



VNiVERSiDAD
D SALAMANCA

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA

TESIS DOCTORAL

INTERVENCION EDUCATIVA EN CONDUCTAS DE
RIESGO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA
POBLACION UNIVERSITARIA DE SALAMANCA

Francisco Javier Corredera Hernández

Salamanca, 2014



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA,
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA,
SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA.

Facultad de Medicina

Campus Miguel de Unamuno

37008 SALAMANCA

D^a. CARMEN LÓPEZ SOSA, PROSESORA CONTRATADA DOCTOR DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA, Y D^a. MONTSERRAT ALONSO SARDÓN, PROFESORA CONTRATADA DOCTOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA, SALUD PÚBLICA Y MICROBIOLOGÍA MÉDICA,

CERTIFICAN:

Que D. FRANCISCO JAVIER CORREDERA HERNÁNDEZ, Licenciado en Medicina, ha realizado bajo nuestra dirección la Tesis Doctoral titulada “Intervención educativa en conductas de riesgo en Salud sexual y reproductiva en la población universitaria de Salamanca”, y que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, originalidad, evidencias científicas, calidad y méritos académicos suficientes para ser presentado como memoria para optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, firman el presente certificado en Salamanca, a 15 de Diciembre de 2014.

Fdo.: C. López Sosa

Fdo.: M. Alonso Sardón

A Berta y a nuestros hijos, Javier, Alejandro, Martina y Gabriela

A mis padres.

Agradecimientos

A los Directores. La Dra. López Sosa confió siempre en mí, mucho tiempo atrás, desde la realización de mis cursos de doctorado. Supongo que fruto de aquello llega la dirección que realiza de este, mi trabajo para conseguir el grado de doctor en medicina. Carmen, eres luchadora y capaz, aparte de tu dirección de tesis me llevo enseñanzas que me valdrán, sin duda, en el devenir de mi vida profesional. Con la Dra. Alonso Sardón la relación académica no se extiende tan atrás, pero igualmente su apoyo ha sido constante y ha depositado en mí unas expectativas que espero hayan encontrado buen fin en este trabajo. Montse tienes una mente clarividente y la empatía ideal para trabajar en un proyecto como éste. Me quedo corto si digo que sin vosotras este trabajo no habría visto la luz.

Muchas gracias a ambas por haber estado ahí y tirado de mí en los momentos necesarios.

A la Universidad de Salamanca y de forma particular a los departamentos que me han permitido realizar este trabajo de investigación. Gracias.

A todos los compañeros, no pocos, que me han ayudado a lo largo de mi trayectoria profesional, muchos amigos más que compañeros. Me marcó el 12 de Octubre de Madrid, tanto a nivel personal como profesional (en lo clínico y en lo académico, porque esto que ahora culmino, ya “ronroneaba” desde entonces). Muchas gracias a todos mis amigos de la Unidad de Endoscopia. Huella me dejó el Hospital Virgen de la Concha de Zamora. ¡Cómo se volcaron conmigo cuando estuve por allí! Salamanca va haciendo impronta en mi camino y desarrollo como médico y como persona. Ayudado siempre por mis compañeros del Servicio de Ginecología del Hospital Universitario de

Salamanca, he podido hacer este trabajo y realizar mi labor asistencia a diario. Muchas gracias a todos.

No querría dejar de mencionar a una de las personas que más me han animado y apoyado en la realización de esta tesis, el Dr. Muñoz Rodríguez, Josema. Apareces aquí como amigo, no como profesor, pero a veces los amigos enseñan más cosas que los profesores. No es un buen momento en lo personal el que estás pasando, y a pesar de eso, siempre pendiente de mí. No te imaginas cuánto me estás enseñando...Muchas Gracias

Por último, mi agradecimiento más profundo a Berta, por su apoyo constante. Sensata, íntegra y honesta, eres una persona y médico extraordinaria. A nuestros cuatro hijos Javier, Alejandro, Martina y Gabriela. Espero algún día poder recompensaros por todo el tiempo que mi actividad profesional nos tiene separados. A mis padres por ayudarme y cuidarme. Soy lo que soy gracias a vosotros.

Muchas gracias.

Índice

Índice	9
Índice de Ilustraciones	13
Índice de Tablas	15
Listado de siglas y acrónimos	17
1 Introducción	19
1.1 Contextualización del Problema de Salud.	21
1.2 Sexualidad y educación en la adolescencia.	23
1.3 Anticoncepción en la adolescencia y el adulto joven. Situación actual.	32
1.3.1 Abstinencia.	35
1.3.2 Métodos naturales.	37
1.3.3 Métodos barrera.	39
1.3.4 Anticoncepción hormonal.	41
1.3.5 Doble método.	47
1.3.6 Anticoncepción de emergencia.	48
1.4 La interrupción voluntaria del embarazo (IVE).	50
1.4.1 La situación actual del IVE.	51
1.5 Infecciones de transmisión sexual (ITS).	54
1.5.1 Epidemiología y Salud Pública.	54
1.5.2 Sífilis e infección gonocócica (IG).	58
1.5.3 Chlamydia Trachomatis.	59
1.5.4 Virus del papiloma humano (HPV).	60
1.5.5 Recomendaciones y actitudes de los jóvenes frente a la vacuna HPV.	62
1.6 Consideraciones finales y justificación del estudio.	67
1.6.1 Factores de peculiaridad.	67

1.6.2	Estadísticas y recomendaciones.	69
1.7	Objetivo e hipótesis.	73
1.7.1	Objetivo general.	73
1.7.2	Objetivos específicos.	73
1.8	Hipótesis	74
1.8.1	Hipótesis de investigación.	74
1.8.2	Hipótesis nula H_0 .	74
1.8.3	Hipótesis alternativa H_a .	74
2	Material y Método	75
2.1	Diseño del estudio.	77
2.2	Ámbito del estudio. Población y muestra.	80
2.2.1	Población diana.	80
2.2.2	Población de estudio.	81
2.2.3	Muestra.	83
2.3	Fuente de información.	84
2.4	Trabajo de campo.	85
2.5	Procesamiento y análisis de los datos.	86
3	Resultados	89
3.1	Datos generales de la muestra.	91
3.2	Conductas sexuales y hábitos de riesgo	94
3.3	Conocimientos sobre anticoncepción.	102
3.4	Conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS).	114
3.5	Información recibida.	127
3.5.1	Conocimientos recibidos en el entorno familiar	127
3.5.2	Información respecto al tipo de centro.	133
4	Discusión	137

4.1	Sobre el Material y Método: Limitaciones del estudio.	139
4.2	Discusión de los resultados: Análisis e interpretación de los resultados.	140
4.2.1	Sobre conductas sexuales y hábitos de riesgo.	140
4.2.2	Sobre conocimientos en anticoncepción.	153
4.2.3	Sobre conocimientos en ITS	171
4.2.4	Sobre la información adquirida fuera de la universidad.	188
5	Conclusiones	191
	Con relación a la muestra y método de estudio.	193
	En relación con las conductas sexuales de los universitarios.	193
	Con relación a los métodos anticonceptivos.	194
	Con relación a las ITS.	195
	En relación con la adopción de roles de género.	195
	Con relación a los universitarios y la educación sexual.	195
	En relación con la intervención educativa en los universitarios.	196
	Propuestas de intervenciones futuras en educación en Salud Sexual:	196
6	Bibliografía	197
7	Anexos	223
	Anexo 1. Cuestionario de Salud Reproductiva	225
8	Glosario	229
	Glosario 1. INJUVE	231
	Glosario 2. Health Behaviour in School-Aged Children(HBSC)	232
	Glosario 3. Equipo Daphne	232
	Glosario 4. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria	232
	Glosario 5. Fund. para la Innov. y la prospectiva en Salud en España. FIPSE	233

**Glosario 6. Grupo de trabajo respecto vacunación HPV. Sociedades científicas
españolas participantes en documento consenso vacunación HPV _____ 234**

Índice de ilustraciones

Ilustración 1.1. Número absoluto IVE y año.....	51
Ilustración 1.2. Tasas de IVE por mil mujeres en cada grupo de edad. España 2003-2012.	52
Ilustración 1.3. IVE 2012 España por rangos de edad.....	52
Ilustración 1.4. Número de IVE en 2012 según métodos anticonceptivos.....	53
Ilustración 1.5. Evolutivo en tasa% casos sífilis y gonorrea España 1995-2010.	59
Ilustración 3.1 Distribución de la muestra según la edición del curso en el que han participado.....	91
Ilustración 3.2 Distribución de la muestra según género.....	91
Ilustración 3.3. Histograma de distribución por edades de la muestra.	92
Ilustración 3.4. Distribución del alumno según rama del conocimiento	93
Ilustración 3.5. ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con penetración?.....	94
Ilustración 3.6. Edad de inicio de la primea vez.	95
Ilustración 3.7. Utilizaste método anticonceptivo la primera vez.	96
Ilustración 3.8. Métodos anticonceptivos utilizados la primera vez.	96
Ilustración 3.9. Acerca de la primera vez.	97
Ilustración 3.10. Cuando mantienes relaciones sexuales lo haces por.....	98
Ilustración 3.11. Tipo de relaciones sexuales actuales.....	99
Ilustración 3.12. Adherencia al método anticonceptivo en las relaciones coitales.....	100
Ilustración 3.13. Qué método anticonceptivo conoces.	102
Ilustración 3.14. ¿La definición siguiente es correcta?	103
Ilustración 3.15. Asociación rama del conocimiento con el concepto de óvulos vaginales (postest).	110
Ilustración 3.16. Asociación rama del conocimiento con el concepto implantes (postest).....	111
Ilustración 3.17. Asociación rama del conocimiento con el concepto esponja anticonceptiva (postest).	111
Ilustración 3.18. Asociación rama del conocimiento con identificar “DIU: artefacto de ...” como Verdader/Falso (postest).	112
Ilustración 3.19. Asociación rama del conocimiento con identificar “RU-486: píldora postcoital” como Verdadero/Falso (postest).	113
Ilustración 3.20. Cuáles de estas enfermedades se pueden transmitir sexualmente (C.1.).	114
Ilustración 3.21. Estudio descriptivo PRETEST-POSTEST	115
Ilustración 3.22. Acerca del Papilomavirus.	116
Ilustración 3.23. Prácticas sexuales que pueden dar lugar a una ITS (C.3.)	119

Ilustración 3.24. <i>Métodos preventivos de las ITS</i>	121
Ilustración 3.25. <i>Asociación rama del conocimiento con la transmisión bucal del HPV (postest)</i>	126
Ilustración 3.26. <i>Asociación rama de conocimiento con la transmisión anal del HPV (postest)</i>	126
Ilustración 3.27. <i>Asociación rama del conocimiento con el concepto de que el HPV afecta tanto a hombres como a mujeres (postest)</i>	127
Ilustración 3.28. <i>Conocimientos recibidos en el entorno familiar</i>	128
Ilustración 3.29. <i>Conocimientos recibidos en el entorno familiar. ¿Son suficientes?</i>	128
Ilustración 3.30. <i>Conocimientos recibidos en el colegio/escuela</i>	129
Ilustración 3.31. <i>Conocimientos recibidos en el colegio/escuela. ¿Son suficientes?</i>	129
Ilustración 3.32. <i>Descriptivo de la procedencia en cuanto a tipo de centro educativo de la población estudiada</i>	133

Índice de Tablas

Tabla 1.1 HBSC 2010 para España. Haber mantenido relaciones sexuales por sexo y edad.....	26
Tabla 1.2 HBSC 2010. Comparativo edad inicio relaciones sexuales 2002-2006-2010.....	26
Tabla 2.1 Ventajas e inconvenientes de estudios Cuasi-experimentales	79
Tabla 2.2 Nº Total de estudiantes de Grado y Titulaciones no adaptadas impartidas en la USAL.....	81
Tabla 3.1 El método anticonceptivo que uso es... ..	101
Tabla 3.2 Análisis uni-bivariante ante la pregunta ¿qué métodos anticonceptivos conoces?	104
Tabla 3.3 Análisis uni-bi variante sobre la veracidad o no de determinadas afirmaciones.	106
Tabla 3.4 Estudio de asociación entre RAMA-CONOCIMIENTOS ANTIC (Chi-cuadrado de P.).....	109
Tabla 3.5 Estudio descrip. de frec. (univariante) y de asociación PRETEST-POSTEST (bivariante) acerca de las enfermedades que se transmiten via sexual	116
Tabla 3.6 Estudio descrip. de frec. (univariante) y de asociación PRETEST-POSTEST (bivariante) acerca del papilomavirus.	118
Tabla 3.7 Estudio descrip. de frec. (univariante) y de asociación PRETEST-POSTEST (bivariante) sobre Cuáles de estas prácticas pueden dar lugar a una ITS.	120
Tabla 3.8 Estudio descrip. de frec. (univariante) y de asociación PRETEST-POSTEST (bivariante) sobre cuáles de estos métodos evitan la ITS.....	122
Tabla 3.9 Estudio de la asociación Rama del conocimiento-conocimiento ITS.	124
Tabla 3.10 Estudio de asociación CONOCIMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS-AMBITO DE LA INFORMACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN(A. bivariante).	129
Tabla 3.11 Estudio de asociación CONOCIMIENTOS PREVIOS RECIBIDOS-AMBITO DE LA INFORMACIÓN SOBRE ITS (A. bivariante).	131
Tabla 3.12 Estudio de asociación TIPO DE CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES-CONOCIMIENTOS (A. bivariante).....	134
Tabla 3.13 Estudio de asociación TIPO DE CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES-CONOCIMIENTOS (A. bivariante).....	135
Tabla 4.1 HBSC 2002-2006-2010. Edad inicio de relaciones sexuales. Tabla de porcentajes.	141

Acrónimos

Por orden de aparición

INJUVE: Instituto de la Juventud.

ITS: Infección de Transmisión Sexual.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo.

HBSC: Health Behaviour in School aged Children.

E. Daphne: Equipo Daphne.

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists.

EE.UU: Estados Unidos.

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

PF: Preservativo Femenino.

ENSS: Encuesta Nacional Salud Sexual.

CIMOP: Comunicación, Imagen, Opinión Pública.

AOC: Anticoncepción Oral Combinada.

FDA: Food and Drug Administration.

LNG: Levonorgestrel.

APC: Anticoncepción Postcoital.

IVE: Interrupción Voluntaria del Embarazo.

EDO: Enfermedad Declaración Obligatoria.

HPV: Human Papilloma Virus.

IgAs: Inmunoglobulina A secretora.

SIM: Sistema Información Microbiológica.

CC.AA: Comunidades Autónomas.

IG: Infección Gonocócica.

CT: Chlamydia Trachomatis.

FIPSE: Fundación Investigación y Prevención Sida España, antes y ahora,
Fundación Investigación y Prospectiva de la salud España.

USAL: Universidad de Salamanca

UU.PP: Universidades Públicas.

IC: Intervalo de confianza.

OR: Odds Ratio.

SEC: Sociedad Española de Contracepción.

NS/NC: No sabe/No Contesta.

1 *Introducción*

1.1 Contextualización del Problema de Salud.

Leyendo a los clásicos podemos pensar que la vida no ha cambiado prácticamente nada.

"Los jóvenes de hoy no parecen tener respeto alguno por el pasado ni esperanza ninguna para lo porvenir." Hipócrates.

"Los jóvenes hoy en día son unos tiranos. Contradicen a sus padres, devoran su comida, y le faltan al respeto a sus maestros." Sócrates.

"Los jóvenes de hoy aman el lujo, tienen manías y desprecian la autoridad. Responden a sus padres, cruzan las piernas y tiranizan a sus maestros." Sócrates.

En cambio, leyendo a autores del siglo XX podemos llegar a pensar que nada es lo que era *"Pero es que, amigos míos, la vida ha dado muchas vueltas. En mi adolescencia, a los doce o trece años, hablábamos en voz baja, de cómo se hacen los niños. Hoy, a la misma edad, los adolescentes hablan, en voz alta, de cómo no se hacen."* Carlos Fisas.

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín *adolescencia*, compuesta por el sufijo *ad* (hacia) y *alere* (nutrir, criar, y el sufijo *ia* (cualidad). Adolescente deriva de *adolescere* (crecer o desarrollarse hacia la madurez), cuyo participio activo es *adolescens* (hombre joven).

La vigésimo primera edición del diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término "adolescencia" como "edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta el completo desarrollo del organismo". Para la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), a la que se adhiere la Sociedad

Española de Medicina del Adolescente integrada en la Asociación Española de Pediatría, la adolescencia es el período de la vida durante el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la vida adulta y consolida la independencia socioeconómica, estableciendo sus límites entre los 10 y 19 años de edad (asociación española de pediatría de atención primaria 2003, declaración de Santiago de Compostela sobre la atención al adolescente 1999) (1).

El concepto moderno de adolescencia es antropológico y sociológico, perspectiva que ha superado los clásicos ejes que tomaban como referencia segmentos etarios cerrados o cambios exclusivamente somáticos. En la cultura española contemporánea (se puede aplicar a toda la cultura occidental moderna), los aspectos relacionados con el comportamiento se consideran tan importantes como los físicos (Neinstein et al) (2).

Para el informe del Instituto de la Juventud (en adelante INJUVE) en su publicación del 2012 (3) el periodo durante el cual una persona es considerada "joven" difiere entre países y en función del contexto nacional, del desarrollo económico o de la propia cultura juvenil. La mayoría de los investigadores coinciden en subrayar que el periodo de la juventud está marcado por procesos transicionales claves tales como la adquisición de la independencia económica, la independencia residencial, la formación de la propia familia y la integración en el mercado laboral.

La sexualidad se considera un fenómeno multidimensional, que afecta a aspectos sociales, psicológicos, biológicos, culturales, y cuya consecuencia no afecta única y exclusivamente al coito, sino a una serie de pensamientos, sentimientos y sensibilidades, que interfieren en la relación del día a día. Por ello podemos considerar a la sexualidad, como una expresión psicológica y social de los individuos en el seno de una cultura y un momento determinado (Reina et al) (4).

El estudio de la sexualidad es complejo tanto desde el punto de vista de la salud, como por los factores socio-culturales que el mismo acarrea. Dificultad que se incrementa en la adolescencia y el adulto joven.

El objetivo de las intervenciones sobre la salud sexual de los adolescentes es mejorar la calidad de sus relaciones sexuales, tanto las actuales como las futuras en su vida adulta, así como reducir las consecuencias adversas del comportamiento sexual, como son, principalmente embarazos no deseados y adquisición de infecciones de transmisión sexual (en adelante ITS) (1, 5). La vía principal para ello en el adolescente es incidir en lo vital que es la abstinencia en edades tempranas, y de este modo retrasar el inicio de las relaciones sexuales. En tanto en cuanto esta precocidad sexual se relaciona (como veremos más adelante) con el número de parejas sexuales, y otras conductas de riesgo, es clave incidir en este punto a la hora de diseñar programas de educación sexual.

1.2 Sexualidad y educación en la adolescencia.

Comenzaremos por aclarar varios términos. La adolescencia es un periodo crítico en el desarrollo, en el que debemos adoptar numerosas y fundamentales actuaciones en el contexto del correcto devenir del desarrollo saludable del individuo. De tal forma que esto repercutirá de forma directa en la salud y bienestar en etapas posteriores de la vida. Etapas estas, en las que la posibilidad y éxito de una actuación sobre determinadas conductas está muy limitada (Jackson et al) (6).

Un 9,43% de la población española se encuentra en el periodo de la vida que la OMS define como «adolescencia», y que divide en dos fases: una adolescencia temprana, de 10 a 14 años de edad, y otra adolescencia tardía, de 15 a 19 años de edad (Rodríguez Carrión et al) (7).

El término sexualidad genera gran confusión conceptual en la población general. Es usado de igual forma en ocasiones que nos queremos referir a la genitalidad, afectividad o a las relaciones coitales. La sexualidad es la manera en que cada persona tiene de vivir “el hecho de ser sexuado” (Amezúa) (8).

El proceso de sexuación se refiere a construirse como hombre o como mujer. Se inicia en la fecundación y no acabará hasta la muerte. En este proceso se van concatenando toda una serie de niveles o estructuras que progresivamente van sexuando al individuo. Concluyendo en dos resultados; hombre o mujer, con muchos matices debido a la gran cantidad de niveles que intervienen en el proceso. Dentro de toda la escala de color que va del extremo “hombre” al extremo “mujer”, cada cual se sitúa en un punto intermedio de esa continuidad. Toda esta serie de factores que van influyendo en nuestra sexuación nos hace ser entes únicos e irrepetibles desde este punto de vista. Esto debe ser tenido muy en cuenta a la hora de trabajar en programas de educación sexual.

Por lo tanto, la sexualidad es algo subjetivo. Es el modo en que *yo vivo* hecho sexuado. De lo que se alimenta es de las vivencias. En este punto la intervención educativa debe ir orientada a que cada individuo se conozca y se acepte como es, para poder trabajar sobre su educación a nivel general y sexual.

El erotismo, es la forma concreta que tiene cada persona de expresar sus conductas sexuales. En este punto entran en juego muchos factores entre ellos los propios valores y creencias del individuo en sí. La intervención educativa debe ir encaminada a que cada uno se sienta bien con su forma de expresar la sexualidad, con los límites a que obliga el respeto al otro. Es decir, educar en la amatoria o *arts amandi* (poema de Ovidio) sería enseñar las técnicas que permiten ejercer las conductas

sexuales sin riesgo para uno ni la sociedad en la que habita. De forma esquemática podríamos resumir estos conceptos en:

- El sexo, algo que se *es* dentro de un proceso de sexuación (biopsicosocial).
- Sexualidad, conjunto acerca de lo que se siente influenciado por las vivencias.
- El erotismo es el deseo.
- La amatoria o *arts amandi*, lo que se hace, la conducta.

Los derechos sexuales son un conjunto de derechos en evolución relacionados con la sexualidad, que contribuyen a la libertad, igualdad y dignidad de todas las personas, y que no pueden ser ignorados. Están englobados dentro del conjunto de los derechos humanos. Tenemos que perseverar, ser inflexibles y apasionados en nuestros esfuerzos por reducir el estigma y mejorar el acceso a los servicios, así como para aumentar el reconocimiento de la sexualidad como aspecto positivo de la vida humana (declaración IPPF).

En los estudios a que haremos referencia, se está observando un claro descenso en la edad a la que los jóvenes inician las relaciones sexuales. Son muchos los trabajos e informes, a nivel nacional como internacional (posteriormente se desarrollarán), en los que se refleja esta tendencia.

Un reflejo de lo expresado está en las estadísticas del informe de *Health Behaviour in School-Aged Children* (en adelante HBSC) de la OMS en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo (en adelante MSC). Según los datos del estudio sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud de 2010 (9), el 36,5% de los varones refiere haber tenido relaciones sexuales, frente al 32,8 de las mujeres a la misma edad. Por edades, a los 15-16 años un 21% de los adolescentes habían iniciado actividad

sexual, mientras que a los 17-18 años referían haber iniciado las relaciones sexuales un 52,4%.

