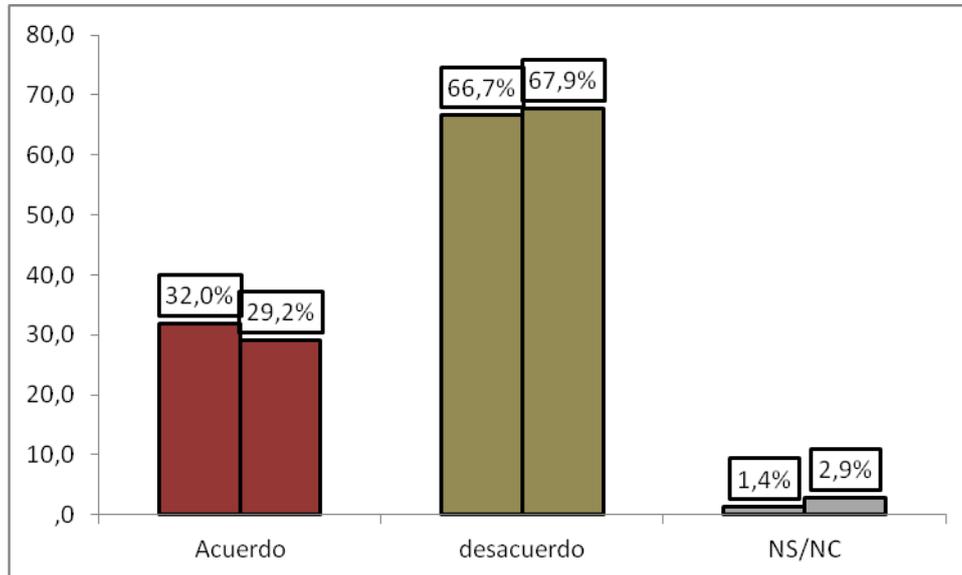


Gráfico 33. Con preservativo es más difícil llegar al orgasmo
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

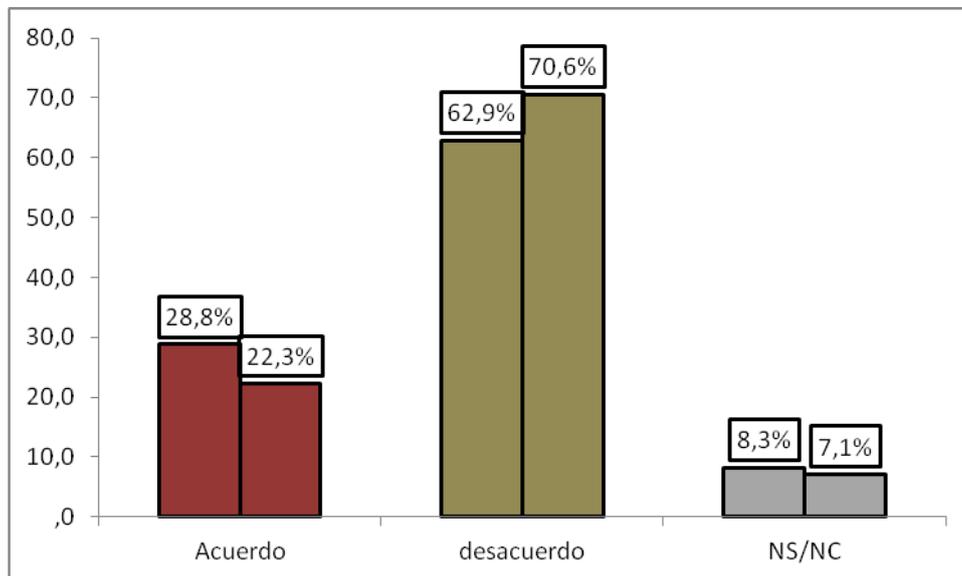


Gráfico 34. Todas las ITS presentan algún síntoma que hace que las puedas identificar