	Total		Sexo		Edad	
			Chico	Chica	15-16 años	17-18 años
	Muestra	%	%	%	%	%
Si	1405	34,6	36,5	32,8	21,4	52,4
No	2656	65,4	63,5	67,2	78,6	47,6

Tabla 1.1. HBSC 2010 para España. Haber mantenido relaciones sexuales por sexo y edad

Además, de entre los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales completas, más del 44% asegura haberlas tenido con más de una pareja.

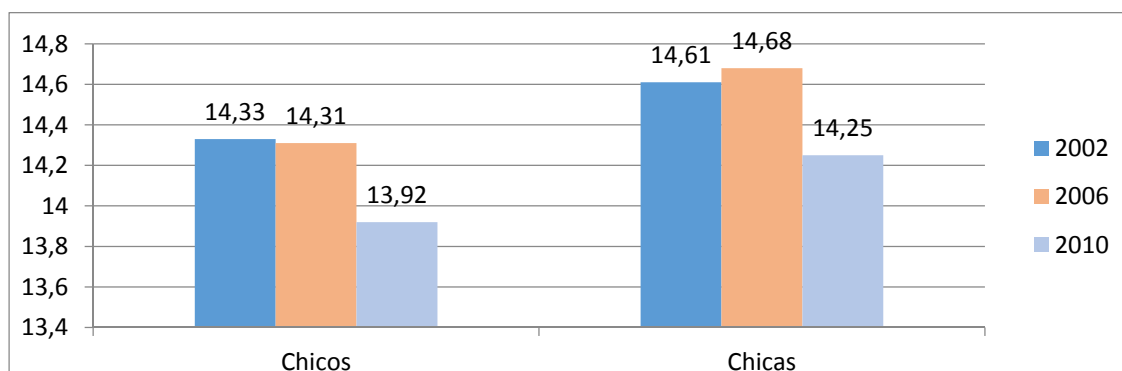


Tabla 1.2. HBSC 2010. Comparativo edad inicio relaciones sexuales 2002-2006-2010.

La tabla 1.2 muestra la edad media de inicio de las relaciones sexuales completas en aquellos adolescentes de 15-18 años que refieren haber tenido relaciones sexuales según el comparativo de HBSC publicado en 2010 (comparativo desde 2002-2010).

Los resultados de los Informes de la Juventud en España confirman estas tendencias aunque, al incluir grupos de edades diferentes y aplicar distinta metodología no coincidan exactamente los datos.

En otros estudios, como los llevados a cabo por Hidalgo, en el año 2000 (10), presenta una edad de inicio de 15,4 años en los chicos y 16,1 años en las chicas. Posteriormente Moreno et al (11) observan una edad de inicio de 15,33 años para ellos y 15,52 para ellas. Más recientemente, Teva et al en el 2009 (12) fijaban para los chicos 14,8 años como edad de inicio, y 15 años para las chicas.

Esta precocidad es en sí una conducta de riesgo, y se ha visto que está asociada con que los jóvenes tengan un mayor número de parejas, con que tengan relaciones no planificadas, y múltiples parejas ocasionales (Glasier et al 2006) (13). Según informan Li et al (14) en un estudio publicado recientemente (septiembre 2014), a medida que se adelanta el inicio de las relaciones sexuales, más probable es que no se use en ese primer encuentro el preservativo, y que pasado un año el uso consistente del mismo sea menor. Por ello, establecen que el inicio precoz de las relaciones es un factor de riesgo para ITS y gestaciones no deseadas. En la misma línea se posicionan (Schofield et al (15), Teva et al (12), Cohen et al (16), Flannery et al (17)). De igual forma, la ausencia de control sobre el adolescente es un factor de riesgo para la adopción de conductas no saludables (18). En relación a lo anteriormente comentado, hay estudios que refieren una relevante importancia a la información desde el núcleo familiar a la hora de conseguir tan anhelado retraso en la actividad sexual por parte del adolescente (Jaccard et al (19), Romer et al (20), Dittus et al (21)).

Junto a todo lo anterior, el embarazo no deseado es otro riesgo relacionado con la precocidad sexual (Alonso et al) (22). El Observatorio de Salud Reproductiva del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (23) señala que, en los últimos 10 años,

se ha producido un aumento continuo del número de embarazos en la adolescencia, de manera que en la población de 15 a 19 años de edad la tasa de embarazos por mil mujeres ha pasado de 15,12 en 1999 a 24,21 en 2009. Algo similar ha ocurrido con la tasa de fecundidad para este grupo de edad, que en España era de 8,54 en 1999 y ascendió a 11,78 en 2009. Esta situación llevó aparejado un incremento, en este rango de edad, en la proporción de embarazos no deseados, que pasaron del 95,35 por mil en 1999 al 98,15 por mil en 2009, y la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo (en adelante IVE) por cada mil mujeres de 15 a 19 años de edad pasó de 7,49 en el año 2000 a 12,95 en 2012 (Informe IVE 2012) (24).

En España en el año 2010, el número de partos de madres de 19 años o menos fue de 11.738 (23) frente a un número de IVE en el mismo periodo de edad que fue 14.122 (19 años o menos). Según el informe IVE 2012 (24), en ese año, el número de abortos es de 13.658 y el de nacimientos es de 7.724 para ese rango etario. Pero lo interesante es que ha aumentado el número de gestantes menores o iguales de 15 años lo que demuestra es que el acceso a conductas sexuales de riesgo es cada vez a edades más tempranas (Estudio grupo Daphne 2011. En adelante E. Daphne) (25). Según este equipo los condicionantes socio-demográficos que inciden sobre el aborto hacen que pueda resultar paradójico el hecho de que el incremento en el uso de métodos eficaces haya ido acompañado del aumento de la tasa de interrupciones voluntarias del embarazo. Para E. Daphne hay muchos factores que intervienen en esta realidad, entre ellos los cambios demográficos (con la llegada de la inmigración entre otros) que se han producido en ese decenio, y la normalización y mejora de la accesibilidad de la población al aborto.

El modelo de educación integral en sexualidad se basa en un concepto positivo de salud, entendida como bienestar y promoción de la misma. Aborda la sexualidad

desde el punto de vista biopsicosocial. La OMS (Génève 2012) define la educación sexual como una actividad pedagógica que utiliza información rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, psíquico y social para formar en sexualidad, entendiendo ésta como comunicación, fuente de salud, placer y afectividad.

Los planes de estudio sobre salud sexual y reproductiva para jóvenes, deben tener como objetivo promover una nueva cultura de salud sexual. Basada ésta en: los derechos humanos, el ejercicio libre, informado y placentero de las sexualidades, en la convivencia y diálogo de las diversidades, así como en el aprecio entre las personas y en la creatividad resultante de todo ello. Se debe garantizar para todos el acceso a servicios incluyentes de salud sexual y reproductiva con calidad y calidez (Aguilar et al 2008) (26). Estos programas deben llevarse a cabo desde el nivel escolar, comunitario y desde las instituciones públicas sanitarias.

En este punto tenemos una guía ya desde el 2001 cuando la Academia Americana de Pediatría (27) elaboró en un documento sobre la educación sexual a niños, niñas y adolescentes en el que hace una serie de recomendaciones para la consulta de pediatría:

1. Integrar la educación sexual en la práctica clínica habitual y situarla en una perspectiva de continuidad desde la primera infancia hasta la adolescencia, sin pretender en ningún caso imponer valores en la familia.

2. Animar a las familias a tratar con sus hijos e hijas los temas relacionados con la sexualidad, sin eludir respuestas y en términos apropiados al nivel de desarrollo de cada niño o cada niña.

3. Proporcionar educación sexual que respete la confidencialidad y reconozca los valores y creencias del niño de la familia.

4. Suministrar consejo específico, confidencial, así como sensible a las diferencias culturales y sin prejuicios sobre las cuestiones clave de la sexualidad.

5. Consejo e información sobre recursos para niños, niñas y adolescentes con necesidades específicas.

7. Participar y colaborar en programas escolares de educación sexual.

8. Trabajar con las autoridades sanitarias locales en la planificación de estrategias comunitarias para reducir la tasa de actividades sexuales de riesgo.

Los jóvenes tienen derecho a recibir información, después tomar decisiones y llevar a cabo conductas que promuevan su bienestar sexual (López en La educación sexual 2005 (28)): “... *Los padres de los menores tienen el deber de educarlos y tutelarlos*”, educarlos supone, responder a sus preguntas, ofrecerles informaciones básicas acerca de la sexualidad, ser modelos de relaciones interpersonales, darles consejos y prestarles ayuda.

Por otra parte la OMS establece explícitamente la necesidad del apoyo del adulto en la educación sexual, para prevenir conductas de riesgo. De hecho, hay grupos que preconizan la implantación de estándares de formación en educación sexual, para regular y mejorar al docente encargado de trabajar con el adolescente y adulto joven (Barr et al 2014) (29).

Es necesario dirigir una educación integral en sexualidad para jóvenes, que sea apropiada y sensible a su edad, antes de que lleguen a ser sexualmente activos (30). Contrariamente a la preocupación de que al proporcionar información sexual se podría incitar a los jóvenes a iniciar su actividad sexual y mostrar una conducta irresponsable, las investigaciones demuestran que la educación sexual conduce a un retraso en la

iniciación del coito, a una reducción del número de parejas, y a un aumento del uso de preservativos y otros anticonceptivos (31, 32). Los contenidos en este tipo de información deberían incluir conocimientos sobre nuestro cuerpo y nuestros afectos, funciones de la sexualidad, cambios en nuestra anatomía y fisiología así como tratar temas sobre la pubertad, la respuesta sexual humana, identidad sexual y rol de género, los riesgos asociados a la actividad sexual no protegida, la anticoncepción y las relaciones interpersonales (28). Los jóvenes independientemente de su actividad sexual, desean sentirse a gusto respecto a su propio cuerpo y a su sexualidad.

Debemos recordar que es básico desde los servicios de atención primaria dar prioridad a las actividades de promoción de la salud, y en ocasiones es necesario salir de las consultas para ser verdaderos promotores de salud y realizar trabajo comunitario. Se debería proporcionar más recursos para formación en sexualidad a los profesionales de la educación y de la sanidad. Debido al cambio social que están viviendo los adolescentes, la información y promoción de la salud a través de actividades de educación afectivo-sexual, cada vez adquieren más importancia. Se debería potenciar e incentivar estas actividades desde las instituciones (33).

A pesar de todas esas declaraciones, recomendaciones y estudios que aconsejan la educación sexual, hemos de decir que la revisión llevada a cabo en los planes de estudio de nuestros niños y adolescentes nos muestra que la educación sexual no está presente como tal, sino que se diluye en la transversalidad perteneciendo a diferentes campos como la biología, la religión, sociales, etc. es llamativo así mismo que la docencia universitaria (34) tampoco aborde de modo sistemático la formación en esta temática ni en las ciencias educativas ni en las de la salud.

1.3 Anticoncepción en la adolescencia y el adulto joven. Situación actual.

A pesar del reciente descenso en la tasa de embarazos en adolescencia y adulto joven en Estados Unidos (en adelante EE.UU), aún sigue siendo un 50% superior a las cifras que presentan en Europa y Canadá (35). Según publican DiCenso et al (36) en el *British Medical Journal* del 2002 podemos encontrarnos cifras tan dispares de embarazo adolescente que van desde las 93 por cada mil en EE.UU hasta las 8,1 por mil referentes a Holanda. De ahí que el uso de la anticoncepción adecuada sea especialmente importante en los adolescentes. A medida que el individuo madura y se vuelve capaz de reproducirse, según Lara-Torre et al 2009 (37), las visitas al médico deberían incluir el asesoramiento sobre los métodos adecuados de control de la natalidad dirigidos a las necesidades del adolescente y su capacidad de mejorar su cumplimiento.

El *Youth Risk Behavior Surveillance System* publicado en el 2008 (38), realiza una encuesta a más de 14.000 estudiantes de secundaria en Columbia (EE.UU), en base a la cual se refuerza la necesidad de detenerse en informar sobre anticoncepción como parte fundamental en la salud del adolescente. Las visitas preventivas son una gran oportunidad para discutir la anticoncepción incluso antes del inicio de la actividad sexual ya que esta información no da lugar a una mayor tasa de actividad sexual, ni fomenta un inicio más precoz de la primera relación sexual ni con un mayor número de parejas. Por el contrario, si el adolescente percibe que existe un obstáculo para obtener la anticoncepción, es más probable que tenga unos resultados negativos relacionados con la actividad sexual (39). En relación con esto, el *American College of Obstetricians and Gynecologists* 2014 (en adelante ACOG) (40) en *The initial reproductive health visit* ha publicado la recomendación de que la primera visita preventiva al ginecólogo debería ocurrir entre los 13 y los 15 años de edad. La visita inicial en salud reproductiva ofrece una excelente oportunidad para que el ginecólogo comience la relación médico-

paciente, crear confianza, y aconsejar a los pacientes y los padres con respecto al comportamiento saludable, mientras que disipa los mitos y temores.

Según la 3ª encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud española 2009 (41) realizadas por el E. Daphne, el 97% de los varones y el 92% de las mujeres adolescentes refieren usar algún método anticonceptivo. El más utilizado es el preservativo, seguido de la píldora y la inmensa mayoría de las veces por iniciativa propia. Este grupo de trabajo presenta un dato que consideramos importante, y es el hecho de que el 26% de los varones y el 33% de las mujeres conocen el doble método (método barrera junto a otro normalmente de tipo hormonal), con hasta un 79% de aceptación alta o muy alta. Por otro lado, los pocos (entorno al 5%) jóvenes que refieren no usar ningún método anticonceptivo lo justifican por lo imprevisto de la relación. Más son los que dicen no haber utilizado método alguno de forma puntual (40%), aun sabiendo que esto implica riesgo de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual.

Como se comenta a lo largo de este trabajo en varias citas, el estado de euforia por el consumo de alcohol-drogas (en un 7%) y la imprevisibilidad de la situación (10%) son algunos de los argumentos esgrimidos por la población adolescente a la hora de asumir estos riesgos. Hay que detenerse un momento y analizar la pregunta sobre el uso o no de métodos anticonceptivos. Cuando nos referimos a usar un método anticonceptivo, no es lo mismo hablar de si se usó de forma puntual, en este caso se aproximaría al 100%, que hablar de si se usa siempre, en tal caso la respuesta sería un porcentaje mucho menor. El INJUVE 2012 (3) presenta unas cifras de uso de anticonceptivo en la última relación sexual del 81,7% (80,7% varones y 82,7 en mujeres). E. Daphne en el 2011 (25) ante la pregunta “¿usas algún método anticonceptivo?” encuentra un 75% de respuestas afirmativas.

Según la última encuesta del HBSC en el 2010 (9) los chicos más jóvenes (15-16 años) presentan conductas menos seguras, el 25,9 % no usaron preservativo en su última relación sexual (similar a INJUVE 2012 (3), que el 25,3% de los comprendidos entre 15-19 años alguna vez no había usado preservativo). Los chicos disminuyen el porcentaje de uso en el grupo de 17-18 años al contrario de las chicas. El 6,6% de los comprendidos entre 15-16 años usó la píldora en su último coito, el 16,9% a los 17-18 años. Las cifras para la marcha atrás en la última relación coital son de 11% y 12,2% para los grupos etarios del 15-16 años y 17-18 años respectivamente.

Estas conductas de riesgo nos llevan a embarazos no deseados e ITS. En cuanto a los embarazos no deseados, INJUVE 2012 (3), nos muestra que el 8,3% de los jóvenes de 15-19 años bien ha tenido un embarazo no deseado o prefiere no contestar (5,5% lo ha tenido, 2,8 no contesta). En relación a que cuanto más jóvenes son, más riesgos toman, vemos que esta misma encuesta nacional nos presenta cifras ligeramente menores de embarazo no deseado en la población de 20-24 años (posiblemente no significativo, pero sí existe esa tendencia). Un 4,4% contesta que sí ha tenido un embarazo no deseado y un 2 % prefiere no contestar. Estas reservas a la hora de responder, pueden deberse a innumerables causas, pero tocando temas tan controvertidos, entendemos que pueden tener un valor y un trasfondo determinado. La edad media a la que tuvieron la gestación fue a los 20,3 años (teniendo en cuenta los encuestados de edades entre 15-29 años). Si analizamos por edades, los de 15-19 años a los 16,5 años, los de 20-24 años a los 18,4 y los del grupo de edad comprendido entre 25 y 29 años a los 21,7 años.

Hay muchas formas de clasificar los métodos de planificación familiar o métodos anticonceptivos. En función de su reversibilidad o no, en función de sus compuestos hormonales o no, si es de forma continua previo a la relación o postcoital. El objetivo de

nuestro estudio no es el detallar estos métodos, pero consideramos oportuno dar unas pinceladas sobre algunos. Trataremos varios, tanto aquellos que, mejor se pueden adaptar al periodo de la vida de nuestra población a estudio, como aquellos que sin ser los más recomendados como anticoncepción programada (nos referimos a la anticoncepción postcoital), sí son una herramienta para luchar contra uno de los graves problemas para la salud sexual de los jóvenes, como es el embarazo no deseado. Por ello, abordaremos un “pull” que van desde la abstinencia sexual (en cuanto a penetración se refiere) enfocada en lo importante de retrasar el inicio de las relaciones sexuales, vital conseguir como veremos en los grupos de edades más jóvenes. Abordaremos los métodos naturales que muchas veces los jóvenes usan, y sobre los que es fundamental que manejen información adecuada, no por lo recomendable que pueda ser en el joven, sino por las graves consecuencias de una mala praxis, y lo fácil que puede ser llegar a ella con este tipo de prácticas. Trataremos también los métodos barrera, fundamentales para evitar la gestación y la transmisión de enfermedades. Para finalizar, los archiconocidos métodos hormonales y el doble método, como base y pilar de la anticoncepción en jóvenes, concluyendo con la anticoncepción postcoital o de emergencia.

1.3.1 Abstinencia.

Se puede pensar que la abstinencia, una vez conseguida, es la forma más fiable del control de la natalidad. Según la asociación española de pediatría, y autores como DiCenso et al los resultados podrían no ser los esperados (36). La ACOG (37) presenta sus recomendaciones en relación a que la primera visita preventiva al ginecólogo debería ocurrir entre los 13 y los 15 años de edad. Según esta sociedad, el tiempo que pasan con el profesional les da a las adolescentes la oportunidad de identificar los factores de riesgo y los desafíos que pueden sobrevenir antes de comenzar la

anticoncepción, tanto hormonal como no hormonal, además de que promueve la abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales.

Durante la primera parte de la pasada década, la administración de EE.UU hizo énfasis en educar sólo sobre la abstinencia para prevenir el embarazo. A pesar de la línea adoptada en aquel momento, autores como Bennett et al (42) publican una revisión en el que el objetivo fue comparar la efectividad de los programas de prevención del embarazo con sólo la abstinencia en escuelas secundarias, con los programas que le agregan la abstinencia información sobre métodos anticonceptivos. Dada la heterogeneidad de los estudios revisados no llegan a ninguna conclusión, pero sí se describe la posibilidad y la tendencia del mayor uso de preservativo en los grupos a los que se les educa en métodos de planificación y prevención de las ITS frente a los que sólo se informa de la abstinencia. Los datos siguen confirmando esa tendencia, apoyando y corroborando el beneficio de una educación sexual completa, sin centrarse única y exclusivamente en la abstinencia sexual (43, 44). Se observa, de hecho, más embarazos no deseados en grupo de jóvenes en los que no se lleva a cabo educación sexual o se educa en la abstinencia exclusivamente, que en aquellos en los que sí se hace. A aquellos que elijan este método hay que animarles y recordarles las ventajas en relación a la reducción en el riesgo de embarazo y de ITS, este apoyo siempre desde un correcto programa de educación sexual.

Underhill et al (45) en relación con lo anterior, y tras examinar 13 estudios elaborados en EE.UU con 15.940 jóvenes de edades comprendidas entre los 10 y los 21 años, reflejan como las iniciativas para promover la abstinencia sexual no consiguen retrasar la edad en la que los adolescentes se inician en las relaciones sexuales con penetración, ni tienen incidencia en el número de parejas sexuales. Concluyendo que los programas de abstinencia sexual no funcionan “porque no proporcionan educación

sexual para que los jóvenes que optan por tener relaciones sepan cómo protegerse adecuadamente”.

La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (en adelante SEGO) refiere, en la línea de lo comentado anteriormente, que, la abstinencia es la forma más eficaz para prevenir el embarazo y las ITS. En este sentido, debemos ser precavidos, porque estas campañas que promueven la abstinencia al igual que pueden retrasar las primeras relaciones sexuales de los jóvenes, se ha comprobado también que pueden aumentar el riesgo de tener relaciones sin protección cuando los adolescentes inician su vida sexual (46). No existen aún evidencias sobre la efectividad de estos programas; no se han encontrado diferencias significativas en la tasa de embarazo ni en la frecuencia de relaciones sexuales. Si un adolescente decide hacerse sexualmente activo, una vez habiendo sido abstinentes, debe ser aconsejado sobre opciones anticonceptivas eficaces y animarle al empleo del preservativo, independientemente del uso de otro método anticonceptivo.

1.3.2 Métodos naturales.

Este tipo de métodos trata de evitar la gestación sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan, como sabemos:

- Ogino-Knaus, está basado en la abstinencia en los momentos de máxima fertilidad fisiológica. Según el control de los últimos 12 ciclos, se estimará los días fértiles de la mujer en los que se asumirá una conducta abstinentes.
- El control de la temperatura basal se fundamenta en las variaciones de ésta en la época en la que se produce la ovulación por el efecto de la progesterona. Podremos intuir cuando se ha ovulado, pero no predecir cuándo se ovulará, con el riesgo que eso supone debido a la vida media de los espermatozoides en el

tracto genital de la mujer. Habría que evitar el contacto sexual entre el primer día del ciclo menstrual y el tercer día consecutivo de elevación de la temperatura para evitar ese riesgo.

- Método Billings se basa en detectar la ovulación en función de los cambios del moco cervical.
- Métodos sintotérmicos que combina varios de los comentados anteriormente. Se trata de métodos basados en los síntomas y en el control de la temperatura.

Todos estos métodos comentados se basan en la abstinencia sexual periódica. Son poco recomendables y más tratándose de población adolescente y adulto joven, por su baja eficacia y alta tasa de fracasos.

Estas formas de anticoncepción, están enfocados en el control de la natalidad, en ningún caso evitarán el contagio de ITS. Presentan las ventajas de ser: reversibles, cómodos y baratos. No obstante las desventajas claramente las superan. A la desprotección frente a ITS, comentado anteriormente, añadiríamos que desaparece la espontaneidad en las relaciones sexuales, que precisa de un gran grado de motivación no habitual en este grupo etario, que son de escasa seguridad anticonceptiva, especialmente en estas edades debido a la irregularidad de las ovulaciones (fundamentalmente por inmadurez del aparato reproductor). Por todo lo anteriormente comentado, no es un método de primera elección en el adolescente y adulto joven. A pesar de ello, encontramos datos como los presentados por Real-Heredia (47), en una encuesta realizada entre jóvenes de Sevilla, como que el 26.4 % de ellos declaraba utilizar prácticas anticonceptivas tan poco eficaces como los lavados vaginales y la marcha atrás.

1.3.3 Métodos barrera.

Los métodos de barrera son métodos físicos o químicos que empleados sobre el aparato genital masculino o femenino impiden el contacto entre ambos gametos.

Estos métodos incluyen dispositivos como preservativos masculinos, y preservativos femeninos que ambos evitan las ITS. Existen en cambio otros, como capuchones cervicales, diafragmas, geles y óvulos espermicidas que no tienen este efecto. Es importante destacarlo, porque la terminología puede llevar a equívoco.

Aunque son eficaces, el uso de estos dispositivos por parte de los adolescentes tiene un riesgo, y es el hecho de que el adolescente y adulto joven no son consistentes en su uso, ni siquiera cuando los eligen como métodos para protegerse frente a las ITS (48, 49). Estudios publicados ya en el año 2001 (50) nos presentan al joven que no usa preservativo como un individuo que aparte de esta práctica de riesgo asocia otras más como son: inicio precoz en las relaciones sexuales, múltiples parejas sexuales y el consumo de sustancias previo al coito.

La necesidad de aplicarlos antes de cada encuentro sexual reduce el uso del método, porque «disminuye la espontaneidad» del acto, como explican algunos adolescentes. En definitiva, el uso de medidas de protección contra el embarazo no planificado y las ITS, están a estas edades condicionados por la especificidad de sus relaciones, déficit en la educación sexual y reproductiva, así como problemas para manejar los recursos sanitarios (51, 52).

Existen diferentes estudios nacionales que nos deben hacer reflexionar (en cierta manera es la “mecha” que enciende el interés del que surgen trabajos como esta tesis doctoral) sobre la educación sexual de nuestros jóvenes y el uso que tienen del preservativo. Tanto Conde et al (53), como Luengo Arjona et al (54) nos alertan de la

inconsistencia en su uso, al igual que Bayés et al (55). Como argumento para ello refieren que utilizan “otros métodos”, entre los que se encuentran la marcha atrás y anticonceptivos orales. Ambos son métodos que no protegen de las ITS, y en el caso del primero, de escasa eficacia para evitar embarazos no deseados. Según datos de la encuesta del E. Daphne en el 2009 (41), el preservativo es el método utilizado por aproximadamente la mitad de las chicas y el 71,2% de los chicos que emplean alguno. Es el más usado seguido por la anticoncepción hormonal. Para los jóvenes, el preservativo tiene una mayor facilidad de acceso, aunque todavía tiene algunas barreras, fundamentalmente en el ámbito educacional, ya comentadas. En la encuesta realizada por Real Heredia (47), el 25 % de los jóvenes manifestaron tener “vergüenza” a la hora de pedirlo. En esta misma encuesta un 17.7% de los jóvenes (14.4% de los chicos y 21.6% de las chicas) pensaban que el preservativo es eficaz aunque se coloque tras la penetración. Siguen existiendo mala información y muchos mitos en este grupo de edad en relación con los métodos anticonceptivos.

No debemos perder de vista los plausibles beneficios del uso del preservativo, y es que éste es un pilar fundamental dentro del “*gold standar*” o referencia de la anticoncepción en la adolescencia y adulto joven como es el doble método. El preservativo aporta fiabilidad, inocuidad, accesibilidad y además se adapta a relaciones discontinuas (56). De hecho, es una realidad que las tasas de embarazo adolescente han disminuido de forma significativa en Europa desde las últimas décadas, a pesar de ello esta realidad supone, debido a sus implicaciones tanto para la madre como para el futuro hijo, un punto clave en cuanto a salud pública se refiere (57-59). El informe HBSC 2010 (9) para España destaca el mayor uso de preservativo entre jóvenes de clases socio-económicas medias y altas que los pertenecientes a clases más bajas. Si comparamos el uso de preservativo entre la población adolescente y adulto joven española con otros países, se observa la mayor frecuencia de uso en España, destacando también que no

hay diferencia en el uso entre chicos y chicas, lo que ocurre, y es preocupante es que el uso del mismo tanto en ellos como en ellas viene en descenso desde 2002 hasta 2010 (60).

Los métodos de barrera femeninos, como el preservativo femenino (en adelante PF), no han sido recibidos con gran popularidad entre la población adolescente. Las tasas de abandono son de hasta el 55% (49), y cuando se utiliza, es frecuente tener «accidentes» secundarios al uso inadecuado del método. Se están diseñando nuevos tipos de preservativos femeninos (61, 62), para de esta forma aumentar la oferta en métodos a la población adolescente y adulto joven. Interesa en este sentido, ampliar el abanico de población protegida con el doble método. En un reciente estudio del 2014 publicado en el *J Res Sex* (63), los autores concluyen que las principales barreras de los jóvenes de cara al método fueron la familiaridad limitada de los hombres con el dispositivo, dificultades de inserción, y las preocupaciones de los hombres acerca de la pérdida de control sobre los encuentros sexuales. No obstante las mujeres que no pueden elegir una opción hormonal, necesitan un método efectivo, y aquí puede aparecer la indicación del preservativo femenino, mas cuando sabemos que protege frente a las ITS (64).

Desde los programas de salud y las consultas médicas, debemos animar al uso de los métodos de barrera, potenciando y sumándose al uso de otras formas para conseguir la mayor tasa de doble método.

1.3.4 Anticoncepción hormonal.

Según los últimos datos de la VII encuesta Bayer de anticoncepción entre mujeres españolas en el 2011 (25), realizada a 2096 mujeres de entre 15-49 años, observamos que se ha consolidado el número de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo.

Según la encuesta de anticoncepción del 2014 de la Sociedad Española de Contracepción (en adelante SEC) (65) el 72,7% de la población estudiada (15-49 años) utiliza habitualmente métodos anticonceptivos. El restante hasta el 100% estaría compuesto por 15.9% que asumen riesgo porque no usan anticonceptivo y tienen relaciones sexuales, y otro 11,4% que no lo asume al no tenerlas. A pesar de ello, aún hay una alta tasa (hasta un 17%) de mujeres con embarazos no deseados, por el no uso del mismo (datos estos referidos por la encuesta E Daphne, en la SEC 2014 estiman menor esta cifra, e intentan explicar esta realidad por una mala praxis en su uso). La encuesta del E. Daphne manifiesta que hasta un 8% de las mujeres, a pesar de no desear gestación, tienen relaciones sexuales sin utilizar ningún método de planificación. Extrapolando a la cifra del millón de mujeres en España entre 15-19 años (66) (1.051.130 mujeres en España entre 15-19 años a uno de enero del 2013, según INE. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>) supondría que sobre las 60 mil chicas de esta edad, están en riesgo real de gestación e ITS. Si contabilizamos el intervalo de edad en cuanto a alta tasa de fertilidad se refiere (15-40 años), en el que en España a 1 de enero del 2013 había 7.593.543 mujeres, las pacientes en riesgo de embarazo no deseado ascenderían a 455.000 para ese grupo de edad. Es extraordinario la magnitud del problema.

El grupo de edad con mayor uso de método anticonceptivo es el que comprende de 25 a 29 años (20-30 años para SEC 2014), siendo en las edades extremas (como las que tratamos en nuestro trabajo), las épocas de menor utilización, con un 64% y 66% en los periodos comprendidos entre los 15 a 19 años y entre los 45 a 49 años respectivamente (25).

La edad media a partir de la cual las mujeres españolas comienzan a utilizar de forma planificada algún método anticonceptivo es de 20,7 años. Esta cifra ha ido

descendiendo, de manera que las mujeres que ahora tienen entre 45 y 49 años, comenzaron a utilizar anticonceptivos de manera planificada a los 22,6 años (encuesta planificación 2014 de la SEC).

La píldora es el segundo método más utilizado, por detrás del preservativo con un 16,2% frente a 31,3% respectivamente (34,6% y 17,5% si se incluyen multirespuesta, probablemente por el doble método) (65). El doble método, a pesar de seguir presentando una baja aceptación, se está incrementando especialmente en la población joven, en la que llega a ser el tercer método más utilizado en chicas entre 15 a 19 años (datos referidos al E. Daphne (25)). Menos especificado aparece en la encuesta SEC que venimos presentando de forma paralela.

La 3ª encuesta sobre sexualidad y anticoncepción en la juventud Española del año 2009 (Encuesta nacional de salud sexual, en adelante ENSS) (67), analiza de forma específica los hábitos sexuales y anticonceptivos en la población entre 15 y 24 años. Los jóvenes españoles, reconocen que, a pesar de conocer que la falta de uso de método anticonceptivo conlleva un embarazo no deseado, se exponen al riesgo hasta en un 37% de los casos, en la mayoría de casos por mitos o prejuicios erróneamente adquiridos como que la utilización de métodos hormonales produce aumento de peso, o que éstos presentan muchas contraindicaciones, como riesgo de cáncer, infertilidad futura, etc. (Comunicación, Imagen, Opinión Pública. En adelante CIMOP, 2005) (68).

Un dato importante a estudio, es la fuente de información sobre anticoncepción en la adolescencia (41), que pone de manifiesto que la información sobre los anticonceptivos en la adolescencia en menos de un 25% de los casos la aportan los profesionales (en población adulta en un 50%). El entorno social es la fuente de información más importante en estas ocasiones.

Observamos diferencias tanto en épocas como en zona geográfica. Si bien para Hewitt et al en el año 2000, los anticonceptivos orales combinados (en adelante AOC) suponían el método de anticoncepción usado con más frecuencia en el grupo de los adolescentes, con una tasa de utilización que se acerca al 50% (69), los datos de la comentada encuesta SEC 2014 (65) en población española para ese rango de edad presenta un escaso 10%. Sube de forma importante en la tercera década de la vida que es cuando más representativo se hace su uso.

Existe una amplia variedad de productos dentro de la anticoncepción hormonal, gama de compuestos estrógeno y gestagénicos tal, que permite una indicación personalizada en función de los objetivos tanto anticonceptivos como no anticonceptivos que se busquen.

En este sentido debemos recalcar que desde hace tiempo se viene utilizando y demandando las propiedades no anticonceptivas de estos compuestos de forma cada vez más generalizada. Estas propiedades de las que se benefician las usuarias de los AOC son las siguientes:

- Regulación de la menstruación.
- Disminuir la cantidad de flujo menstrual.
- Descenso en los scores de dismenorrea, motivo en muchas ocasiones por el cual las pacientes jóvenes utilizan estos fármacos.
- Los efectos antiandrogénicos de algunos derivados gestagénicos y por ello tan utilizados en la patología de gran prevalencia como es el síndrome de ovario poliquístico.

A todo lo anterior sumaríamos las ventajas de otro tipo de fármacos, también hormonales, que se diferencian por su vía de administración.

Desde principios de la pasada década, a la clásica vía depot intradérmica, se adhirieron, la vía vaginal (el anillo vaginal) y la transdérmica (parche transdérmico). Un poco más tarde aparece el depot intrauterino vehiculado en forma de DIU.

El anillo vaginal (Nuvaring©) es comercializado en España en el año 2002 (autorizado por la *Food and Drug Administration*. En adelante FDA), es un anillo flexible transparente compuesto por 2,7 mg de etinilestradiol que libera diario en torno a 15µg, y etonogestrel, gestágeno de tercera generación que se libera en la dosis de 120µg por día. Por parte de las usuarias la mayor ventaja referida es la comodidad, según refieren Lete et al en la encuesta HABITS 2012 (70).

El parche transdérmico (Evra©) contienen 6 mg de norelgestromina y 600 µg de etinilestradiol, utilizando la tecnología del adhesivo medicado que permite que la piel absorba y mantenga un nivel hormonal constante sin las fluctuaciones que se observan en las formas de absorción oral. Aprobado por la FDA en noviembre 2001. Aunque parece que no ha tenido mucha impacto y el uso no ha sido el esperado (70), la realidad es que el parche semanal ofrece una muy buena adherencia al tratamiento, a diferencia de lo que ocurre con la píldora diaria (71).

El DIU liberador de 20µg de levonorgestrel (en adelante LNG) comercializado en España bajo el nombre de Mirena© (Berlex, Montville, NJ), para algunos autores, es uno de los anticonceptivos que más impacto han tenido en las últimas décadas en EE.UU, hasta el punto de referir que es el gran propulsor del aumento del porcentaje de uso de DIU en la primera década del siglo XXI en dicho país (72, 73). Recientemente disponemos de otro dispositivo (Jaydess©) basado en este sistema, pero más enfocado a planificación familiar de la mujer joven, y no tanto a los efectos no anticonceptivos como estaba focalizado el dispositivo de liberación de 20µg de LNG. En este caso se liberan

12µg diarios en un sistema depot (DIU) de menor calibre para poder ser insertado en cualquier tipo de usuaria, fundamentalmente la mujer joven y nulípara.

Dentro de todas estas combinaciones, el médico, expondrá e informará de las distintas propiedades de los diferentes compuestos y de forma conjunta en función de los deseos y necesidades de la usuaria, se llegará a la prescripción. En la búsqueda del mejor método anticonceptivo, los adolescentes demandan seguridad, conveniencia, privacidad y eficacia como los factores más importantes a la hora de su elección. Debido a que la incidencia y gravedad de los efectos secundarios aumentan con la edad y con el tabaquismo, la seguridad general aportada por los AOC en las adolescentes sin factores de riesgo tromboembólicos puede ayudar al médico a que tranquilice a las pacientes sobre el uso de este método (74). De igual manera la prevalencia de alteraciones del ciclo menstrual así como síndrome premenstrual y dismenorreas en esta etapa de la vida, hace que el uso de anticoncepción hormonal en la adolescente y adulta joven sea bien aceptado. A pesar de esta disponibilidad y buena aceptación, nos encontramos con una importante cifra de tasa de fracaso, fundamentalmente por los olvidos (37, 69). Por ello a principios de la pasada década, surgen las nuevas presentaciones anteriormente comentadas de estos preparados hormonales, con muy buena aceptación y excelentes resultados (75-77).

Para concluir con los métodos utilizados por los adultos jóvenes, Tang et al publican en una revisión de la Cochrane del 2012, un análisis en población menor de 25 años (78). Los comentarios finales vienen a reflejar que pruebas actuales no son suficientes para comparar la eficacia anticonceptiva ni las tasas de continuación de los métodos hormonales e intrauterinos en mujeres de este grupo de edad. Datos limitados indican que el sistema intrauterino de LNG puede ser una alternativa aceptable al

anticonceptivo oral combinado en esta población. Interesante será evaluar el nuevo dispositivo (Jaydess©) liberador de 12µg diarios.

1.3.5 Doble método.

En tanto en cuanto las relaciones sexuales sin protección suponen un riesgo de gestación no deseada y de adquisición de ITS, ya a principios de los 90, el grupo de Van Lunsen et al (79) proponen un doble método o *Double Dutch*, que consiste en el uso de un método de alta fiabilidad anticonceptivo por parte de la mujer, y un método barrera por parte del varón. Pudieron observar un gran descenso tanto en gestaciones no deseadas como en ITS, a la vez de responsabilizar por igual al varón y a la mujer en la prevención de éstas y en la anticoncepción. Este es un detalle muy importante a la hora de conseguir relaciones de igual a igual y con ello disminuir la posibilidad de comportamientos no deseables en las relaciones interpersonales, de pareja y por ende en las relaciones sexuales (80). Queda este aspecto especialmente claro y explícitamente citado en Capítulo I, título I, artículo 5 punto 2, de la *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo* donde literalmente se expone:

...” así mismo en el desarrollo de sus políticas promoverán las relaciones de igualdad y respeto mutuo entre hombres y mujeres en el ámbito de la salud sexual y la adopción de programas educativos especialmente diseñados para la convivencia y el respeto a las opciones sexuales individuales.”...

1.3.6 Anticoncepción de emergencia.

La anticoncepción postcoital (en adelante APC), es el uso de fármacos o sustancias, mecanismos o dispositivos, con el fin de evitar un embarazo no deseado, después de una relación sexual desprotegida (81).

La historia se remonta a mediados de los años 20 del siglo pasado cuando se empiezan a dar dosis altas de estrógenos de forma experimenta a monos (82), pero no fue hasta mediados de los años 60 cuando Haspels, Ginecólogo Holandés, administró un compuesto hormonal (a base de estrógenos) de forma postcoital a una adolescente de 13 años que había sufrido una violación, con el fin de evitar embarazo (83). Posteriormente A. Yuzpe et al (84) a mediados de los 70 describen la combinación de estro-progestágenos a dosis altas como método de anticoncepción postcoital, que permanece vigente durante más de 25 años. En nuestros días el uso del método combinado ha dejado paso al uso de derivados progestagénicos, que ya desde los años 70 se venían utilizando, pero que no es hasta los primeros años de la pasada década cuando se establecen como tal. El LNG, es el máximo representante de esta generación de compuestos, pero no es hasta el estudio publicado en el *Lancet*, cuando se da un impulso definitivo la APC. Se observó que dos dosis de 0,75 mg de LNG administradas con un intervalo de 12 horas, era al menos, tan eficaz como el régimen de Yuzpe y mucho mejor tolerado. Demostrándose también que es más eficaz su acción como método de APC cuanto antes se tome (siempre dentro de las 72 horas siguientes al coito no protegido (85)).

El mecanismo de acción es múltiple. Como método hormonal, actúa retrasando o inhibiendo la ovulación, altera el transporte tubárico, tiene un efecto luteolítico, y produce alteraciones a nivel de la implantación endometrial (86). Es difícil determinar el

modo exacto de actuación del LNG, ya que depende del momento del ciclo en el que se toma, de la cantidad administrada y en cuanto tiempo.

Durand et al (87), Marions et al (88) y Palomino et al (89) han desarrollado en 2001, 2002 y 2003 respectivamente, diferentes diseños para examinar la posibilidad de que el LNG interfiera con el desarrollo progestagénico del endometrio, mostrando que el LNG administrado en las dosis que se usa como APC no produce cambios en el endometrio que sean suficientes para interferir con la implantación. Según esto se podría concluir que este derivado progestagénico no tiene un efecto abortivo.

La nueva píldora de LNG ha mejorado el método de Yuzpe. La toma se reduce a dos comprimidos con un intervalo de 12 horas, y es más eficaz, presentando una tasa de embarazos del 1,1% frente al 3,2% (LNG vs Yuzpe) (90). Se estima que la proporción de embarazos que se puede prevenir es del 85% con LNG y del 57% con la pauta de Yuzpe.

Muy importante por las implicaciones educativas que conlleva, es el hecho de que se haya podido constatar que el acceso a información sexual y a la APC no incrementa la actividad sexual entre los adolescentes (91). Para algunos autores como Pitts et al, parece claro, que el desconocimiento, junto con la vergüenza del adolescente a demandar y/o preguntar por este método, son una de las causas más importante para que un método tan eficaz, no haya conseguido disminuir de forma más drástica el número de embarazos no deseados (92). En estudios sobre población española tenemos resultados similares. Así López Amorós et al (93) dentro de los factores de riesgo que describen para el tener que usar la APC establece que, tanto en los chicos como en las chicas, se asocia con el consumo abusivo de alcohol (también lo refiere un grupo Irlandés (94) y otro Finlandés (95)) y con tener relaciones sexuales con penetración semanalmente. Se diferencian factores por sexos, y es que en las chicas hay un factor

de riesgo que es el consumo de cannabis, en cambio en los chico el mayor riesgo viene dado por una menor información. Se piensa que esto último acontece por la diferencia de acceso a consultas médicas (las chicas acceden más a los médicos como ginecólogos y otros profesionales de la salud), así como una menor implicación personal en el embarazo no deseado por parte de los chicos.

1.4 La interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

La IVE se rige en la actualidad en España por la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo de 2010 publicada en el BOE nº 55, de 4 de marzo de 2010, en sustitución de la Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del código penal que regulaba la Interrupción Voluntaria del Embarazo en España hasta la entrada en vigor de la actual Ley.

La legislación en cuanto a la interrupción del embarazo se rige en función de la Ley Orgánica anteriormente citada sin obviar el hecho de que algunas comunidades autónomas han elaborado una legislación complementaria, de apoyo, dentro de su ámbito competencial como muestro en el anexo Leyes sobre IVE (ver en glosario, apartado 6 de este trabajo). La información que sobre las Interrupciones Voluntarias del Embarazo se recoge pretende los siguientes objetivos:

1. Caracterizar, demográfica y socialmente, el colectivo de mujeres que recurren a una IVE.
2. Describir las características del servicio que se presta, tanto por la red pública como por la privada.
3. Identificar las áreas con mayor demanda de IVE.
4. Servir de base tanto a la planificación de los servicios asistenciales como de programas de promoción de la salud e igualdad de la mujer.

5. Permitir obtener el conocimiento adecuado de las características de las interrupciones realizadas en nuestro país que permita plantear, en cada momento, la adecuación del marco legal regulador.

1.4.1 La situación actual del IVE.

La situación actual acerca de IVE en España en el año 2012 según el Informe IVE (24), es la siguiente: En España en el 2012 se realizan 112.390 interrupciones del embarazo, con una tendencia que llega hasta ese momento tal y como se refleja en la Ilustración 1.1.

	<u>Año de intervención</u>									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL IVE.	77.125	79.788	84.985	91.664	101.592	112.138	115.812	111.482	113.031	118.359

Ilustración 1.1. Número absoluto IVE y año.

Observamos cómo en todos los rangos de edad, existe un aumento en la tasa de IVE en los últimos 10 años, siendo el ascenso más pronunciado y el valor absoluto más elevado en los estratos de edades más bajos.

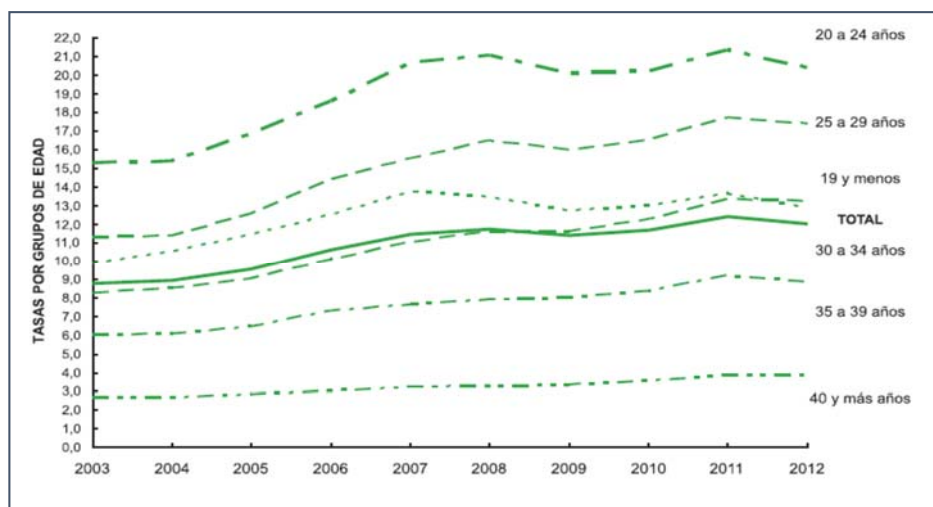


Ilustración 1.2. Tasas de IVE por mil mujeres en cada grupo de edad. España 2003-2012.