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

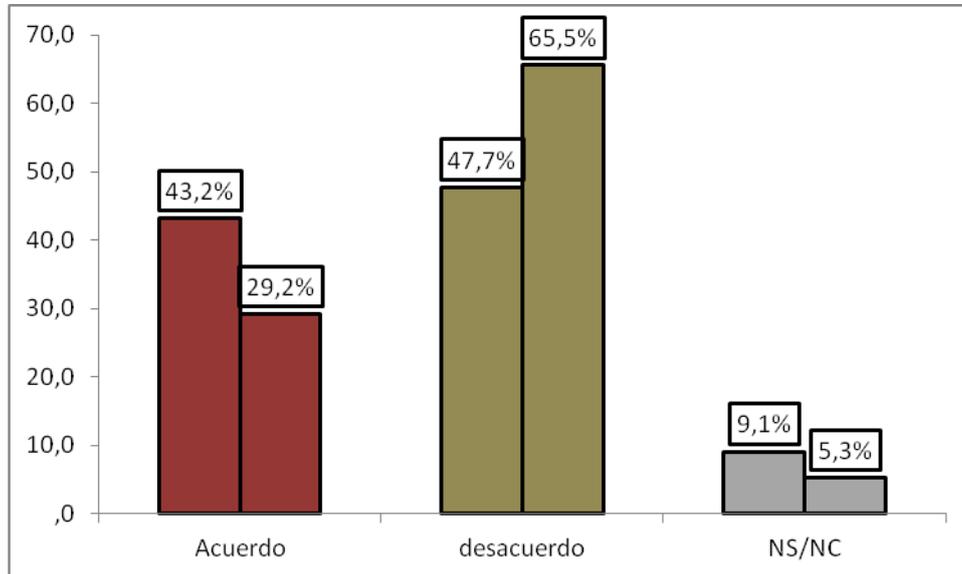


Gráfico 35. Es posible que haya algún momento en que la persona no sienta ninguna emoción

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

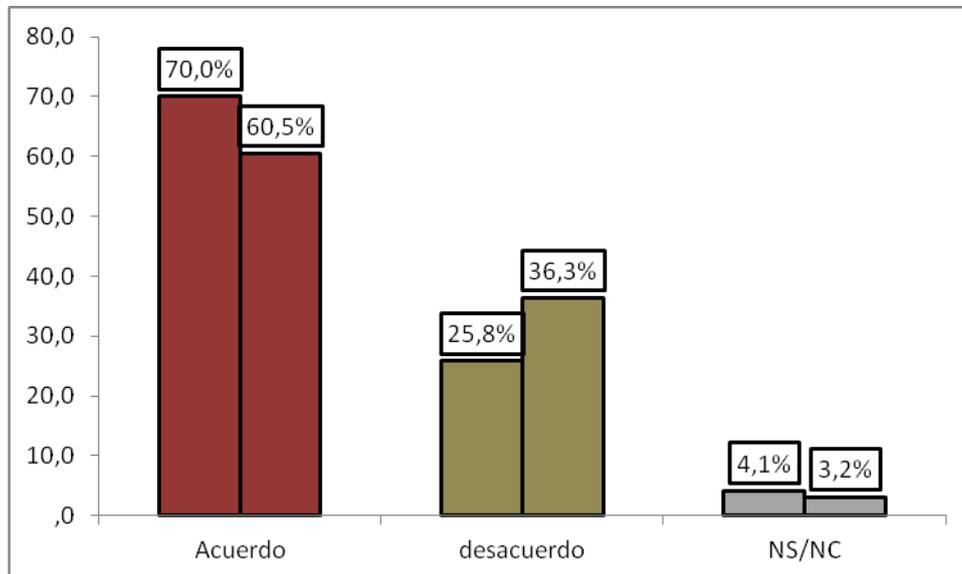


Gráfico 36. Aunque sea menor de edad, una chica tiene derecho a que le faciliten la píldora del día después