Los estratos de edad hasta 24 años presentan las tasas de IVE más altas y por encima de la media a diferencia de las mujeres por encima de los 24 años. Nos fijamos en Castilla y León por ser el ámbito donde se realiza el estudio de campo de este proyecto, y observamos una tasa de 7,25‰ en el 2012, en ascenso desde el 2003 (5,84‰), como comentamos anteriormente, pero significativamente menor de la cifra total nacional que es 12,05‰.

	Edad								
	TOTAL	<15 años	15-19 años	20-24 años	25-29 años	30-34 años	35-39 años	40-44 años	>44 años
TOTAL IVE.	112.390	460	13.198	24.339	25.584	24.298	17.389	6.600	522

Ilustración 1.3. IVE 2012 España por rangos de edad.

Es muy relevante que 13.656 chicas menores de 19 años en España actualmente tengan que pasar por la traumática experiencia de la IVE.

De las 112.390 IVE del 2012, el 91% se debe a decisión materna, sin tener que ver en principio con problemas de salud materno o fetal. Este porcentaje presenta un muy leve ascenso desde el año 2011 (anteriormente no se refleja, posiblemente

desconocido), tan leve que no podemos marcar una tendencia, más bien decir que son cifras muy similares y homogéneas. Necesitamos más tiempo y encuestas para valorar si las intervenciones educativas y el tipo de campañas están haciendo un efecto sobre esta cifra.

	TOTAL
TOTAL I.V.E.	112.390
Métodos anticonceptivos	
Naturales	4.880
Barrera	29.767
Mecánicos	802
Hormonales	15.952
Otros métodos	532
No consta	23.406
No utiliza	37.051

Ilustración 1.4. Número de IVE en 2012 según métodos anticonceptivos

En la ilustración 1.4 observamos de manera muy gráfica como más de un 40% de los IVE en 2012 acontecen en mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos. Y otro porcentaje cercano al 24% que no consta. Tenemos mucho “terreno” por donde crecer y mejorar con las intervenciones educativas. A mayores, debemos analizar el porqué de las mujeres, que usando los métodos tiene una gestación no deseada. ¿Están usando los jóvenes métodos sin información y con malas praxis adquiridas?

Mirando fuera de nuestras fronteras, nos encontramos con las cifras de los EE.UU; Darroch et al comentan que hay un 9% de gestaciones no deseadas en mujeres de 15-19 años, de las que un 5 % terminan en nacimiento, un 3% en IVE y el 1 % restantes en abortos espontaneo (35), existiendo una diferencia importante con respecto al resto de países del mundo occidental, suponiendo en torno a cifras un 50% superiores al resto.

Es evidente por lo anteriormente expuesto, que precisamos una mayor atención en la educación sexual de la población, atendiendo fundamentalmente a los adolescentes y adultos jóvenes.

1.5 Infecciones de transmisión sexual (ITS).

1.5.1 Epidemiología y Salud Pública.

Las ITS son un importante problema de Salud Pública tanto por su magnitud como por sus complicaciones y secuelas si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

La información epidemiológica sobre las ITS a nivel poblacional se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (en adelante EDO) (96).

La importancia como acabamos de comentar, no viene determinada únicamente por la enfermedad en sí, sino por las secuelas que puede originar, en la mayoría de los casos de mayor repercusión que la primera. La enfermedad gonocócica y la sífilis están directamente implicadas en la enfermedad inflamatoria pélvica, lo que conlleva alta incidencia de patología tubéutica y con ello aumenta la posibilidad de infertilidad y de gestaciones ectópicas. Esto es de especial relevancia en el grupo de edad que estamos tratando en este trabajo, en la cual las mujeres en la inmensa mayoría de los casos no han cumplido su deseo genésico y por tanto les limitará de forma importante su futuro reproductivo. La presencia del virus del papiloma humano (en adelante HPV) está directamente relacionada con patología oncológica vulvo-vaginal, de cuello uterino y ano-rectal, así como patología oncológica de parte alta del aparato digestivo (cavidad

oral), cabeza y cuello. Por ello se incide en la importancia de un correcto diagnóstico precoz y de su temprano tratamiento.

Con motivo de facilitar su diagnóstico y tratamiento, la OMS ya desde 1998 aprobó la nomenclatura de las ITS.

Se define ITS como aquellas infecciones causadas por parásitos y agentes infecciosos en las cuales la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica, aunque en algunas de ellas el mecanismo de transmisión no sea lo más importante. A parte de por las consecuencias en cuanto a la vida reproductiva de la mujer, y en cuanto a la patología oncológica como hemos comentado anteriormente, estas enfermedades son de gran importancia por su elevada prevalencia, así como la importancia económica que suponen en términos de salud pública.

La magnitud del problema de las ITS, es que sean los adolescentes y jóvenes, el foco principal de afectación de este tipo de patologías. Hay una mayor vulnerabilidad en los adultos jóvenes y adolescentes, bien debido al hecho biológico en sí de ser joven (ejemplo de esto son las características del epitelio cervical de la mujer joven facilita el contagio del HPV frente a las mujeres de edad más avanzada e incluso postmenopáusicas, como detallaremos en párrafos siguientes) pero sobre todo por las condiciones vitales, educacionales, sociales, culturales que estructuran la práctica sexual en esta etapa de la vida. De tal forma que uno de cada 20 adolescentes en el mundo contrae al año una ITS (97). En base a esto se ha podido establecer en la población adolescente y de adultos jóvenes dos tipos de factores de riesgo. Uno debido al comportamiento, y otro por factores biológicos en si.

Entre los factores de comportamiento que se han asociado con la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes presenta especial importancia

el tiempo transcurrido desde la primera relación sexual, en particular para el HPV (98, 99), la actividad sexual en la adolescencia temprana y media. Para la infección por *Chlamydia Trachomatis* (en adelante TC), el haber tenido múltiples parejas sexuales, el inicio con nuevas parejas (100), y que estas hayan tenido a su vez otras múltiples parejas sexuales y el uso inconsistente del preservativo. Especialmente problemático es en este sentido cuando se tiene pareja estable y se tiende a relajar el control del método barrera por la confianza depositada en la pareja. El alcohol y el consumo de otras drogas (101) es otro factor de riesgo para estas infecciones. Encuestas de los estudiantes de secundaria en los EE.UU indican que la prevalencia de los comportamientos sexuales de riesgo se mantuvo relativamente estable entre 2001 y 2013 (102).

Dentro de los factores biológicos que se ha planteado como posibles a la hora de influir en la susceptibilidad por parte de los adolescentes de adquirir una ITS está la ectopia o inmadurez cervical, que se refiere a la zona de ectocérvix que está cubierta por epitelio columnar después de la pubertad. Este tipo de epitelio parece que es más susceptible que el escamoso (que sustituye al columnar en la maduración) para los organismos de transmisión sexual tales como *Neisseria Gonorrhoeae*, CT, y el HPV (103). Sin embargo, un estudio (104) no pudo demostrar una asociación independiente de ectopia cervical con enfermedades de transmisión sexual entre las adolescentes y, de hecho, señaló que un mayor número de infecciones a lo largo de la vida se asoció con un cuello uterino más maduro (en contra de lo comentado anteriormente sobre la inmadurez cervical). Otro factor postulado es la inmunoglobulina A secretora (en adelante IgAs), un anticuerpo de protección local secretado en las mucosas (105-107). Se encontraron niveles ligeramente más bajos de dicho anticuerpo en el moco cervical de adolescentes y jóvenes que el observado en mujeres adultas, según los resultados en el estudio de McGrath et al (108), lo que ocurre es que por la pequeña muestra del mismo no permite resultados significativos. Está en estudio los mecanismos

etiopatogénicos de la ectopia cervical y de la secreción de IgAs (109), entre otros, por el grupo de Rocha–Zavaleta (103, 105, 109).

En muchos casos la prevalencia de este tipo de enfermedades está íntimamente relacionada con las condiciones socio-económicas y educativas de la población. Tanto es así, que Palacio-Mejía et al (110), se refieren a la patología cervical, fuertemente relacionada al HPV, como la patología de la pobreza (“cáncer cervical: enfermedad de la pobreza”), revelando cifras tan llamativas como que en Méjico, en la década de los 90, morían 14 mujeres al día por patología oncológica del cuello uterino dependiente del HPV, en definitiva, se trataba de muertes por una ITS.

Una comisión parlamentaria de sanidad en Gran Bretaña (111) publicó un informe sobre salud sexual, subrayando la presencia de un importante problema de salud pública en crecimiento refiriéndose a las ITS. En este informe se describe que la causa principal de este problema es el cambio en la conducta sexual que se ha producido en los últimos años, como es, la disminución en la edad de la primera relación sexual y un aumento en el número de parejas por cada individuo durante su vida.

Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica (en adelante IG), sífilis y sífilis congénita, todas ellas de declaración numérica semanal, y deben recogerse ante la mera sospecha de su presencia. La sífilis congénita está incluida entre las enfermedades con declaración por sistemas especiales y de cada caso se recoge información epidemiológica relevante.

Otra fuente de información complementaria e independiente es el Sistema de Información Microbiológica (en adelante SIM), que en el momento actual recopila a nivel estatal información de una red de 48 laboratorios situados en 12 comunidades autónomas, con una cobertura aproximada del 25% de la población. La vigilancia

epidemiológica de herpes genital y CT se lleva a cabo por este sistema, a través de la declaración de once laboratorios de seis comunidades autónomas (en adelante CC.AA) para el herpes genital y 18 laboratorios de ocho CC.AA para CT.

Las enfermedades de transmisión sexual de declaración obligatoria en España son (según el Ministerio de Sanidad y Consumo y el informe de vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual), la IG, la sífilis y la sífilis congénita (112).

1.5.2 Sífilis e infección gonocócica (IG).

Las características socio demográficas de los diagnósticos de sífilis infecciosa e IG muestra un predominio de los hombres, con una edad media de 34,6 años para los diagnósticos de sífilis y de 31,4 años para la IG. Con un 4% de los casos de sífilis en menores de 20 años y un 7% en el caso de IG para ese mismo grupo de edad (según el informe del Grupo de Trabajo de la ITS del Ministerio de Sanidad y Consumo para el año 2009 (113)).

En el Boletín Epidemiológico Semanal, vol. 20, No 7 (2012) (114), Díaz presenta la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en el periodo 1995-2010. Según esta publicación, en el año 2010, en el sistema EDO se notifican 1944 casos de IG y 2909 sífilis (tasas de 4,27 y 6,39 por 100.000 habitantes respectivamente). En el caso de la IG, se observa un marcado descenso desde el 1995 hasta el 2010. Pero debemos de poner un punto de alarma en el hecho de que las tasas mínimas se registraron en el año 2001 con 805 casos (2,04 por 100.000), aumentando después paulatinamente hasta el momento actual. No hemos llegado a los valores del año 95 en el que se registraban 4599 (11,69 por 100.000), pero si es muy llamativa la tendencia. Los datos de sífilis a lo largo de estos años también muestran un descenso en las tasas de incidencia en el periodo 1995-2002 (desde 2,57 por 100.000 habitantes hasta 1,86

por 100.000 habitantes), observándose un aumento a partir de ese año hasta alcanzar una tasa de 6,39 por 100.000 habitantes en 2010.

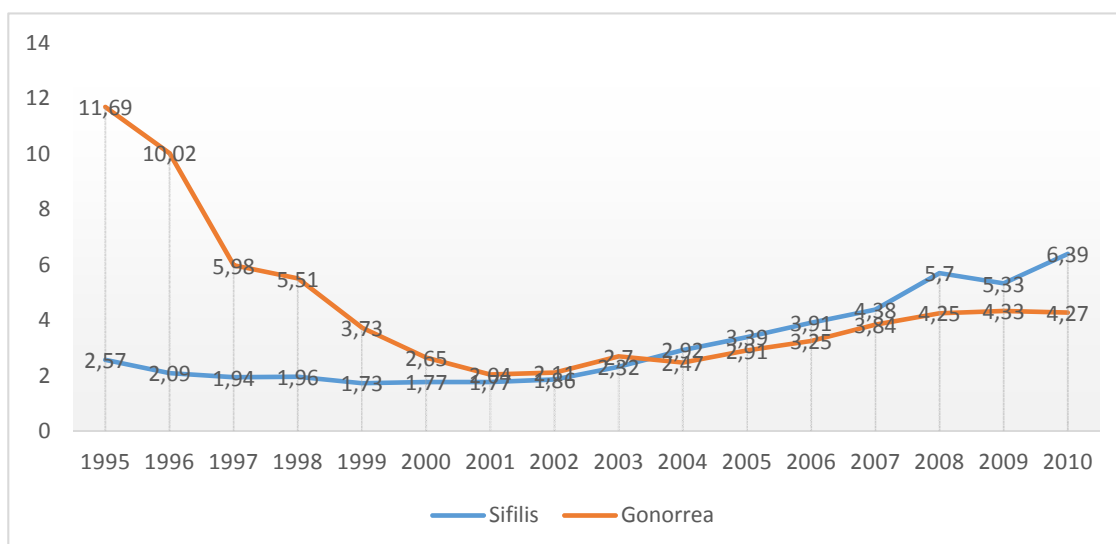


Ilustración 1.5. Evolutivo en tasa% casos sífilis y gonorrea España 1995-2010.

Los diferentes marcadores epidemiológicos nos están mostrando un aumento en la incidencia en nuestra población, y de forma especial en el grupo de población joven, sexualmente activa y con conductas de riesgo. Los datos españoles de incidencia muestran la misma tendencia ascendente que en el resto de la Unión Europea. Se observa, en cambio, como la transmisión sexual del virus de la inmunodeficiencia humana (en adelante VIH) ha ido aumentando de forma continua en detrimento de la vía intravenosa que era la más frecuente en la década de los 90 (115).

1.5.3 Chlamydia Trachomatis.

La infección genital por CT es la ITS declarada más frecuente en Europa con 343.958 casos declarados en 23 países miembros de la Unión Europea en el año 2009,

incluida España (116). La mayoría de las infecciones son leves y asintomáticas, lo que motiva que el paciente no acuda a los servicios de salud. Grupos de trabajo españoles (117) vienen alertando hace años de la necesidad de establecer un protocolo consensuado de despistaje en poblaciones atendidas en consultas de ITS. Las guías clínicas internacionales recomiendan el despistaje de la CT en mujeres por debajo de los 25 años (118) embarazadas, en su primer trimestre de gestación (119) y a los varones de aquel grupo de edad. Los programas eficientes de despistaje de la infección en mujeres jóvenes se han demostrado eficaces en la prevención de complicaciones (120, 121).

1.5.4 Virus del papiloma humano (HPV).

Los 2453 artículos encontrados sólo en la base de datos pubmed ante la entrada “HPV” desde el 1 de enero del 2014 hasta la fecha 1 de diciembre del mismo año (fecha de impresión de este trabajo), hacen que este agente sea merecedor de una mención especial. La infección por el HPV es reconocida como una de las principales causas de cáncer de origen infeccioso en la actualidad. La relevancia de todo esto es tal que se estima que de los aproximadamente 12,7 millones de nuevos casos de cáncer que se diagnosticaron en todo el mundo en 2008, el 4,8% fueron atribuibles a la infección por HPV, con altas tasas de incidencia y de mortalidad observadas en países en desarrollo frente a los países desarrollados (122). Este porcentaje aumentaría a un 10% de todos los tumores de la mujer y a un 15% de todos los tumores de la mujer en países en desarrollo (123).

La asociación entre el HPV y el desarrollo de cáncer de cuello uterino fue sugerida por primera vez hace más de 30 años (124-126). Referenciamos tres artículos de 1981, de los cientos que encontramos en las bases de datos. Es un precioso ejercicio de

investigación el ver como la comunidad científica va publicando a cuenta gotas y con asombro lo que hoy es una evidencia tal, y de divulgación tan extendida que ya no extraña ni a las personas ajenas a la práctica médica. Ver cómo se publican artículos a colación de unos pocos casos, que en un principio llama la atención sobre el tema y que poco a poco va generando un interés en la población científica, y darnos cuenta como de “aquellos polvos se llegan a estos lodos” es una motivación para continuar trabajando en investigación biomédica. Por aquello, hoy en día hay evidencia de que ciertos subtipos de HPV son los agentes causantes de determinados tumores malignos.

El HPV conforma una vasta familia que consta de cientos de virus diferentes. Estos virus afectan fundamentalmente a epitelios y causan lesiones hiperproliferativas benignas, comúnmente llamados verrugas o papilomas, o bien se integran en el material genético proporcionando cambios que ocasionaran las alteraciones celulares necesarias para la transformación maligna de la célula. Uno de los tipos de cáncer más comunes inducidos por el HPV (principalmente los tipos 16 y 18) es el cáncer de cuello uterino. Estos mismos genotipos que causan cáncer de cuello uterino también causan la mayoría de los casos de cáncer anal (127) y la proporción significativa de cáncer de la orofaringe en hombres y mujeres, de cáncer vulvar y vaginal así como de cáncer de pene. Esta fuerte evidencia de una etiología causal con el HPV ha sido declarada (por la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer) para el cáncer del cuello del útero, el de pene, vulva, vagina, ano y orofaringe (incluyendo base de la lengua y las amígdalas).

La vacunación es el medio más eficaz de prevenir esta enfermedad infecciosa, y por ende de prevenir un alto porcentaje de los cánceres que este virus ocasiona. Actualmente disponemos de dos tipos, y otras en estudio (llamadas de segunda generación) que nos reportarán un mayor número de genotipos frente a los que actuar (128). Estas vacunas han mostrado excelentes respuestas de anticuerpos después de la

inmunización con ambos tipos tanto la tetravalente como la bivalentes (129, 130). Debido a que los estudios de eficacia se limitan a las mujeres en edad reproductiva se están realizando estudios en mujeres de 9 a 15 años para demostrar la seguridad y la inmunogenicidad, obteniendo con ambas vacunas resultados iguales o superiores que en la edad adulta.

1.5.5 Recomendaciones y actitudes de los jóvenes frente a la vacuna HPV.

Es muy importante el inculcar al adolescente y adulto joven la importancia del uso del preservativo desde el inicio de la relación sexual con el fin de evitar la ITS. Hay que desterrar la idea de que la infección acontece únicamente en el momento de la penetración, ya que antes de la penetración, por el contacto con zona perineal, vulvar y púbica se pueden adquirir infecciones como el moluscum, el herpes, el HPV, sífilis o el VIH.

En el estudio de Conde et al (53) sobre una población de jóvenes madrileños, se observa cómo éstos asumen que el preservativo está plenamente incorporado en sus conocimientos sobre salud sexual, y que conocen los beneficios de su uso. La realidad es que a pesar de este conocimiento, los jóvenes siguen adoptando actitudes de riesgo en sus relaciones sexuales. Los principales motivos citados para no usar preservativo con una nueva pareja son: la falta de disponibilidad del mismo, estar utilizando otro método anticonceptivo, creer que se conocen lo suficiente y la falta de comunicación entre la pareja (Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España en adelante FIPSE) (131).

Saura et al (132), observan que lo que más condiciona a los jóvenes e influye en sus relaciones sexuales, es el evitar el embarazo. La mayor parte de su conducta estará relacionada con esto, y para lo cual es básico los conocimientos, fundamentalmente en

las chicas, del ciclo menstrual y los periodos de máxima fertilidad. En cambio el riesgo de adquirir una ITS lo perciben como bajo, y sobretodo construido en función a los conocimientos que tienen en base a la transmisión del VIH. Diversos estudios muestran que los jóvenes tienen información acerca de los riesgos que supone una relación sexual sin preservativo pero perciben el propio riesgo de embarazo, infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual como algo lejano, que a ellos no les puede pasar (131, 133).

Gascón Jiménez et al (134) nos presentan cómo, más de la mitad de la muestra de su estudio (alumnos de secundaria y bachillerato) refiere estar bien informado respecto al Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (en adelante SIDA) y las ITS en general, pero cuando desunimos esa dualidad, contrasta que la mayoría diga haber recibido poca información sobre las ITS; incluso las tres cuartas partes afirman no conocerlas. Por el contrario, el 90% reconoce haber recibido mucha o bastante información sobre el SIDA, resultados que ya aparecen en otros estudios (135). Este contraste de información entre el SIDA y el resto de las ITS pone de manifiesto la escasa importancia prestada a este grupo de enfermedades por parte de las distintas administraciones, en las que el SIDA sigue siendo el objetivo principal de sus intervenciones educativas.

El estudio FIPSE (131) refiere que más de la mitad de los jóvenes entre 18-29 años demandan mayor información sexual por parte de los padres, no así como los menores de 20 años que expresan estar mejor informados. Puede ser esto indicativo de una mejora en la educación sexual de las familias.

A pesar de que los jóvenes como hemos visto conocen y usan el preservativo, hay situaciones, y modelos de pareja que les hace relajarse en este tipo de conducta. Es el caso de la monogamia serial (poligamia en concepto tiempo, o parejas múltiples). Esta

situación no es más que aquella en la que los individuos tienen parejas estables durante cortos-medios periodos de tiempo, fieles mientras dura la relación, que les hace dejar de usar el preservativo como conducta evitativa de riesgo de ITS por la confianza que depositan en su pareja, pero que en medios periodos de tiempo han tenido un número considerable de parejas sexuales y les hace potenciales transmisores y vectores de ITS (136, 137). Por otra parte, las parejas estables consolidadas, tienden a confiar plenamente en sus parejas y no adoptan medidas preventivas frente a las ITS.

Las principales razones para no haber usado el preservativo en la primera relación con la nueva pareja (30% según informe DUREX) están relacionadas con la baja percepción del riesgo, la no disponibilidad del mismo en ese momento y la falta de comunicación. Un 33,7% de las mujeres, no lo utilizaron por contar con otro método anticonceptivo, según describe López Sosa en una revisión del 2005 (138).

En revisiones publicadas (46), se proponen actuaciones para disminuir los embarazos no deseados en adolescentes y adultos jóvenes, tales como prestar una educación sexual adecuada, y aumentar la información familiar sobre sexualidad, así como la promoción de la anticoncepción, fundamentalmente en la medicina primaria. La evidencia indica que la educación sexual, incrementa los conocimientos, pero que el cambio de conducta es mucho más difícil de conseguir (132, 139, 140).

Una situación muy importante a tener en cuenta, es la entrevista con el adolescente o adulto joven enfocada al screening o despistaje de las ITS o la posibilidad de estar en riesgo de ellas. Para esto, el *Control Deseas Center* en EE.UU con sus informes de *Morbidity and Mortality Weekly Report* adaptados por Workowski et al (119) diseñan una serie de preguntas recomendadas a tal efecto. Van enfocadas a interrogar sobre la pareja (pareja masculina, femenina o ambas), sobre la prevención de embarazo (¿qué método utiliza?), saber si se protege y cómo frente a ITS, saber qué tipo de prácticas

sexuales mantiene (sexo oral, vaginal, anal, y qué tipo de precauciones tiene con cada una de estas prácticas), y finalmente si ha tenido algún antecedente de este tipo de enfermedades. Esto como pilar básico de la historia clínica, pero no podemos dejar pasar la oportunidad de preguntar sobre si él, ella o sus parejas han mantenido relaciones sexuales alguna vez a cambio de dinero o drogas, o si ellos creen que debemos saber algo que a nosotros en la entrevista se nos haya pasado por alto.

Para finalizar con el apartado de ITS y atendiendo a las indicaciones del documento de consenso 2011 (123) de las sociedades científicas españolas en lo referente al HPV transcribimos las recomendaciones de vacunación frente al HPV en nuestro medio:

...” este grupo español de consenso, habiendo analizado la calidad de la evidencia de los estudios existentes hasta la fecha (noviembre de 2011) y la fuerza de la recomendación derivada (metodología GRADE), establece, con el grado de consenso interno expresado según niveles, las siguientes recomendaciones acerca de la vacunación frente al VPH en nuestro medio:

1. Mujeres:

- Vacunación sistemática de todas las mujeres preadolescentes o adolescentes entre 9 y 14 años, independientemente de su actividad sexual (calidad de la evidencia A, recomendación fuerte a favor, consenso interno E).*
- Recomendación de vacunación para todas las mujeres hasta los 26 años, independientemente de su actividad sexual (calidad de la evidencia A, recomendación fuerte a favor, consenso interno E).*

- *Valoración individualizada de vacunación a mujeres de más de 26 años (calidad de la evidencia B, recomendación débil a favor, consenso interno E).*

- *Recomendación de vacunación a mujeres después de tratamiento de lesiones intraepiteliales de cuello de útero, vagina y vulva o de verrugas genitales (calidad de la evidencia B, recomendación fuerte a favor, consenso interno E).*

El cribado citológico y/o virológico no es una condición previa para la decisión de vacunar. No obstante, debe garantizarse que la mujer está siguiendo adecuadamente su protocolo de cribado (calidad de la evidencia A, recomendación fuerte a favor, consenso interno E).

La vacunación de mujeres hasta 26 años, con máxima prioridad en el grupo etario de 9 a 14 años, combinada con un cribado rediseñado, es muy eficiente en cualquier escenario epidemiológico y debe ser considerada una estrategia prioritaria de prevención oncológica. De su alta cobertura dependerá decisivamente que puedan conseguirse a medio plazo disminuciones de la incidencia, la morbilidad y la mortalidad provocadas por las enfermedades relacionadas con el VPH.

2. Hombres:

- *Valoración individualizada de vacunación con Gardasil® de varones de 9 a 26 años de edad para la prevención de verrugas genitales (calidad de la evidencia B, recomendación débil a favor, consenso interno O).*

- *Recomendación de vacunación con Gardasil® de varones de 9 a 26 años de edad para la prevención de neoplasia anal (calidad de la evidencia D, recomendación débil a favor, consenso interno E)."*

1.6 Consideraciones finales y justificación del estudio.

1.6.1 Factores de peculiaridad.

En un momento en el que, prácticamente, la mitad de los embarazos que ocurren en mujeres menores de 20 años finalizan en una IVE, la Educación Sexual sigue siendo un reto pendiente y la estructura sanitaria adolece de recursos para dar respuesta a sus necesidades.

La población juvenil, en la que se engloba la mayoría de los universitarios, ha tenido y tiene unas características peculiares que conllevan diferentes problemas (7). Esta población se siente invulnerable a cualquier tipo de vivencia negativa, valora positivamente el riesgo, busca una identidad, se enfrenta a normas y valores sociales al tiempo que inicia las relaciones sexuales con el consiguiente riesgo de embarazos no deseados, abortos, ITS y uso indebido de la píldora poscoital (141).

Entre los principales factores de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva, como hemos venido comentando hasta ahora, se encuentra el descenso en la edad de inicio de las relaciones sexuales con penetración (142-144). Según estudios actuales está alrededor de los 15 años (E. Daphne 2011 (25)) frente a los 17,5 de media entre chicos y chicas en épocas ligeramente anteriores. Serrano et al en 2005 (145) observan dos años en chicos y uno en chicas de diferencia en edad de inicio de las relaciones sexuales preguntando en un mismo momento a poblaciones de dos grupos etarios consecutivos

15-19 y 20-24 años. Otros factores de riesgo son la espontaneidad y no planificación de las relaciones sexuales, la frecuencia de cambio de pareja y el no planteamiento de medidas preventivas, que según refieren excluyen el aspecto “romántico” de la interacción sexual. Los jóvenes tienen la percepción de estar protegidos de las posibles consecuencias desfavorables de las relaciones sexuales, que pueden ocurrir a otros pero no a ellos, dificultando de este modo, el cambio hacia una actividad sexual protegida (144).

Las razones que influyen en los jóvenes a la hora de planificar y negociar la utilización del preservativo en sus relaciones sexuales son entre otros, la baja percepción que tienen del riesgo de un embarazo y de la transmisión del VIH y de otras ITS, así como los ideales románticos característicos de la adolescencia. También se describe que el concepto de pareja que tienen los jóvenes, la escasa erotización del uso del preservativo, las habilidades para una efectiva comunicación y negociación sexual puede influir en la decisión y planificación del uso de este método barrera.

Es importante la influencia del grupo de iguales y los roles de género a la hora de adoptar estas conductas. Otros autores como E. Daphne (25), y Rodríguez Carrión (7) que advierten que la improvisación, el miedo a interrumpir la relación, el alcohol u otras drogas, el sentir menos, “*el no sé muy bien*”, “*el por una vez no importa*”, el hecho de que las mujeres no lleven ellas el preservativo, etc., son conductas que llevan a una situación de evidente riesgo de maternidad no deseada e ITS a edades tempranas con el coste económico y social que ello supone.

Otro de los problemas es la creencia de que los jóvenes están muy informados. Realmente se observa que esta información suele ser superficial y con importante transmisión de falsas creencias.

El preservativo sigue siendo el método más utilizado, pero en ocasiones se justifica su no utilización con la confianza en la otra persona, confundiendo confianza con responsabilidad. La píldora se suele asociar a una modalidad de pareja estable y comprometida. Los métodos anticonceptivos de emergencia parecen desarrollarse de forma creciente.

Hay un cambio de los estereotipos tradicionales que asignan al chico el mundo de la actividad sexual y a la chica un papel más pasivo y asociado a la afectividad. No obstante, hay sectores sociales en los que todavía continúan vigentes los comportamientos prescritos por los estereotipos tradicionales en los que las chicas tienen menos capacidad de decidir libremente sobre cómo y cuándo mantener relaciones sexuales.

1.6.2 Estadísticas y recomendaciones.

Como hemos visto en el apartado anterior, numerosos estudios de agencias tanto nacionales como internacionales están resaltando el cambio que viene aconteciendo desde hace años en la conductas sexuales entre los adolescentes y adultos jóvenes (población universitaria), así como un cambio en uso de los métodos anticonceptivos, motivado por lo que creemos un escaso conocimiento de la incidencia, probabilidad y otras variables de las enfermedades de transmisión sexual. Los jóvenes de nuestro medio refieren un aumento en la precocidad y número de relaciones, dándose éstas en condiciones que no siempre son seguras desde el punto de vista de la prevención de los embarazos no deseados y de las infecciones de transmisión sexual.

INJUVE 2012 (3) muestra que la media de edad a la que los jóvenes inician las relaciones coitales es de 15,8, 17,2 y 18 años si les pregunta a los grupos de edad de 15-19,20-24 y 24-29 años (entre el primer y tercer grupo etario se llevan 10 años y ha

descendido la edad de inicio de las relaciones coitales en 2,2 años). En el estudio de ENSS 2009 (67) se muestra que los jóvenes mantienen parejas estables pero en corto periodo de tiempo, de tal forma que un 46% de los varones y un 66% de las mujeres mantiene la misma pareja sexual durante un mínimo de seis meses.

En 2006, la Comisión Europea estableció una mesa redonda para abordar la salud sexual de “sus” jóvenes. Su objetivo era promover un sexo más seguro. En ese momento, en la Unión Europea, ya se venía observando un cambio en la práctica sexual del adolescente y adulto joven. De tal forma que el uso del preservativo había descendido hasta un 58% en Finlandia y Suecia, y el uso de todo tipo de anticonceptivos era tan bajo como el 73% en Polonia, y se detectaba un aumento de las infecciones de transmisión sexual en la Europa del Este (146).

En EE.UU la anticoncepción es de ámbito prácticamente universal, como nos dice el dato de que el 98% de las mujeres a las que se les ha practicado aborto, habían utilizado antes alguna forma de anticoncepción. A pesar de esto, el aborto es uno de las intervenciones quirúrgicas más comunes sobre pacientes en edad reproductiva, llegando a cifras de 1,2 millones en 2008 (147).

En un reciente estudio publicado en octubre del 2014, en el *New England Journal Of Medicine* (148) Secura aporta datos reveladores de la realidad que venimos comentando, como es que a pesar del descenso en la última época, en EE.UU al año se producen más de 600.000 gestaciones en adolescentes suponiendo esto que tres de cada diez (cuatro de cada diez en afroamericana y latina y dos de cada diez en raza blanca) quedará embarazada antes de los 20 años de edad. Esto es un problema tanto de salud pública como económico, como se deduce del hecho de que a la administración de EE.UU, en el año 2010 le supuso un coste de diez billones de dólares el embarazo adolescente, tanto por los gastos en si, como por las consecuencias en menor nivel de

formación y futuros ingresos de los hijos de madres adolescentes (149). En ocasiones, si nos centramos en el valor absoluto de estos procesos, nos hacemos una idea de la relevancia de los problemas, pero para afrontarlos con perspectiva, debemos evaluar la evolución de los mismos. Y es que en EE.UU, es a partir del 2005 cuando se ve un aumento en estas cifras de embarazo adolescente, que habían declinado principio desde los años 90. Se cree (92) que los jóvenes confían en la anticoncepción de emergencia como único método a la hora de prevenir la gestación, y ésta es entre un 58-95% efectiva cuando se utiliza correctamente después de una relación sexual.

En España, según el informe IVE en lo referente a los datos del 2012, están registrados 112.390 IVE con una tendencia ascendente desde el año 2003 como comentamos anteriormente en el apartado Interrupción Voluntaria del Embarazo.

En las diversas encuestas realizadas por el INJUVE (3) acerca de la situación de la juventud española se observa que la sexualidad aparece en el quinto puesto, y de forma mantenida con un 86% de valoración (después de salud, familia, dinero y aspecto físico) por encima de los asuntos políticos, económicos, etc. Luego no creemos que una educación restrictiva sea el mejor mecanismo para evitar los problemas derivados de las conductas sexuales.

En línea con los organismos internacionales de derechos humanos y de salud, el MSC considera que la mejor medida que las autoridades sanitarias pueden realizar para hacer frente a la IVE es establecer políticas de salud sexual y reproductiva que faciliten programas educativos, distintas opciones de anticoncepción efectiva, así como proporcionar servicios accesibles que aseguren llegado el caso, que las IVE se realicen en condiciones de calidad para las usuarias.

Los derechos sexuales y reproductivos han sido reconocidos internacionalmente como derechos inherentes a la condición humana tanto en declaraciones, convenciones y pactos de las Naciones Unidas como en otros documentos aprobados internacionalmente. En el apartado de Anexos exponemos la legislación actual española en referencia a los derechos sexuales y reproductivos. Se reconocen los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos y universales, porque abarcan a todos los seres humanos desde su nacimiento, porque son interdependientes, porque se conectan con todos los demás derechos humanos y porque son indivisibles en tanto se viven y actúan de un modo conjunto e integral.

Los derechos sexuales crean las condiciones que permiten que las personas determinen si quieren vincular la actividad sexual con fines reproductivos o no. Ambos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad, inherentes a todos los seres humanos, y al igual que la salud es un derecho fundamental, la salud sexual es también un derecho básico. De tal forma que entendemos a ésta como el resultado de un contexto en el que se reconoce, respeta y ejerce los derechos sexuales.

Por todo esto, se plantea la necesidad de mejorar la información sobre sexualidad y reproducción y el acceso a los anticonceptivos de las y los jóvenes, teniendo en cuenta que sea con enfoque de género y multicultural para evitar las desigualdades.

Tal como se comentó anteriormente, diversos organismos nacionales e internacionales consideran que la salud sexual y reproductiva en general, y la de la gente joven en particular, es un componente esencial de la salud individual y colectiva. También considera que el acceso a métodos anticonceptivos seguros y de probada eficacia así como una adecuada información sobre su uso de acuerdo con las

necesidades y las preferencias personales, contribuye a mejorar la salud sexual y reproductiva de los individuos, las familias y la sociedad.

1.7 Objetivo e hipótesis.

1.7.1 Objetivo general.

Conocer y valorar la situación real de la población universitaria en Salamanca con relación a su comportamiento sexual y anticonceptivo con el fin de detectar conductas de riesgo susceptibles de modificarse mediante programas educativos llevados a cabo por equipos multidisciplinares y elaborar a posteriori un método mediante el cual podamos interferir en el comportamiento de esta población a estudio.

1.7.2 Objetivos específicos.

1. Conocer los comportamientos sexuales de una población de jóvenes que cursa estudios en la Universidad de Salamanca.
2. Analizar los conocimientos sobre anticoncepción que poseen los jóvenes que cursan estudios en la Universidad de Salamanca.
3. Valorar los conocimientos sobre ITS entre los universitarios que cursan estudios en la Universidad de Salamanca.
4. Identificar los factores de riesgo asociados derivados de los comportamientos sexuales (Objetivo 1) en función del conocimiento sobre anticoncepción e ITS (Objetivos 2 y 3).
5. Aplicar una intervención educativa y evaluar posteriormente los cambios que puede ejercer dicha intervención sobre los conocimientos establecidos.

6. Proponer nuevos instrumentos válidos de medidas/programas educativos para mitigar las conductas de riesgo halladas en este grupo poblacional.

1.8 Hipótesis

A partir de estos objetivos y el anterior marco teórico se formula la siguiente hipótesis de trabajo.

1.8.1 Hipótesis de investigación.

Valorar si una intervención formativa en materia de ITS y Anticoncepción mejora el nivel de conocimientos con el fin de incorporar comportamientos saludables a largo plazo en los jóvenes universitarios.

1.8.2 Hipótesis nula H_0 .

No existen diferencias significativas entre la medida antes (pretest) y después (postest) de la intervención formativa.

1.8.3 Hipótesis alternativa H_1a .

Se espera encontrar una mejora significativa que no se explica por el azar, en los conocimientos adquiridos entre la medida antes (pretest) y después (postest) de la intervención formativa.

2 Material y Método

2.1 Diseño del estudio.

Para alcanzar los objetivos planteados en este trabajo, diseñamos un estudio de intervención cuasi-experimental antes-después (o pre-post), con un solo grupo o sin grupo control.

Si asumimos que en Ciencias de la Salud uno de los objetivos prioritarios del investigador es poner de manifiesto relaciones causales entre la “*exposición*” y la “*respuesta*”, los ensayos clínicos deberían ser considerados como el método científicamente más riguroso de probar hipótesis. Sin embargo, no siempre se pretende poner de manifiesto relaciones causales o no siempre es factible realizar estudios experimentales.

Cuando los sujetos del experimento son personas, la aleatorización o la existencia de un grupo control puede ser problemático o imposible, por lo que los estudios cuasi-experimentales surgen como una posible alternativa. De la misma manera, no siempre se puede manipular el factor de estudio (la exposición).

La investigación cuasi-experimental sería aquella en la que existe una “*exposición*”, una “*respuesta*” y una hipótesis para contrastar, pero no hay aleatorización de los sujetos a los grupos de tratamiento y control, o bien, no existe grupo control propiamente dicho.

El diseño más habitual de este tipo de investigación es el estudio antes-después o pre-post de un sólo grupo o con grupo de control no equivalente. Este tipo de diseño se basa en la medición y comparación de la variable respuesta antes y después de la exposición del sujeto a la intervención experimental. Los diseños antes-después con un

solo grupo permiten al investigador manipular la exposición, pero no incluyen un grupo de comparación. Cada sujeto actúa como su propio control.

Por lo tanto, es un tipo de investigación que comparte gran parte de las características de un experimento, pero las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre grupos no equivalentes, es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la 'exposición'. La principal dificultad será llegar a diferenciar los efectos específicos del tratamiento ("exposición") de aquellos efectos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad de los grupos al inicio y durante el estudio, lo que compromete la validez interna del estudio. En el caso de que no exista grupo control, no se podrá asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, o a otras intervenciones o factores no controlados.

ESTUDIOS CUASI-EXPERIMENTALES	
VENTAJAS	LIMITACIONES
<ul style="list-style-type: none">▪ Alternativa cuando no es posible aleatorizar una intervención o cuando no es posible tener un grupo control.	<ul style="list-style-type: none">▪ No se puede asegurar que los cambios aparecidos sean debidos a la propia intervención, a otras intervenciones o factores no controlados.▪ Existe la posibilidad, sobre todo cuando no existe grupo control, de que se produzca el efecto Hawthorne¹, el efecto placebo², la regresión a la media³ y el no control de la evolución natural⁴ de la enfermedad.

1. Efecto Hawthorne: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando.
2. Efecto placebo: la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo.
3. Regresión a la media: la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo.
4. Evolución natural: cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa.

Tabla 2.1. Ventajas e inconvenientes de estudios Cuasi-experimentales.

Por lo tanto, en esta investigación se diseña un estudio de intervención antes-después (o pre-post) de un sólo grupo, que se lleva a cabo en la población universitaria de Salamanca, a la cual se le aplica una intervención educativa en materia de *Salud Sexual y Reproductiva*.

2.2 Ámbito del estudio. Población y muestra.

Por ámbito de un estudio de investigación nos referimos a la población en la cual se va a realizar el mismo, cabiendo distinguir:

POBLACIÓN DIANA

- Población a la cual quisiéramos generalizar los resultados, generalmente inaccesible para el investigador.



POBLACIÓN DE ESTUDIO

- **Experimental o de referencia:** subconjunto de la población diana que se tiene interés en estudiar y queda definida por los criterios de selección. La definición de esta población permitirá conocer las características de los individuos en los cuales se observa un determinado efecto o asociación, evaluar la idoneidad para alcanzar el objetivo formulado, permite reproducir el estudio a otros investigadores y determina la posibilidad de extrapolación de los resultados a la población diana.



MUESTRA

- Subconjunto de la población experimental realmente estudiada.

2.2.1 Población diana.

En nuestro caso, la población diana está constituida por la población universitaria, que representan el centro del estudio y a la que se generalizan los resultados.

2.2.2 Población de estudio.

La población de estudio representa el conjunto de individuos que deseamos estudiar, que reúne unas características determinadas, cumple los criterios predeterminados y que es accesible al investigador como el conjunto de sujetos a estudiar. Nuestra población de estudio son los estudiantes de la Universidad de Salamanca (en adelante USAL).

Se trata de una universidad de tamaño medio, entre 25.000 y 26.000 matriculados en los estudios de Grado y Titulaciones no adaptadas. Si a esta cifra se le añade la matrícula de estudiantes en Másteres universitarios, Programas de Doctorado y Títulos Propios, el tamaño supera los 30.000 estudiantes.

Tabla 2.2 Nº Total de estudiantes de grado y titulaciones no adaptadas impartidas en la USAL. Datos obtenidos del sistema integrado de información universitaria.

CENTROS	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
F. Bellas Artes	802	809	796	787
F. Biología	1.179	1.140	1.125	1.074
F. Ciencias	1.486	1.508	1.627	1.514
F. CC Agrarias y Ambientales	781	748	753	711
F. CC Químicas	842	810	830	849
F. CC Sociales	1.330	1.329	1.302	1.332
F. Derecho	2.137	2.093	2.085	2.157
F. Economía y Empresa	2.969	2.778	2.652	2.370
F. Educación	1.849	1.739	1.910	1.690
F. Farmacia	1.209	1.178	1.203	1.126
F. Filología	1.378	1.458	1.615	1.680
F. Filosofía	211	226	231	225
F. Geografía e Historia	916	967	979	945
F. Medicina	1.314	1.422	1.490	1.502
F. Psicología	1.398	1.394	1.355	1.282
F. Traducción y Documentación	467	452	457	449
E. Politécnica Superior de Ávila	401	341	310	828
E. Politéc. Superior de Zamora	1.648	1.598	1.502	1.576
E.T.S.I.I. Béjar	496	487	729	566

Material y Método

E.U. Enfermería y Fisioterapia	485	469	1.072	872
E.U. Educación y Turismo (Ávila)	688	759	1.000	944
E.U. Magisterio de Zamora	844	815	897	787
E.U. Enfermería de Ávila	123	133	222	200
E.U. Enfermería de Zamora	211	202	254	226
E.U. Relac. Laborales de Zamora	79	87	99	139
TOTALES	25.243	24.942	26.495	25.831

La USAL oferta un total de 81 titulaciones oficiales de 1º y 2º ciclo, pertenecientes a las cinco ramas de conocimiento. Como en la mayor parte de las universidades españolas, la rama de Ciencias Sociales y Jurídicas es la que agrupa un mayor número de estudiantes matriculados. Sin embargo, se puede hablar de una mayor especialización en Humanidades y Experimentales, que suponen respectivamente un 15,31% y un 13,82% de la matrícula, muy por encima de la media de las universidades públicas (en adelante UU.PP). españolas (Fuente: La Universidad española en Cifras 2008) (150).

La USAL siempre se ha caracterizado por su capacidad para atraer estudiantes de fuera de “*su mercado natural*”. La USAL es la segunda universidad del país que capta más estudiantes de fuera de su región. El 43-45% de sus estudiantes de nuevo ingreso han nacido más allá de Castilla y León. Este rasgo se va acrecentando con el paso de los años.

También destaca la capacidad de atracción de estudiantes extranjeros. En titulaciones de 1º y 2º ciclo el 0,8-1% de los estudiantes de nuevo ingreso provienen de Europa y 1,5% del resto del mundo. Estas cifras se elevan aún más en lo referente a nuestros programas de doctorado en donde un 14-15% son estudiantes provenientes de Europa y un 35% del resto del mundo, especialmente de Iberoamérica (Fuente: La Universidad en Cifras 2008) (150).

2.2.3 Muestra.

Una parte fundamental para realizar un estudio estadístico de cualquier tipo es obtener unos resultados confiables y que puedan ser aplicables. Resulta casi imposible llevar a cabo estudios sobre toda una población por lo que la solución es hacerlo sobre una muestra.

Para que una muestra sea representativa debe reunir cuatro condiciones:

1. Que comprenda parte del universo.
2. Que su amplitud sea estadísticamente proporcional a la magnitud del universo.
3. La ausencia de distorsión en la elección de los elementos de la muestra para evitar sesgos.
4. Que sea representativa y reflejo fiel del universo, de tal modo que reproduzca sus características en orden a la investigación.