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

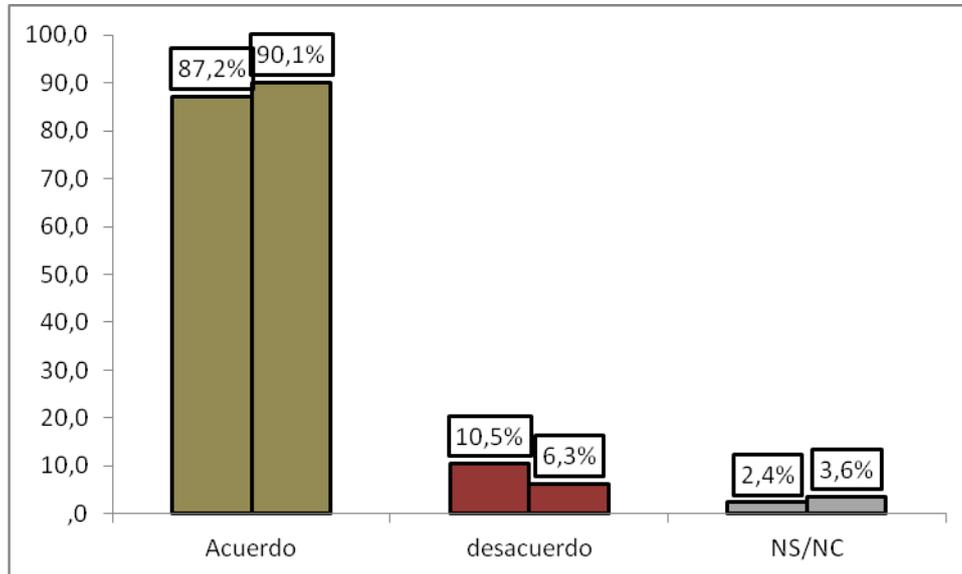


Gráfico 37. La máxima sensibilidad de una chica en cuanto al sexo, está en el interior de la vagina

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

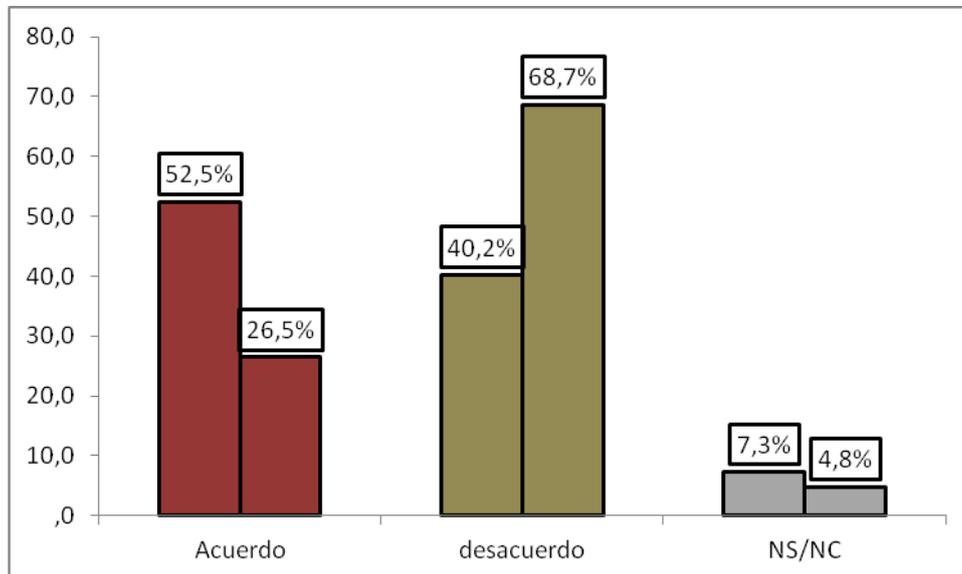


Gráfico 38. El riesgo de transmitir el VIH por sexo oral es mucho menor que por penetración