En la literatura médica es frecuente encontrarse con un tamaño de muestra insuficiente que obliga a una interpretación cuidadosa y prudente de los resultados.

Al objeto de conocer el tamaño de muestra ideal, dadas las características demográficas de nuestra población, calculamos, mediante las Tablas de Arkin y Colton para un universo de población finita (universos finitos), el tamaño de muestra que garantiza una representatividad de la población a la que pertenece, obteniendo en el cálculo la cifra 394.

Finalmente, la muestra objeto de estudio quedó constituida por 548 alumnos (superior al tamaño de muestra necesario para que los datos sean representativos: 394) que han participado en las tres ediciones consecutivas (2011/2012/2013) del CURSO EXTRAORDINARIO “*Salud sexual y reproductiva*” que oferta la Universidad de Salamanca

a cualquier estudio de Grado, Licenciatura o Diplomatura de cualquier rama del conocimiento.

2.3 Fuente de información.

Para la recogida de datos primarios se elaboró un **cuestionario estructurado** (a todos se les realiza las mismas preguntas, de la misma forma y en la misma secuencia) y *autocumplimentado*.

Para el diseño del cuestionario -“*instrumento de medida*”- se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de los instrumentos de medida previos usados en otros estudios con fines similares, con el fin de preservar al máximo la posibilidad de comparación de los resultados. Como novedad se incluyen ítems o variables que recogen definiciones que reflejan los mitos que presentan los jóvenes, y además la definición real de lo que supone o en qué consiste el método o la ITS, para comprobar si realmente cuando dicen que saben/conocen esa información se corresponde con la realidad. Es decir, unos ítems valoran el término/denominación y otros el contenido del concepto a través de respuesta dicotómica (V-F) con el fin de poner de manifiesto lo que dicen que saben o creen que saben y conocen de los conocimientos reales en Salud Sexual y Reproductiva.

Una vez elaborado se realizó un *estudio piloto* que nos permitió un análisis preliminar del instrumento de medida (orden de los ítems, redacción, comprensión, terminología, errores existentes, duración media de la cumplimentación,...), así como valorar la acogida por parte de sus destinatarios, los estudiantes universitarios.

Una vez hechas las modificaciones oportunas, corregidos los errores, deficiencia, se configuró el cuestionario definitivo (ver Anexo I).

El cuestionario resultante se estructura en 4 bloques de información:

- A. Hábitos sexuales.
- B. Conocimientos sobre Anticoncepción. Mitos y realidades.
- C. Conocimientos acerca de las ITS. Mitos y realidades.
- D. Información recibida.

Cada bloque se compone de un grupo de *variables* cuidadosamente seleccionadas y formuladas mediante *items*, un total de 98 items, presentados de *forma cerrada* (se especifica la posible respuesta), de manera que los alumnos sólo han de señalar la opción elegida, lo que facilita la respuesta, agiliza la autocumplimentación y el registro posterior en la base de datos.

El cuestionario ha sido *anónimo*, con el fin de que sea contestado por el alumno de forma individual y sincera.

2.4 Trabajo de campo.

Para garantizar la calidad en la recogida de los datos, uno de los requisitos básicos es la estandarización del procedimiento, favoreciendo la uniformidad de procedimientos y criterios en la aplicación del cuestionario.

El cuestionario diseñado se aplicó antes y después (pre y post) de una *Intervención educativa* que consistió en un *Curso Extraordinario* ofertado por la Universidad de Salamanca en ediciones sucesivas, abierto a toda la Comunidad de estudiantes universitarios, cuyo objetivo es dotar de información científica y de calidad en materia de Sexualidad reproductiva: anticoncepción, ITS y mitos al respecto de estos temas y conductas sexuales.

2.5 Procesamiento y análisis de los datos.

Una vez cumplimentados los cuestionarios se procedió a introducir la información recogida en soporte informático. El programa utilizado para realizar la explotación de los datos fue el programa estadístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en su versión 21.0. En el tratamiento de la información obtenida se han utilizado diversos enfoques estadísticos:

En primer lugar se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas y cada una de las variables analizadas, así como la correspondiente estadística descriptiva (medidas de tendencia central y de dispersión) de las variables cuantitativas incluidas en el estudio (ANÁLISIS UNIVARIANTE O UNIVARIADO).

Los resultados cuantitativos se expresan en forma de media y desviación estándar, los resultados cualitativos se expresan en forma de frecuencias relativas (porcentaje o proporción) y se acompañan de los respectivos intervalos de confianza (en adelante IC) del 95% para una proporción, que nos permite estimar el parámetro poblacional a partir de los valores que las variables ofrecen en los individuos de la muestra.

En segundo lugar se ha realizado un estudio de asociación entre las variables (ANÁLISIS BIVARIANTE Y MULTIVARIANTE) con el fin de analizar la posible relación, estadísticamente significativa, entre las variables incluidas en el estudio. Para ello se han utilizado las pruebas paramétricas y no paramétricas adecuadas en función de la naturaleza de las variables (cualitativas o cuantitativas) controladas y se han aplicado los procedimientos y técnicas de análisis oportunas, teniendo en consideración dos (modelos bivariantes) o más variables (modelos multivariantes) simultáneamente.

En el ANÁLISIS BIVARIANTE, dado que la variable dependiente o resultado es categórica o cualitativa y la mayoría de las variables independientes analizadas son también cualitativas, la fuerza de la asociación se midió con el estadístico Chi-cuadrado (X^2) de Pearson y la estimación de la odds ratio (en adelante OR), que se acompaña del correspondiente IC 95% para la OR, que analiza la precisión. Para comparar medias de las variables cuantitativas se aplicó la T de Student/ANOVA, MLG (Modelo Lineal General).

Posteriormente, aquellas variables que revelaron significación estadística fueron estudiadas mediante el modelo de regresión logística. (ANÁLISI MULTIVARIANTE).

Por último, indicar que el *nivel de significación estadística* (error) asumido por el investigador ha sido el 5% (grado de significación estadística $p < 0,05$).

3 Resultados

3.1 Datos generales de la muestra.

La muestra quedó constituida por 548 alumnos que han participado en las tres ediciones consecutivas (2011/2012/2013) del CURSO EXTRAORDINARIO “*Salud sexual y reproductiva*” que oferta la Universidad de Salamanca a cualquier estudio de Grado, Licenciatura o Diplomatura de cualquier rama del conocimiento.

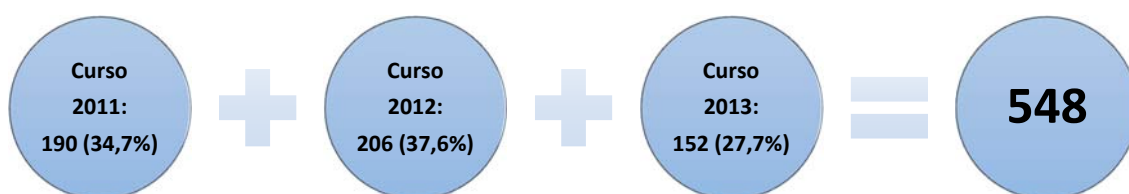


Ilustración 3.1 Distribución de la muestra según la edición del curso en el que han participado

La mayor parte de la muestra son mujeres (442; 82%), en clara consonancia con la situación real de la universidad actual, donde el número de alumnas supera al de alumnos en la mayor parte de las titulaciones, sobre todo en el campo de Ciencias de la Salud y Educación.

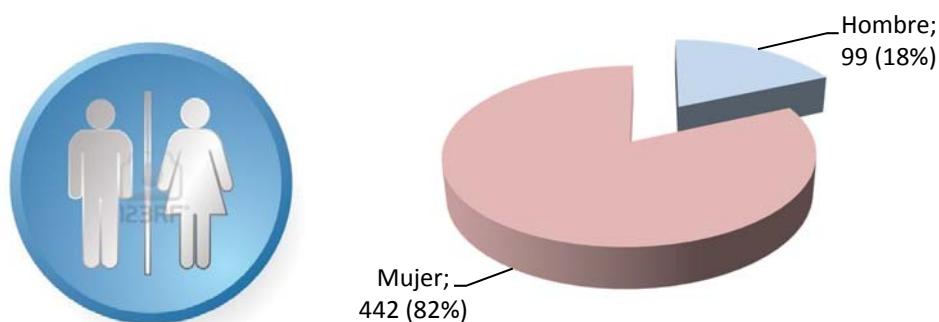


Ilustración 3.2 Distribución de la muestra según género

La falta de homogeneidad en la muestra, con la escasa representación de hombres (99; 18%), dificulta el análisis comparativo según género que en un principio nos habíamos planteado como objetivo, si bien es un reflejo concordante con la situación universitaria y la distribución de género que se está dando, tanto en la Universidad de Salamanca, como en el resto de las universidades españolas.

En cuanto a la variable edad, el histograma siguiente nos informa la distribución de la muestra.

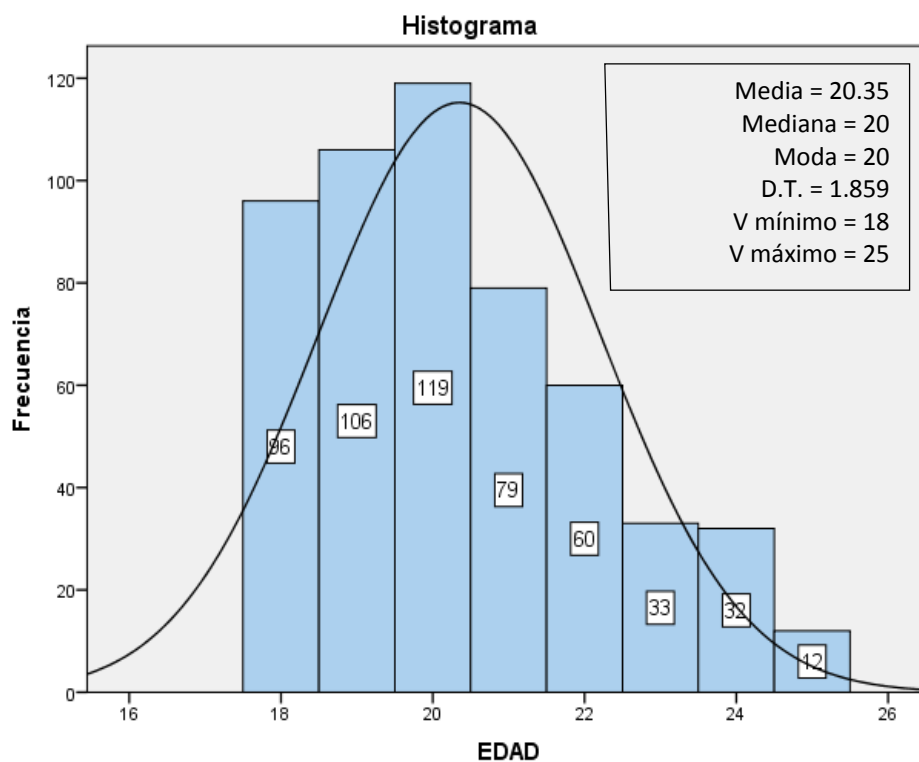


Ilustración 3.3. Histograma de distribución por edades de la muestra.

La media de la muestra fue 20,35 años (Desviación típica: 1,859) y en rango o amplitud de la muestra incluye desde los 18 a los 25 años.

Destacar que son los alumnos que pertenecen a los primeros cursos universitarios los que más participan en estos Cursos Extraordinarios que oferta la Universidad.

La mayor parte de los alumnos objeto de estudio pertenecen a titulaciones incluidas en las ramas del conocimiento de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Jurídicas.

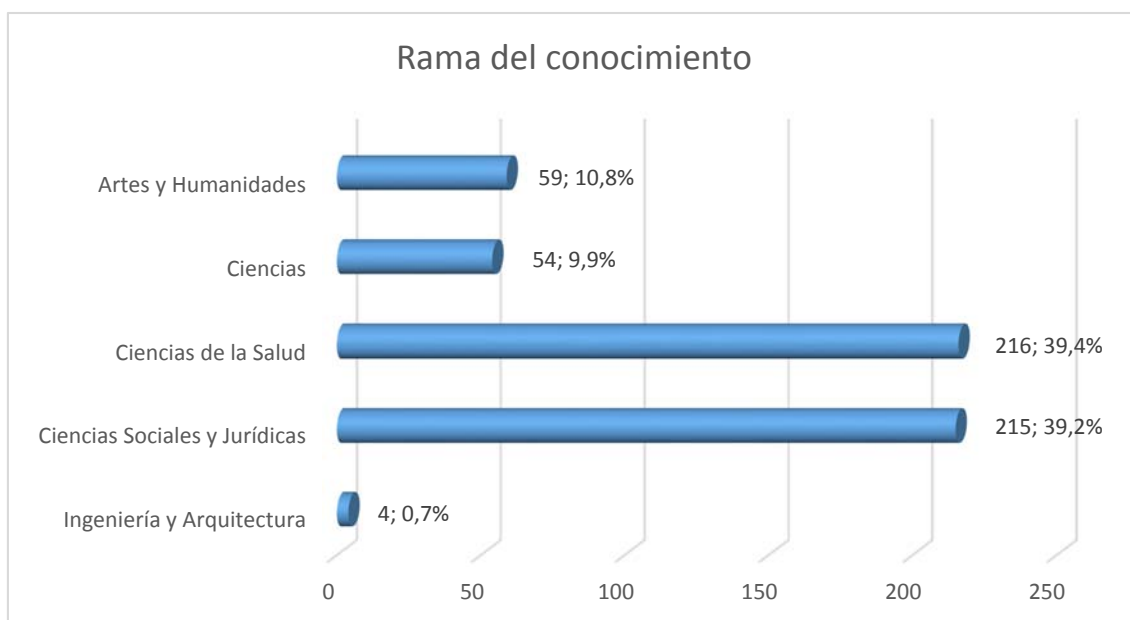


Ilustración 3.4. Distribución del alumno según rama del conocimiento

Entre las titulaciones de **Ciencias de la Salud**, en la muestra han participado alumnos de todas las Titulaciones de Grado incluidas en esta rama del conocimiento: *Medicina, Odontología, Farmacia, Enfermería, Fisioterapia, Psicología y Terapia Ocupacional*.

En cuanto a la rama del conocimiento **Ciencias Sociales y Jurídicas**, los alumnos que han participado en el estudio pertenecen a las titulaciones de *Educación, Pedagogía, Sociología y Trabajo Social*, fundamentalmente.

Como curiosidad, los alumnos de Ciencias pertenecen a las Titulaciones de *Biología, Biotecnología y Ciencias Ambientales*; mientras los alumnos de Artes y Humanidades que han participado en la intervención educativa cursan estudios de *Humanidades, Traducción e Interpretación y Bellas Artes*.

Por lo tanto, obtenemos una muestra con una representación bastante igualada de los alumnos de Ciencias de la Salud y Ciencias Sociales y Jurídicas, por lo que el Curso es de interés en toda la Comunidad Universitaria y no sólo entre los alumnos de Ciencias de la Salud como cabría esperar a priori.

3.2 Conductas sexuales y hábitos de riesgo

En el primer ítem recogemos información sobre sus prácticas sexuales (Ilustración 3.5).

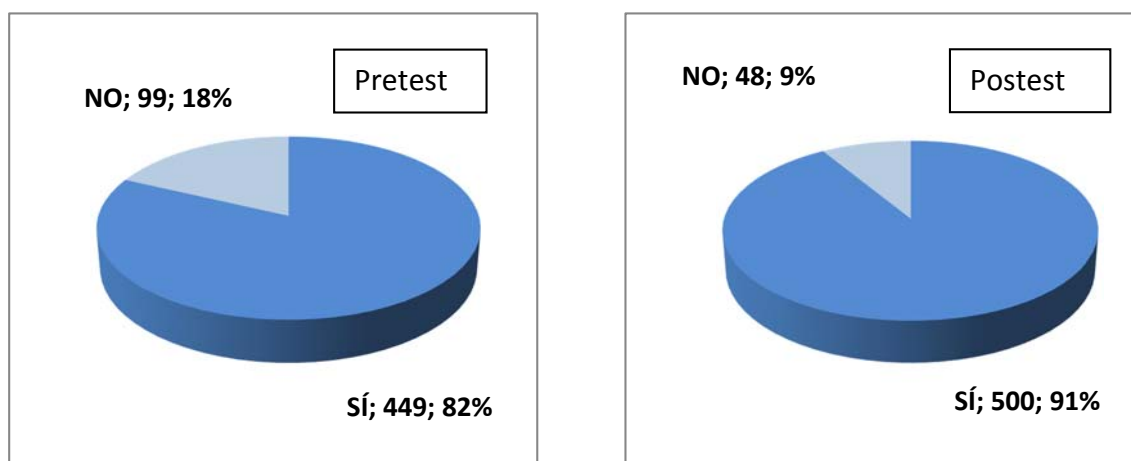


Ilustración 3.5. ¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con penetración?

El 82 % (pretest) y el 91% (postest) de los jóvenes universitarios participantes en el estudio refieren haber tenido relaciones sexuales con penetración. Como se comentó anteriormente tenemos dificultades para analizar los hábitos en función del género

dada la distribución de la muestra. En base a esto, y con cautela, podemos comentar que observamos diferencias de conducta con relación al género, pues analizando la respuesta de los universitarios a esta pregunta, obtenemos que el 75% de los hombres respondieron afirmativamente, frente al 83,5% de las mujeres ($p=0,046$).

Por edades, poco podemos destacar, más que, en una muestra de media de edad 20,35 años, más del 90% de la misma había tenido relaciones sexuales con penetración. Poca información nos da y no diferente de los estudios al respecto. Según los datos recogidos en la ilustración 3.6, el 22% de la población había mantenido su primera relación sexual con penetración antes de los 16 años.

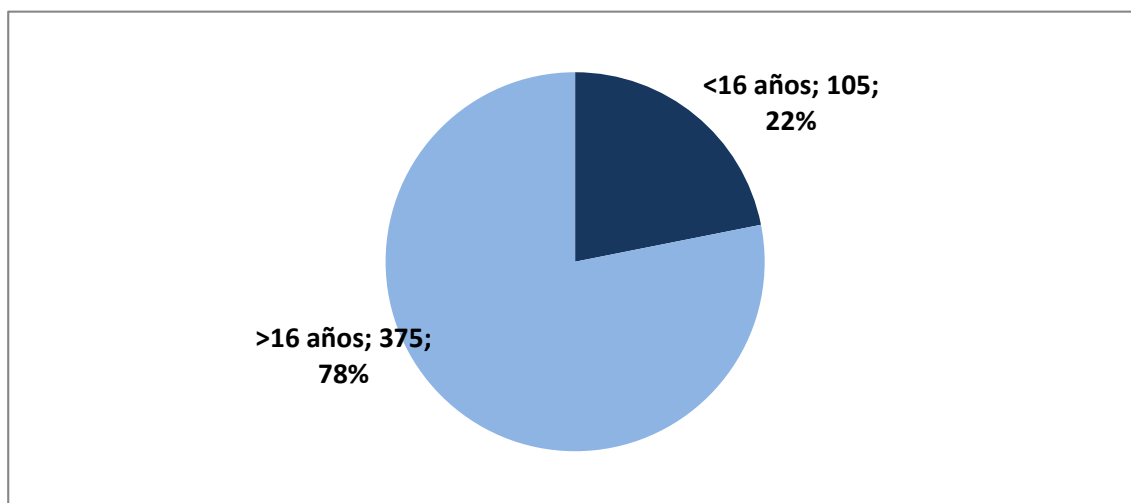


Ilustración 3.6. Edad de inicio de la primera vez.

No se observan diferencias con relación al género en cuanto a la edad de inicio, donde los porcentajes son similares: antes de los 16 años, 22,1% mujeres y 20,3% hombres.

Respecto a la primera vez que tuvieron relaciones sexuales con penetración, los alumnos respondieron a los ítems representados en las ilustraciones 3.7, 3.8 y 3.9.

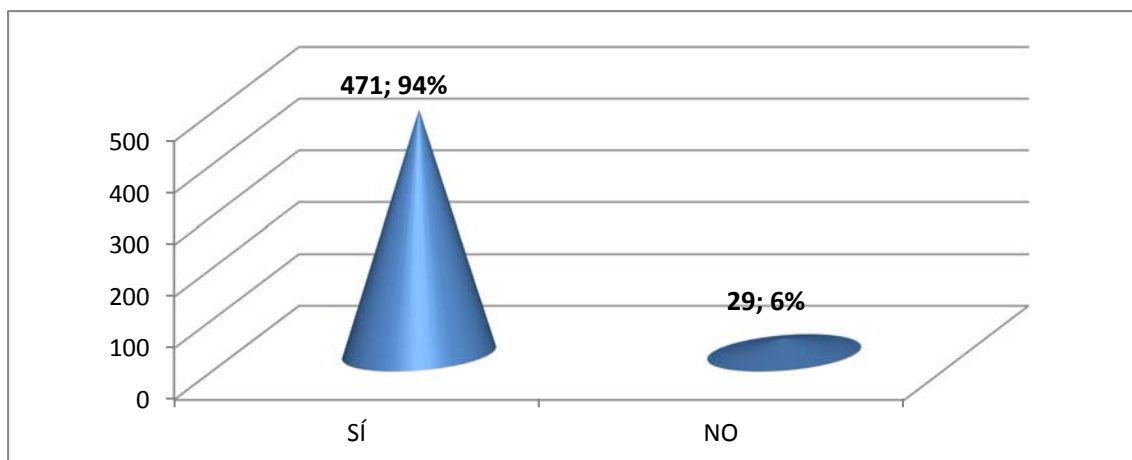


Ilustración 3.7. Utilizaste método anticonceptivo la primera vez.

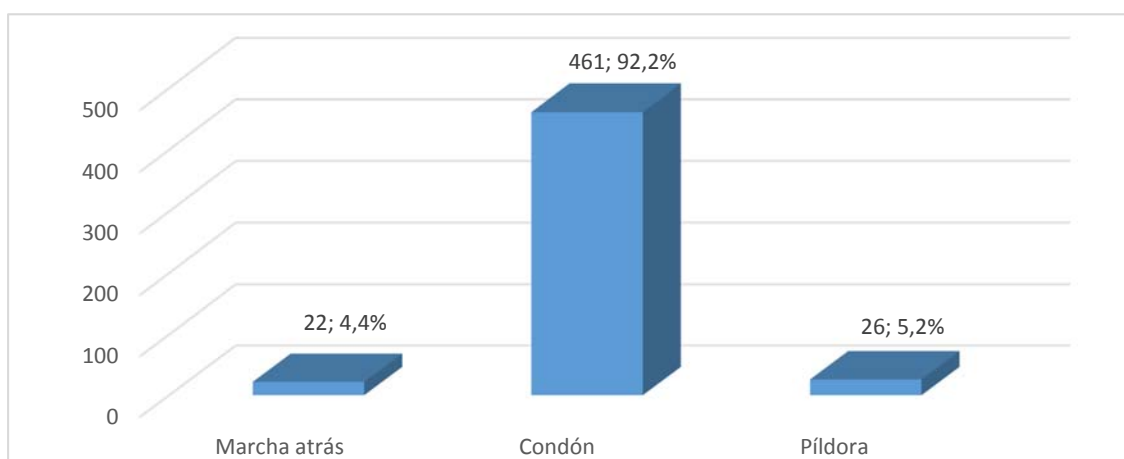


Ilustración 3.8. Métodos anticonceptivos utilizados la primera vez.