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

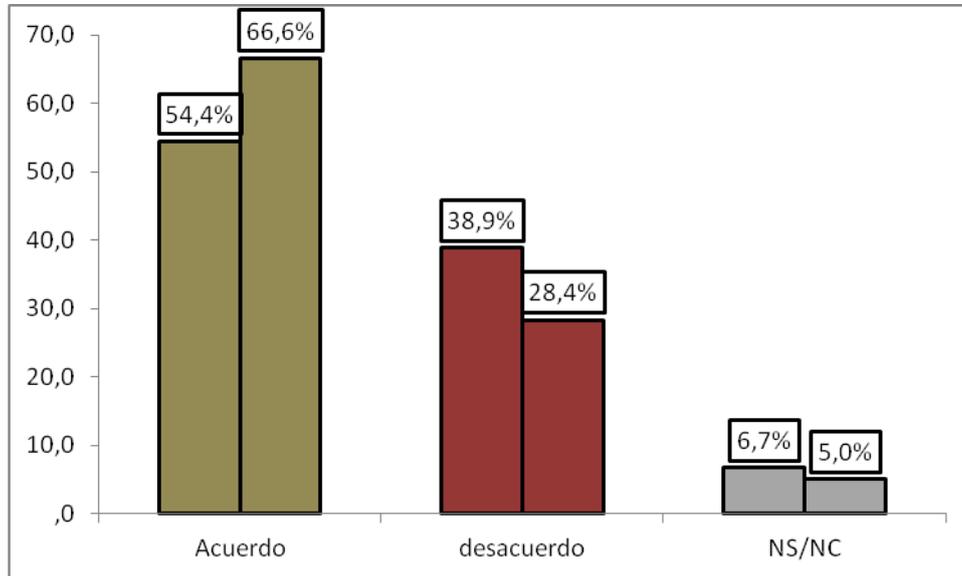


Gráfico 39. La "primera vez" se siente dolor y se sangra

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

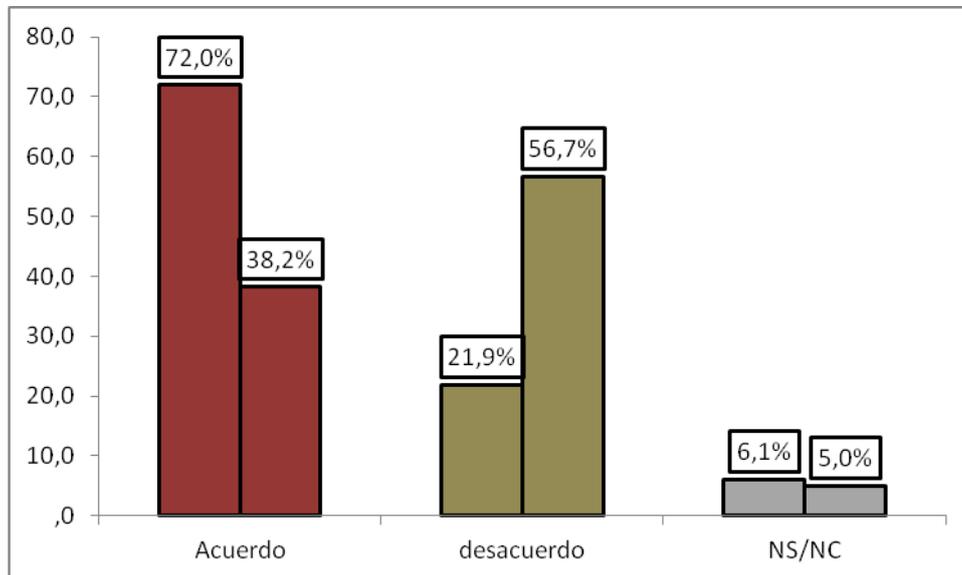


Gráfico 40. El VIH se puede pillar besando a una persona infectada
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

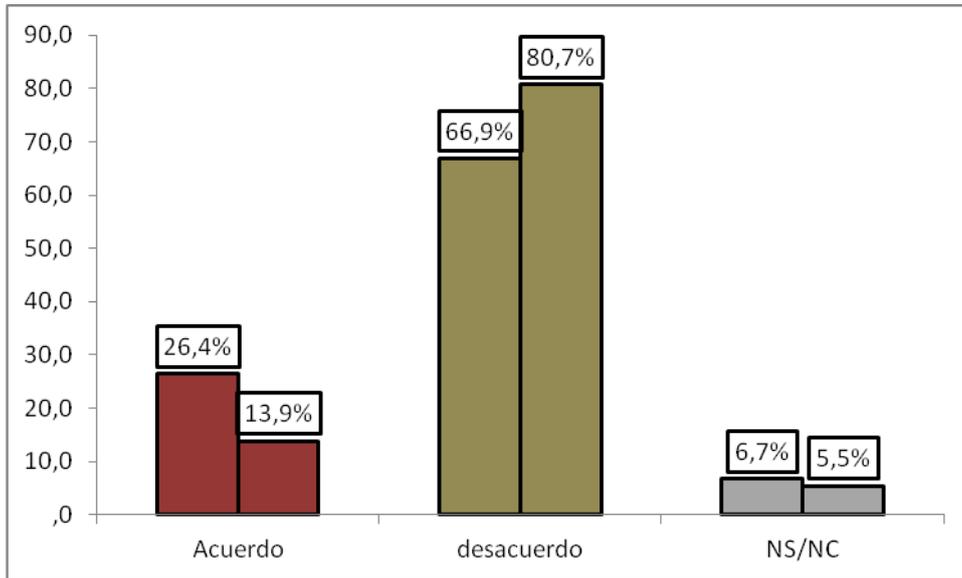


Gráfico 41. Una chica no puede quedarse embarazada la "primera vez"
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

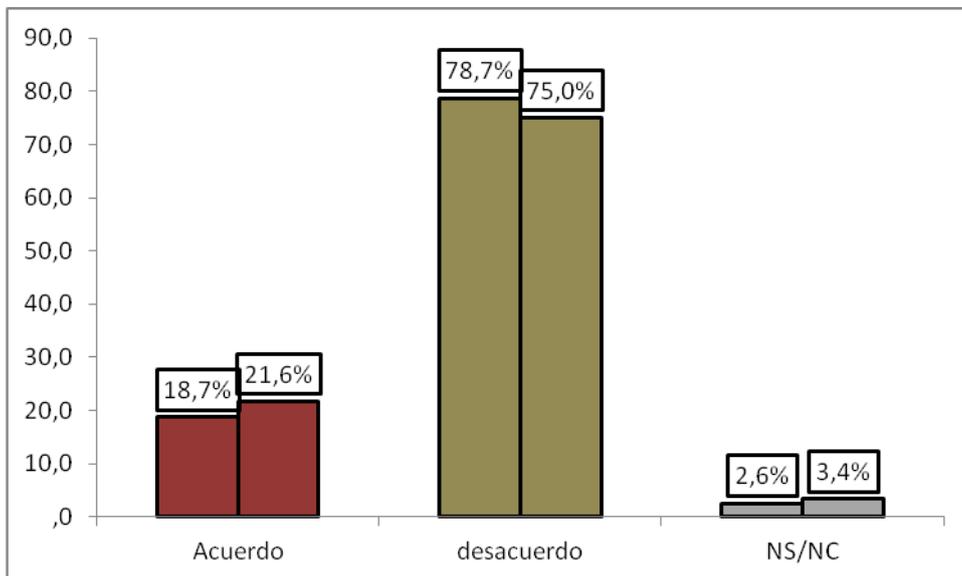


Gráfico 42. El preservativo para pene se puede colocar antes de la erección
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

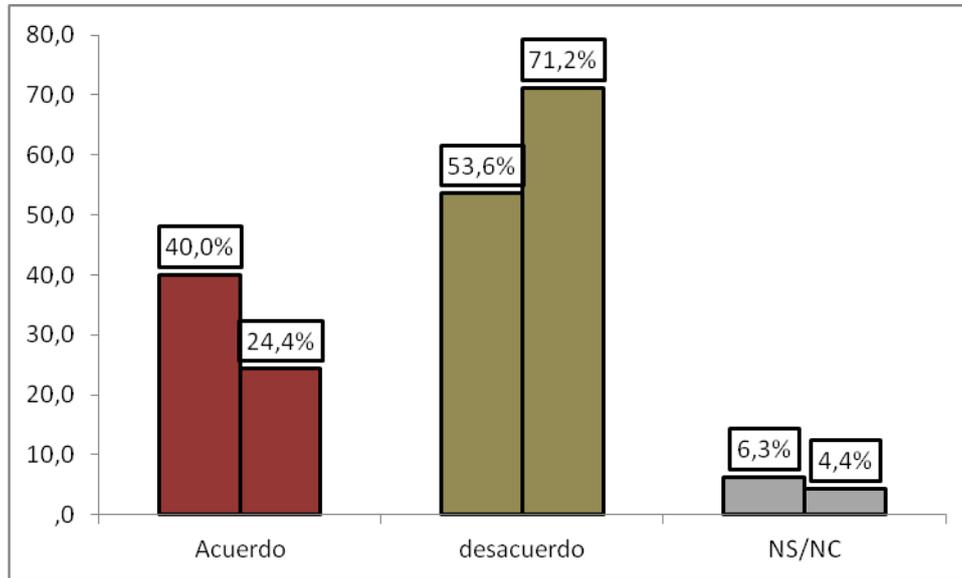


Gráfico 43. La relación sexual sólo es plena cuando se llega al orgasmo a la vez
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