El 94% de los encuestados refiere haber utilizado algún método anticonceptivo en el transcurso de su primera relación sexual con penetración. Con cautela, podemos comentar que, en este caso, el 95,4% de las mujeres sí utilizan un método anticonceptivo la primera vez, frente al 86,6% de los hombres ($p=0,005$).

La ilustración 3.8 representa como se distribuye el uso del método anticonceptivo en la primera relación con penetración. En la inmensa mayoría se utilizó

el preservativo (92,2%), distribuyéndose el resto prácticamente por igual entre la píldora (5,2%) y la marcha atrás (4,4%).

Cuando preguntamos “Acerca de la primera vez” en un modelo de multirespuesta, los universitarios refieren mayoritariamente que ésta se produjo por amor, en un 72,2% de las ocasiones y por placer en otro elevado porcentaje (61,2%). Porcentajes inferiores obtenemos para la respuesta “fue por probar” (21%) y a causa del alcohol (6,8%).

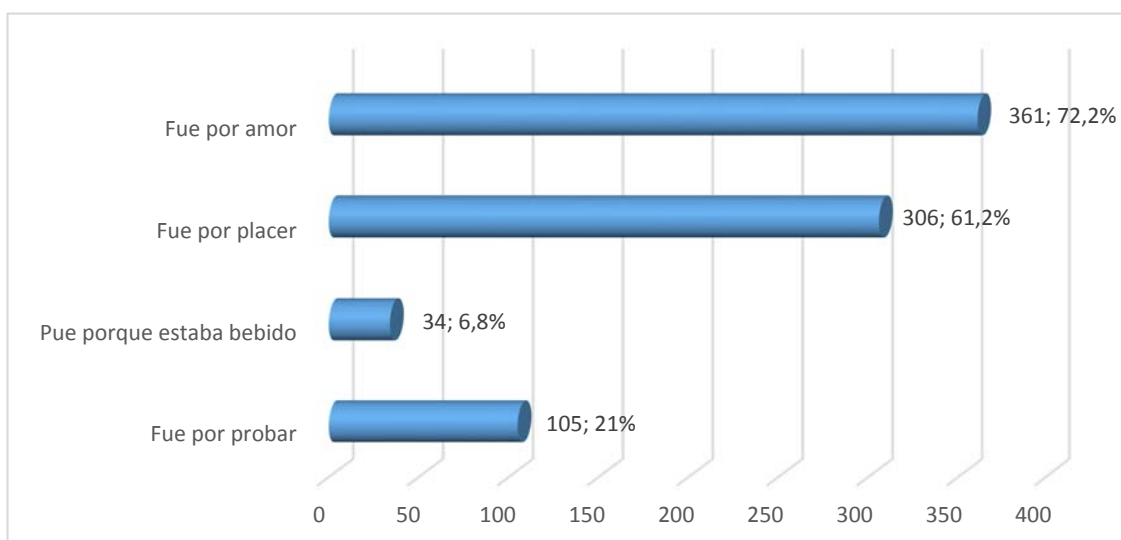


Ilustración 3.9. Acerca de la primera vez.

En la ilustración 3.10, analizamos el comportamiento de los universitarios que participan en nuestro estudio en función de cuatro preguntas a las que pedimos una respuesta en forma de porcentaje.

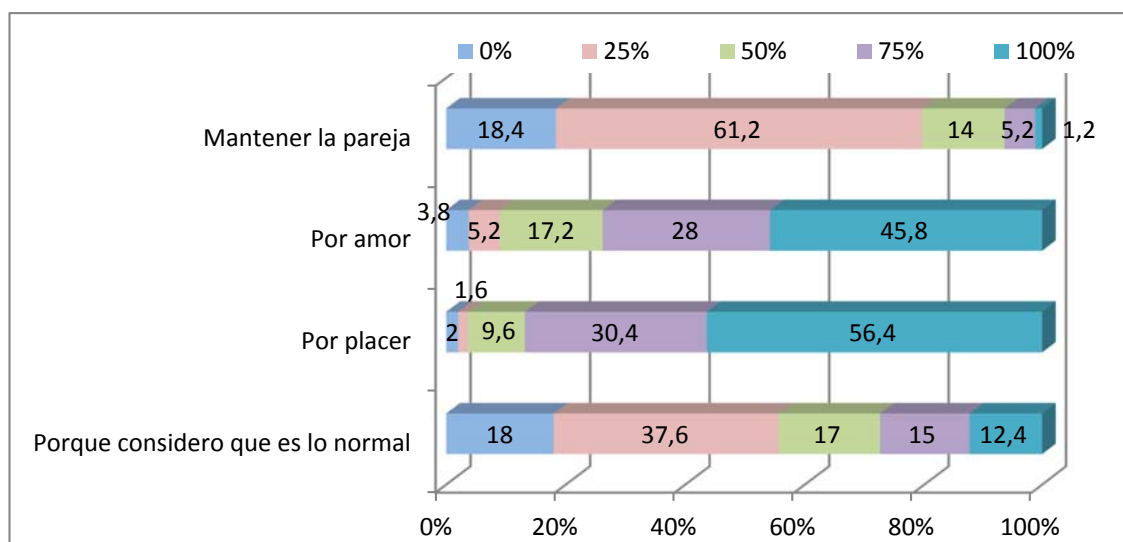


Ilustración 3.10. Cuando mantienes relaciones sexuales lo haces por.

De tal forma que ante la pregunta de *cuál es el motivo principal por el que ellos mantienen relaciones sexuales*, ante la opción de respuesta *“para mantener mi pareja”*, la mayoría (un 61,2%) de los encuestados le dan una importancia relativamente baja (el 25%), casi el 20% de ellos en ningún caso (0%) lo hacen para mantener la pareja, y son porcentajes más pequeños (14, 5,2 y 1,2%) los que le dan importancia del 50%,75% y 100% al mantener la pareja como motivo de la relación sexual.

En cuanto a la motivación afectiva o *“por amor”*, nos encontramos que casi la mitad (45%) de la población participante en el estudio en el 100% de los casos mantiene relaciones sexuales por amor, siendo este motivo el 75% del causante de la relación sexual en el 28% de los jóvenes, el 5,2% y el 3,8% de ellos los que dicen que en uno de cada cuatro o en ninguna de las ocasiones tienen relaciones por amor (respectivamente).

Porcentajes muy similares a los anteriores nos encontramos ante el *placer* como motivo de la relación sexual. El 56,4% y el 30,4% de los universitarios estudiados tienen relaciones sexuales siempre (100%) o tres de cada cuatro ocasiones por placer

(respectivamente). Mientras que el 2% nunca lo hace por placer, y el 1,6% en las menos de las ocasiones (1 de cada 4).

Más equitativos son los porcentajes que salen ante la respuesta de “*es lo normal que hay que hacer*” proporciones similares van desde los que nunca realizan actividades sexuales porque sea lo que hay que hacer, hasta los que dicen que siempre lo hacen porque es lo que hay que hacer. El 18% ninguna vez lo hace por este motivo, el 37,6% en una de cada cuatro ocasiones mantiene relaciones porque “es lo que hay que hacer”, mientras que el 17%, 15% y el 12,4% en la mitad, tres cuartas partes o en todas las ocasiones (respectivamente) lo realiza argumentando que “es lo que hay que hacer”.

Los hábitos sexuales hallados en la muestra poblacional de nuestro estudio son los presentados en la ilustración 3.11. Ante la pregunta sobre las prácticas sexuales actuales, y tratándose de un modelo de multirespuesta, nos encontramos que el 95,8% de los jóvenes que presentan relaciones sexuales tienen coito vaginal. La felatio y cunilingus en porcentajes similares, el 63,8% y el 62,4 % de los casos respectivamente. El 11% de los encuestados practican coito anal.

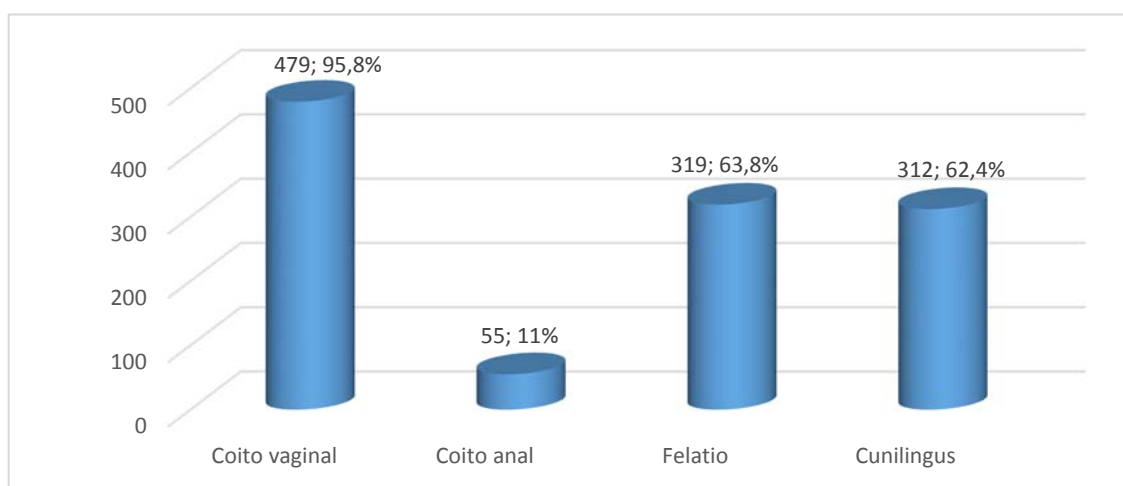


Ilustración 3.11. Tipo de relaciones sexuales actuales.

A continuación, ilustración 3.12, se observa que el 74,4% de los jóvenes de nuestra población utiliza algún método anticonceptivo de forma consistente (100% de las veces). Dentro del 25,6% que es inconsistente en este sentido, el 18% lo es en tres de cada cuatro ocasiones y del 8% restante, bien nunca (4%) bien de forma muy ocasional (en una de cada cuatro ocasiones el otro 4%). Como venimos comentando en cuanto al género y siempre de forma orientativa, observamos diferencias entre hombre y mujeres en cuanto al uso consistente (100% de las ocasiones) del método anticonceptivo (hombres un 64,2% vs mujeres un 75,5%).

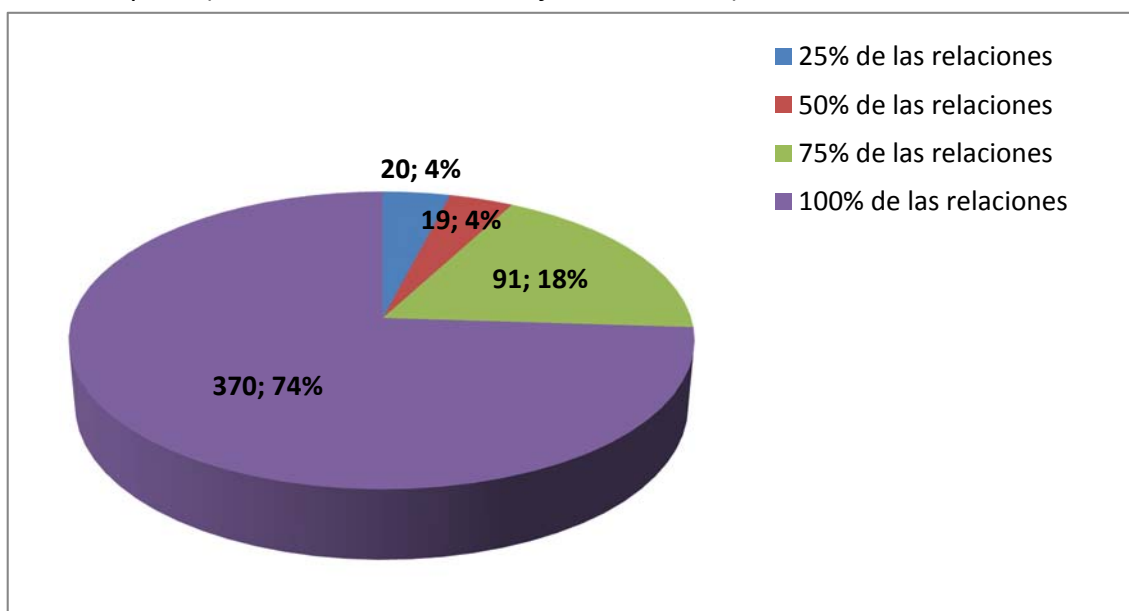


Ilustración 3.12. Adherencia al método anticonceptivo en las relaciones coitales.

Por último dentro de este módulo de conductas sexuales y hábitos de riesgo, recogemos información acerca del método anticonceptivo que utilizan habitualmente en sus prácticas sexuales (tabla 3.1).

Tabla 3.1. El método anticonceptivo que uso es.			
A.6.- El método anticonceptivo que uso es...		Frecuencia	% *
20	Preservativo femenino	6	1,2%
21	Preservativo masculino	439	87,8%
22	Marcha atrás	72	14,4%
23	Píldora	138	25,2%
24	Anillo vaginal	39	7,1%
25	Parche	5	0,9%
26	DIU	4	0,7%
27	Preservativo + píldora	73	13,3%
28	Ninguno	131	26,2%
29	He abortado	9	1,8%
30	La píldora postcoital	63	12,6%

***Posibilidad de multirespuesta con lo que la suma de los porcentajes no resulta el 100%**

Esperable según lo publicado en la literatura y pudiéndose considerar una cifra alta y, por ello, buena desde el punto de vista de la Salud Pública, el 87,8% de los jóvenes utiliza el preservativo. Llama la atención que el 14,4% de la población a estudio en ocasiones utiliza la marcha atrás y que el 26,2% de ellos en ocasiones no utilice ningún método. De esto se entiende que casi un 15% de ellos tienen que recurrir a formas o a situaciones “post coitales” como la píldora postcoital (12,6%) o incluso el aborto (1,8%). El 25,2% de los universitarios encuestados utiliza la píldora anticonceptiva. Existen otros métodos anticonceptivos hormonales usados en menor cuantía como son el anillo vaginal (7,1%) o el parche (0,9%). El doble método incentivado por muchas sociedades médicas y administrativas en el momento actual es utilizado por el 13,3% de los jóvenes de esta muestra.

3.3 Conocimientos sobre anticoncepción.

Un segundo bloque de información recoge datos sobre anticoncepción. Las ilustraciones 3.13 y 3.14 presentan los resultados obtenidos de forma general antes de la intervención educativa.

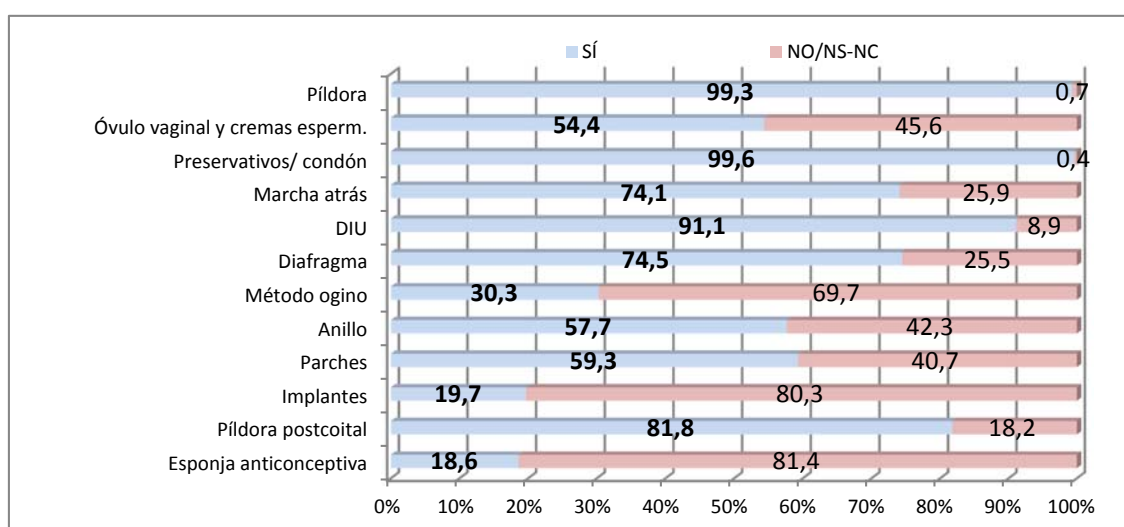


Ilustración 3.13. Qué método anticonceptivo conoces.

Los universitarios afirman conocer la mayoría de los métodos anticonceptivos (Ilustración 3.13): desde el preservativo (99,6%), la píldora (99,3%) y el DIU (91,1%), pasando por píldora poscoital (81,8%), diafragma (74,5%) y marcha atrás (74,1%), hasta método Ogino (30,3%), implantes (19,7%) y esponja anticonceptiva (18,6%). Los datos presentados en esta ilustración son los esperados, por el hecho de que los métodos más conocidos (píldora, preservativo, DIU) por la población de estudio, se corresponden con los más utilizados por la población general.

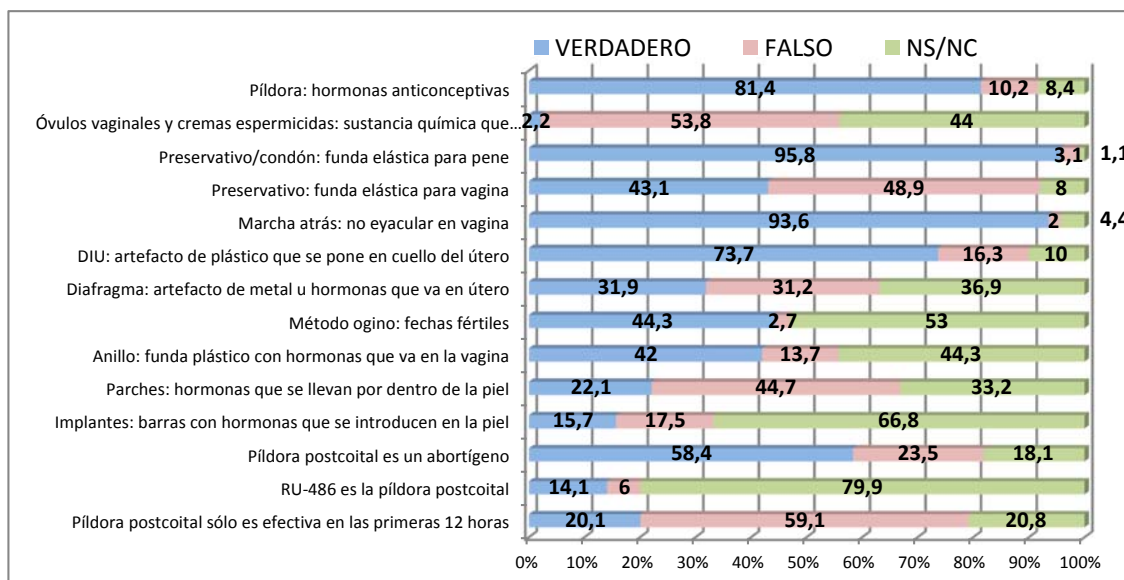


Ilustración 3.14. ¿La definición siguiente es correcta?

Sin embargo, al valorar los conocimientos reales y la calidad de la información acerca de qué es y cómo se utiliza a través de ítems de respuesta dicotómica (verdadero-falso) que recogen una serie de definiciones (Ilustración 3.14), o bien dudan/desconocen, o bien la información que poseen es incorrecta.

Llama la atención que a pesar de que un 99,3% refiere conocer la píldora, un 20% de estos no conoce la característica “esencial” de la misma. No saben que es un compuesto hormonal, o cuanto menos lo dudan.

Observamos que están más informados respecto al preservativo (95,8%) y la marcha atrás (93,6%). A pesar de que contesta entorno al 50% que conoce los espermicidas y los óvulos vaginales, realmente más del 95% tienen dudas o incluso no conocen lo que son y su mecanismo.

El desconocimiento es más acusado en torno al método Ogino y periodos fértiles (53% NS/NC), así como dispositivos hormonales que llevan menos tiempo en el mercado

que la píldora, como son el anillo vaginal (44,3%-NS/NC) y el parche (33 %NS/NC). De forma similar, el diafragma refiere conocerlo un 75% de los encuestados, pero realmente es el 31% el que conoce de qué se trata. El desconocimiento es total en la píldora postcoital (80%-NS/NC) y los implantes (66,8%-NS/NC; 15,7%-V; 17,5%-F).

En la tabla 3.2 se presentan detalladamente los resultados obtenidos en el análisis de los items que recogen información acerca de los métodos anticonceptivos que dicen conocer los jóvenes universitarios antes y después de la intervención educativa.

Tabla 3.2 Estudio descriptivo de frecuencias (<i>Análisis univariante</i>) y de asociación PRETEST-POSTEST (<i>Análisis bivariante</i>) ante la pregunta qué anticonceptivos conoces.								
B.1.- Qué métodos anticonceptivos conoces								
		PRETEST			POSTEST			p
		Si	NO	NS/NC	Sí	NO	NS/NC	
		Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	
31	Píldora	544 99,3%±1	2 0,4%±1	2 0,4%±1	547 99,8%±0	1 0,2%±0	0	0.000
32	Óvulo vaginal y cremas esperm.	298 54,4%±4	208 38%±4	42 7,6%±2	385 70,3%±4	144 26,2%±4	19 3,5%±2	0.000
33	Preservativos/ condón	546 99,6%±1	0	2 0,4%±1	546 99,6%±1	2 0,4%±1	0	0.000

34	Marcha atrás	406 74,1%±4	126 23%±4	16 2,9%±1	432 78,8%±3	99 18,1%±3	17 3,1%±1	0.000
35	DIU	499 91,1%±2	38 6,9%±2	11 2%±1	525 95,8%±1	21 3,8%±2	2 0,4%±1	0.000
36	Diafragma	408 74,5%±4	111 20,3%±3	29 5,2%±2	479 87,5%±3	60 10,9%±3	9 1,6%±1	0.000
37	Método ogino	166 30,3%±4	312 56,9%±4	70 12,8%±3	420 76,6%±4	111 0,3%±3	17 3,1%±1	0.000
38	Anillo	316 57,7%±4	191 34,9%±4	41 7,5%±2	505 92,2%±2	37 6,8%±2	6 1,0%±1	0.000
39	Parches	325 59,3%±4	172 31,4%±4	51 9,3%±2	515 94%±2	31 5,6%±2	2 0,4%±1	0.000
40	Implantes	108 19,7%±3	362 66,1%±4	78 14,2%±3	419 76,5%±4	116 21,2%±3	13 2,3%±1	0.000
41	Píldora postcoital	448 81,8%±3	88 16,0%±3	12 2,2%±1	477 87%±3	64 11,7%±3	7 1,3%±1	0.000
42	Esponja anticonceptiva	102 18,6%±3	369 67,3%±4	77 14,1%±3	324 59,1%±4	195 35,6%±4	29 5,3%±2	0.000

La tabla 3.3 presenta los resultados obtenidos al analizar los items que recogen información real y de calidad en relación con los métodos anticonceptivos en el pretest y postest.