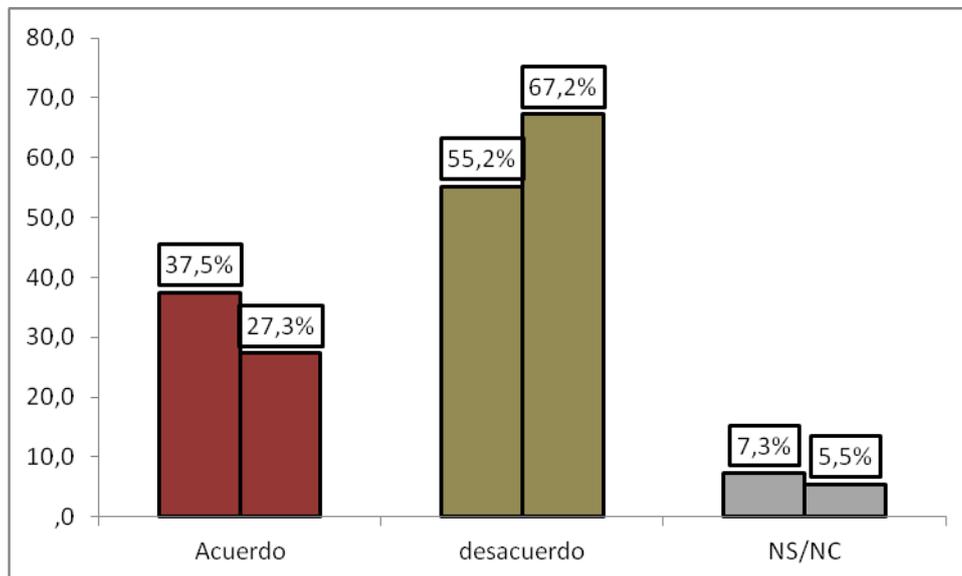


Gráfico 44. La información sobre penetración anal que dispongo proviene de los vídeos

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

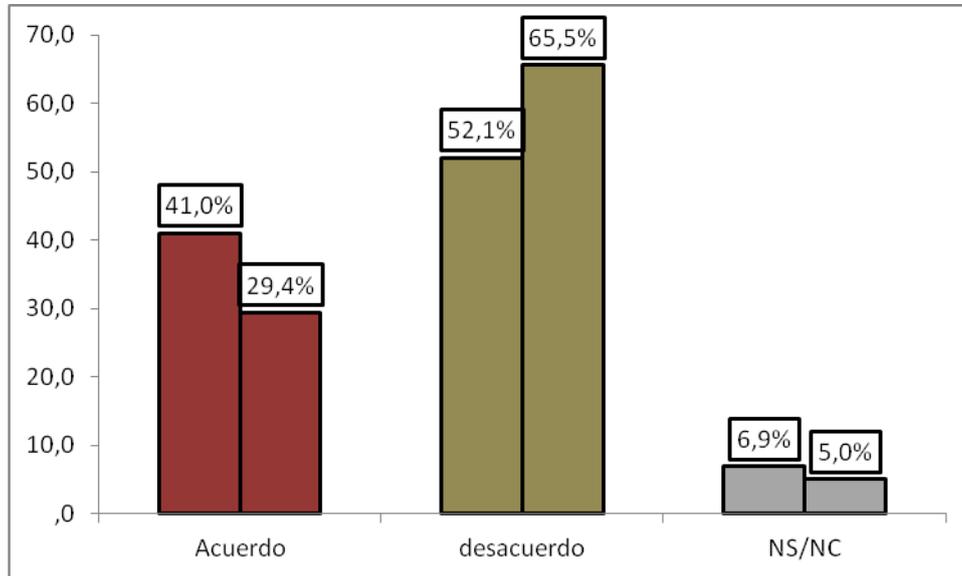


Gráfico 45. Colocar un condón siempre es igual de aburrido

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

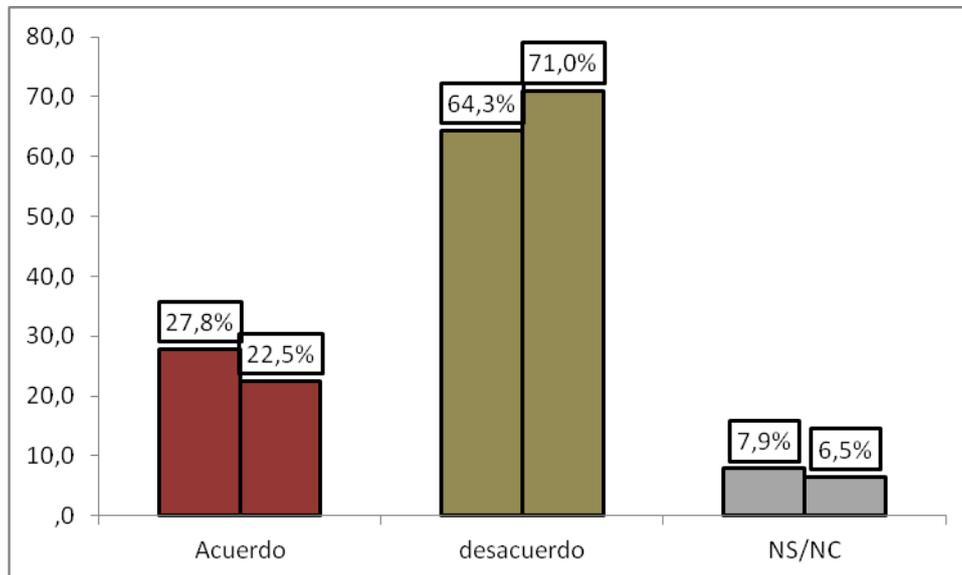


Gráfico 46. Compartir piso, trabajar o estudiar con una persona con VIH pone en riesgo a las demás personas

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

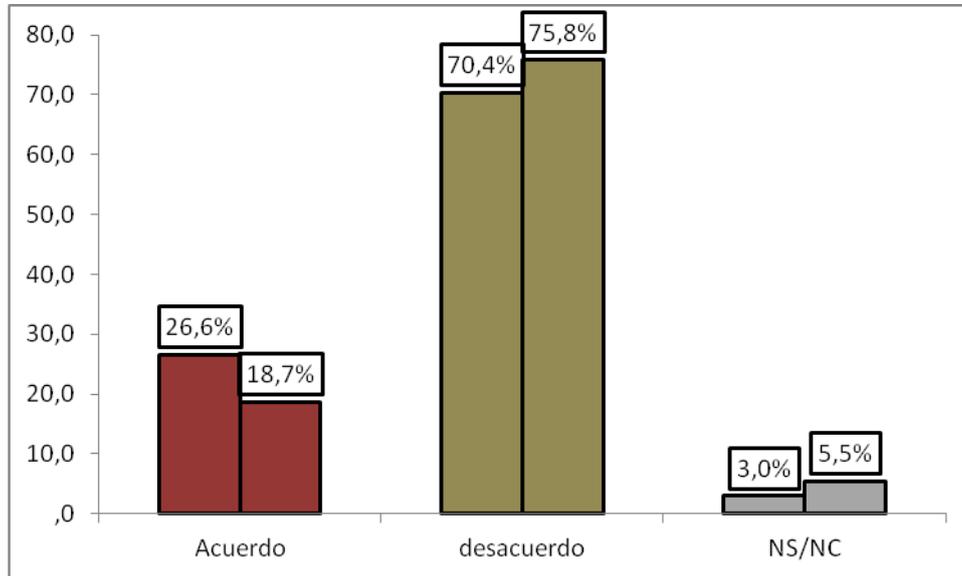


Gráfico 47. Practicar sexo siempre es satisfactorio, placentero y hace sentir a la persona seguro de sí mismo/a

(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

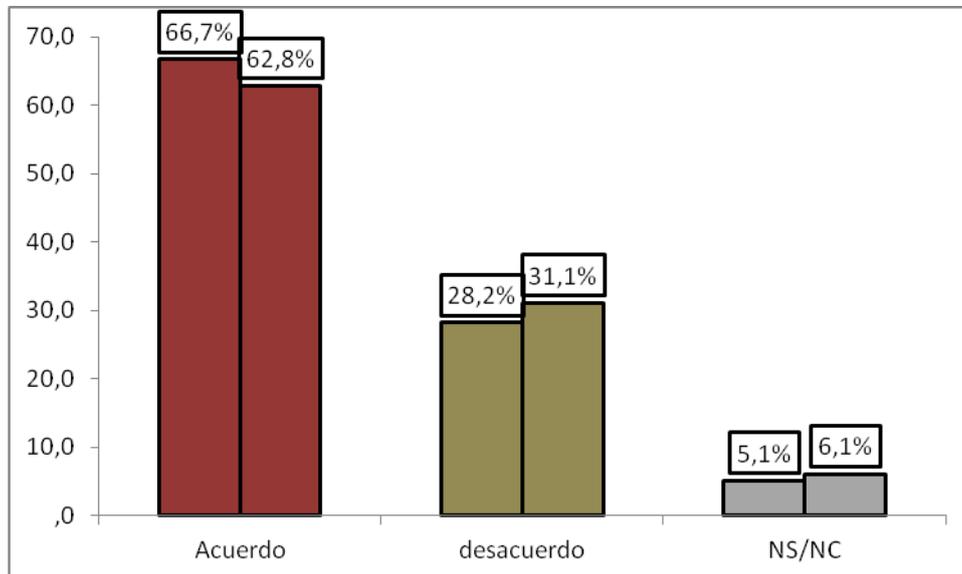


Gráfico 48. La gente joven es la que más rechaza a las personas con VIH
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

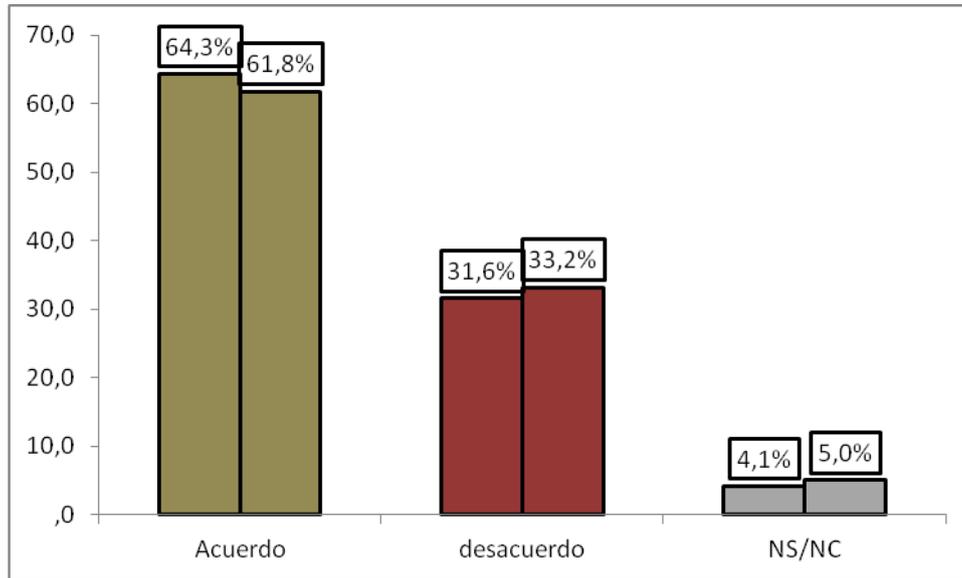


Gráfico 49. El clítoris se puede estimular más fácilmente recibiendo sexo oral en vez de a través de la penetración
(N_{PRE-Test}=507, N_{POST-Test}=476)

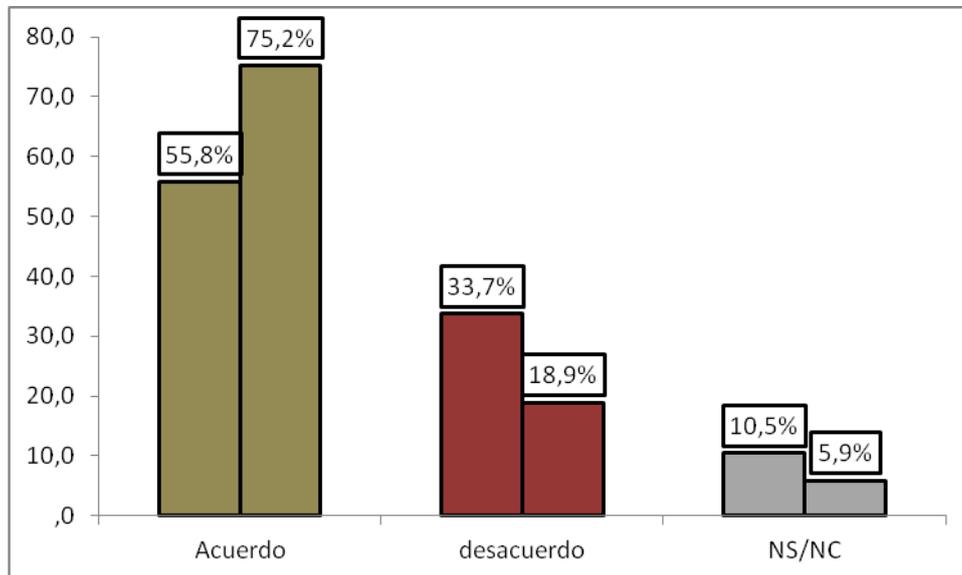


Gráfico 50. Es imposible tener relaciones sexuales sin sentir nada
($N_{PRE-Test}=507$, $N_{POST-Test}=476$)