Resultados

Tabla 3.3. Estudio descriptivo de frecuencias (<i>Análisis univariante</i>) y de asociación PRETEST-POSTEST (<i>Análisis bivariante</i>) sobre la veracidad o no de determinadas afirmaciones.								
B.2.- ¿La definición siguiente es correcta?								
		PRETEST			POSTEST			p
		V	F	NS/NC	V	F	NS/NC	
		Frec. %±IC95	Frec. %±IC95	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95	Frec. %±IC95	Frec. %±IC95%	
43	Píldora: hormonas anticonceptivas	446 81,4%±3	56 10,2%±3	46 8,4%±2	490 89%±3	43 7,8%±2	15 2,7%±1	0.000
44	Óv. vaginales y cremas esperm: sust. química que anula esperm.	12 2,2%±1	295 53,8%±4	241 44%±4	121 22%±3	375 68,4%±4	52 9,5%±2	0.000
45	Preservativo/condón: funda elástica para pene	525 95,8%±2	17 3,1%±1	6 1,1%±1	530 96%±1	14 2,6%±1	4 0,7%±1	0.000
46	Preservativo femenino: funda elástica para vagina	236 43,1%±4	268 48,9%±4	44 8%±2	413 75%±4	127 23,2%±4	8 1,5%±1	0.000
47	Marcha atrás: no eyacular en vagina	513 93,6%±2	11 2%±1	24 4,4%±2	533 97%±1	12 2,2%±1	3 0,5%±1	0.000
48	DIU: artefacto de plástico que se pone en cuello del útero	404 73,7%±4	89 16,3%±3	55 10%±3	254 46%±4	274 50%±4	20 3,6%±1	0.000
49	Diafragma: artefacto de metal u hormonas que va en útero	175 31,9%±4	171 31,2%±4	202 36,9%±4	155 28%±4	315 57,5%±4	78 14,2%±3	0.000
50	Método ogino: fechas fértiles	243 44,3%±4	15 2,7%±1	290 53,0%±4	506 92%±2	21 3,8%±2	21 3,8%±2	0.000
51	Anillo: anillo plástico con hormonas que va en la vagina	230 42%±4	75 13,7%±3	243 44,3%±4	346 63,%±4	156 28,5%±4	46 8,4%±2	0.000
52	Parches: hormonas que se llevan por dentro de la piel	121 22,1%±3	245 44,7%±4	182 33,2%±4	75 13,%±3	463 84,5%±3	10 1,8%±1	0.000
53	Implantes: barras con hormonas que se introducen en la piel	86 15,7%±3	96 17,5%±3	366 66,8%±4	207 37%±4	276 50,4%±4	65 11,9%±3	0.000
54	Píldora postcoital es un abortígeno	320 58,4%±4	129 23,5%±4	99 18,1%±3	130 23%±4	390 71,2%±4	28 5,1%±2	0.000

55	RU-486 es la píldora postcoital	77 14,1%±3	33 6%±2	438 79,9%±3	37 5%±4	208 8%±4	03 7%±4	0.000
56	Píldora postcoital sólo es efectiva en las primeras 12 horas	110 20,1%±3	324 59,1%±4	114 20,8%±3	54 9,9%±3	476 86,9%±3	18 33,3%±1	0.000

Para todos los ítems relacionados con conocimientos sobre anticoncepción, los resultados mejoraron significativamente ($p < 0,05$) tras la intervención educativa, como puede observarse en las tablas 3.2 y 3.3.

Llama la atención que en determinados conceptos los estudiantes no mejoran lo esperado en el posttest posiblemente por errores conceptuales en términos anatómicos. Puede que no conozcan las distintas partes del útero, no teniendo claro los conceptos y las diferencias entre cuello uterino y cuerpo uterino.

Observamos que métodos como DIU e implantes, que pueden requerir ciertos conocimientos más específicos en la materia, son peor integrados al conocimiento de los estudiantes una vez concluida la intervención formativa.

Uno de los objetivos del trabajo planteados era asociar los ítems que recogen información sobre los conocimientos (*variables dependientes*) y algunas variables demográficas (género, edad) y académicas (rama del conocimiento) incluidas en el cuestionario (*variables independientes*). A continuación, al igual que haremos con el bloque de conocimiento sobre ITS, presentamos los resultados obtenidos al cruzar dichas variables.

Una vez más, puntualizamos que la falta de homogeneidad en la muestra no nos permite el análisis comparativo según género.

En relación con la variable independiente edad, destacar algunos de los ítems relacionados con los conocimientos que creen tener sobre métodos anticonceptivos (ítems 31 a 42). Así, antes de llevar a cabo la intervención educativa *-pretest-*, los universitarios más jóvenes tienen un mayor desconocimiento de métodos anticonceptivos como anillo ($p=0,011$), parches ($p=0,001$), implantes ($p=0,020$) o píldora postcoital ($p=0,019$).

Tras la intervención *-postest-*, podemos observar que los universitarios más jóvenes son los que más creen haber mejorado sus conocimientos sobre métodos como marcha atrás, método ogino o esponja anticonceptiva, frente al aún llamativo porcentaje de mayores que afirman no conocer aún dichos métodos anticonceptivos.

Al analizar específicamente las definiciones que nos permiten valorar conocimientos reales (ítems 43 a 56), se observan diferencias significativas ($p<0,05$) en base a la edad antes (*pretest*) y después (*postes*) de la intervención, que pone de manifiesto cómo el desconocimiento o la existencia de conocimientos erróneos, antes de la intervención educativa *-pretest-*, en métodos anticonceptivos como son anillo, parches, implantes o píldora postcoital es mayor entre los universitarios más jóvenes. Tras la intervención educativa *-postest-*, siguen siendo los universitarios más jóvenes los que no parecen tener los conceptos aún claros (píldora, óvulos vaginales y los referentes a píldora postcoital).

La tabla 3.4 presentada pone de manifiesto que la variable independiente *rama del conocimiento* marca notables diferencias estadísticamente significativas ($p<0,05$) en los conocimientos que tienen los universitarios en materia de anticoncepción antes y después de la intervención educativa, siendo los alumnos que estudian Grados pertenecientes a la Rama de Ciencias de la Salud los que más dicen conocer (ítems 31 a 42) y conocen (ítems 43 a 56).

Tabla 3.4. Estudio de asociación entre RAMA-CONOCIMIENTOS ANTICONCEPCIÓN(Chi-cuadrado de Pearson)

		RAMA DEL CONOCIMIENTO	
		PRETEST	POSTEST
B.1.- Qué métodos anticonceptivos conoces			
31	Píldora	0.992	0.817
32	Óvulos vaginales y cremas espermicidas	0.342	0.000
33	Preservativos/ condón	0.942	0.433
34	Marcha atrás	0.444	0.010
35	DIU	0.011	0.761
36	Diafragma	0.131	0.002
37	Método ogino	0.343	0.000
38	Anillo	0.864	0.584
39	Parches	0.411	0.509
40	Implantes	0.275	0.000
41	Píldora postcoital	0.041	0.000
42	Esponja anticonceptiva	0.713	0.000
B.2.- ¿La definición siguiente es correcta?			
43	Píldora: hormonas anticonceptivas	0.317	0.216
44	Óvulos vaginales y cremas: sustancia química que anula espermatozoide	0.508	0.000
45	Preservativo/condón: funda elástica para el pene	0.465	0.275
46	Preservativo: funda elástica para la vagina	0.728	0.293
47	Marcha atrás: no eyacular en vagina	0.322	0.954
48	DIU: artefacto de plástico que se pone en cuello del útero	0.750	0.000
49	Diafragma: artefacto de metal u hormonas que va en útero	0.901	0.000
50	Método ogino es un método de fechas fértiles	0.214	0.104
51	Anillo: aro de plástico con hormonas que va en la vagina	0.048	0.150
52	Parches: hormonas que se llevan por dentro de la piel	0.652	0.949
53	Implantes: barras con hormonas que se introducen en la piel	0.467	0.187

54	Píldora postcoital es un abortígeno	0.000	0.001
55	RU-486 es la píldora postcoital	0.866	0.000
56	Píldora postcoital sólo es efectiva en las primeras 12 horas	0.605	0.863

Se observa cómo el concepto de óvulos vaginales tras la intervención, en el postest, lo adquieren de forma significativa mejor los estudiantes de Ciencias de la Salud comparándolo con los alumnos de Ciencias Sociales y Jurídicas cuantitativamente bien representados en la muestra (ilustración 3.15).

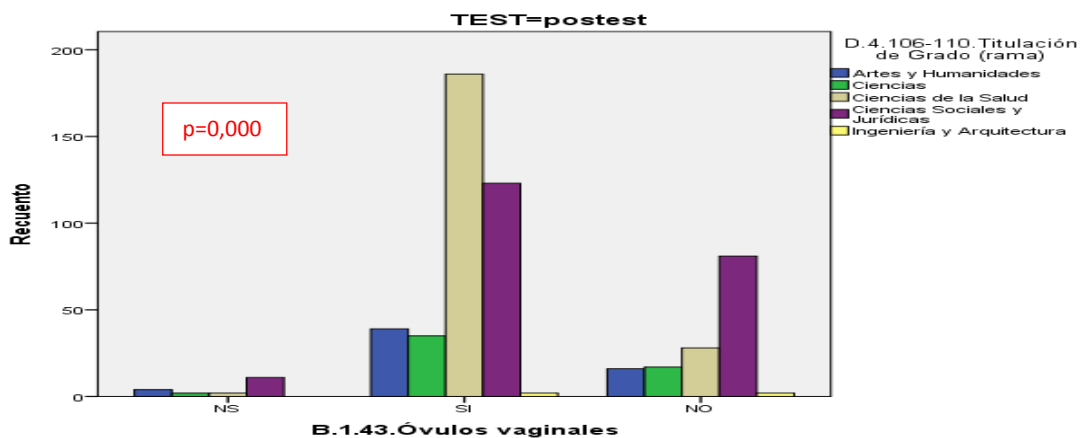


Ilustración 3.15. Asociación rama del conocimiento con el concepto de óvulos vaginales (postest).

Igualmente que con los óvulos vaginales y de forma cuantitativamente mayor, existe una mejora significativamente mayor en los estudiantes de Ciencias de la Salud al respecto de los implantes (ilustración 3.16) que el resto de los estudiantes. Creemos que pueda estar motivado, a parte del posible interés de estos estudiantes por estos temas, en los conocimientos previos técnicos de los estudiantes de la rama de la Salud que les diferencian del resto.

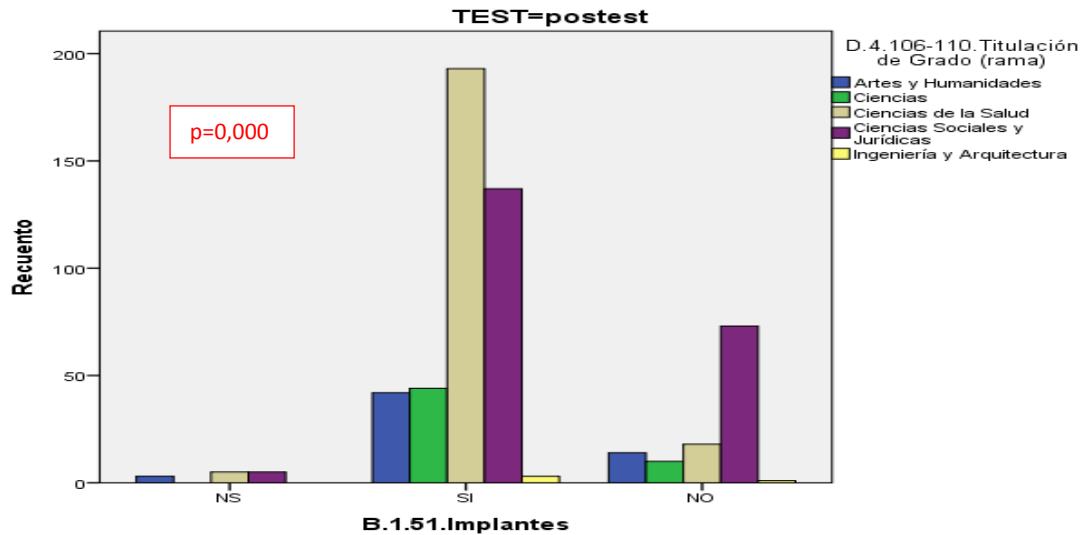


Ilustración 3.16. Asociación rama del conocimiento con el concepto implantes (postest).

La ilustración 3.17 representa el análisis post-intervención sobre los conocimientos acerca de la esponja anticonceptiva. Se agrupan mayoritariamente los estudiantes de la rama sanitaria en la respuesta afirmativa, teniendo estas diferencias significación estadística.

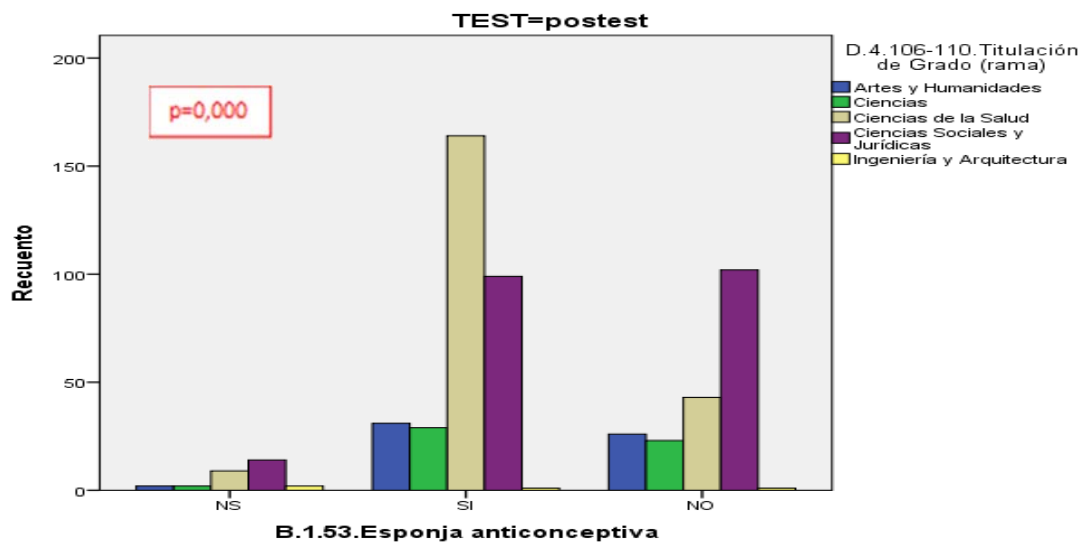


Ilustración 3.17. Asociación rama del conocimiento con el concepto esponja anticonceptiva (postest).

Es interesante comentar que el DIU presenta mayor problemática, y a pesar de mejorar, se aprecia que no queda del todo claro. En esto sí hay diferencias entre los de Ciencias de la Salud y el resto (ilustración 3.18).

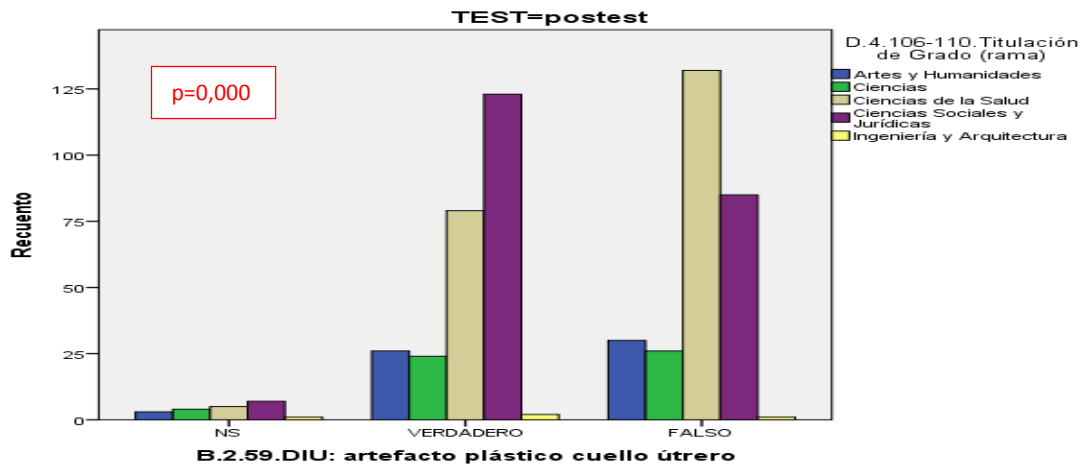


Ilustración 3.18. Asociación rama del conocimiento con identificar “DIU: artefacto de ...” como Verdader/Falso (postest).

Como se puede observar en la ilustración 3.19, cuando preguntamos acerca de métodos en los que el conocimiento de la anatomía del aparato genital juega un papel importante para su comprensión, los resultados son peores. Y lo son tanto para la rama de ciencias de la salud como para las otras, aunque se aprecie una tendencia significativa en la mejor adquisición de conceptos por los Socio-Sanitarios.

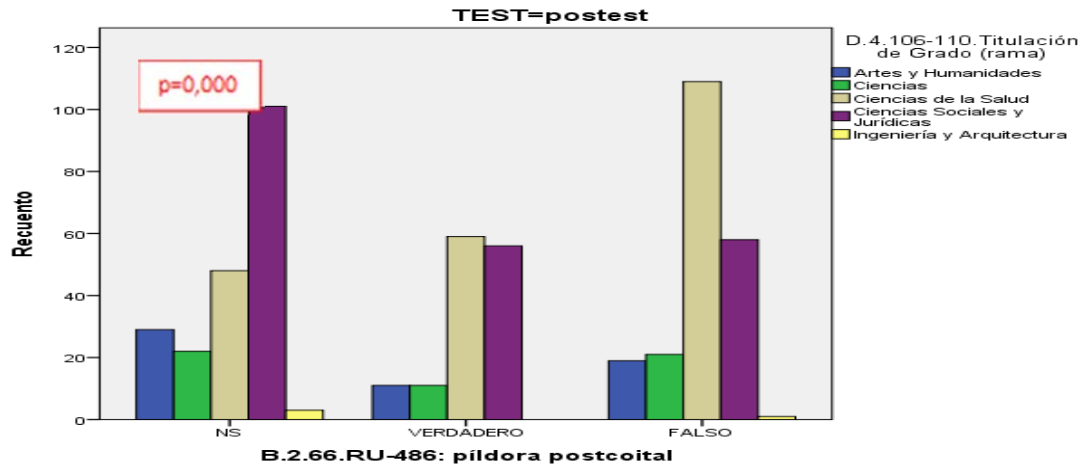


Ilustración 3.19. Asociación rama del conocimiento con identificar “RU-486: píldora postcoital” como Verdadero/Falso (postest).

3.4 Conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

En primer lugar, se pregunta a los alumnos cuáles de estas enfermedades se pueden transmitir sexualmente, con el fin de acercarnos al conocimiento que creen tener cuando se matriculan en el Curso Extraordinario (Ilustración 3.20).

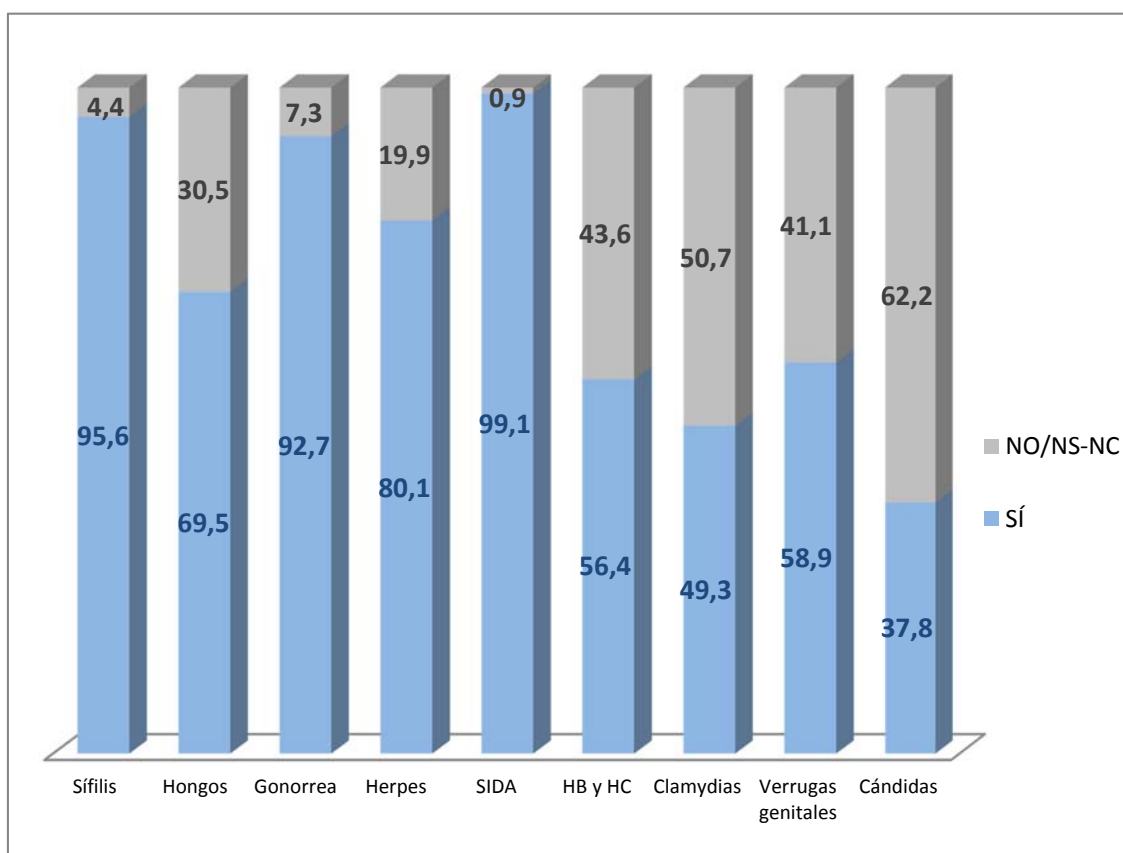


Ilustración 3.20. Cuáles de estas enfermedades se pueden transmitir sexualmente (C.1.).

“A priori”, la mayoría de los universitarios que han participado en el Curso creen tener conocimientos cuando se trata de SIDA (99,1%), sífilis (96,6%) o gonorrea (92,7%). Mientras que el desconocimiento es importante cuando se habla de Cándidas (sólo el 37,8% afirman que se puede transmitir sexualmente) o Chlamydias (49,3%), donde no llega a la mitad de los Universitarios los que las identifican como una ITS, así mismo el

HPV (verrugas genitales) y la HB y HC casi el 55% no saben que se puede transmitir sexualmente. Para la casi totalidad de los ítems recogidos, este conocimiento mejora significativamente ($p < 0,05$) en el postest (ilustración 3.21).

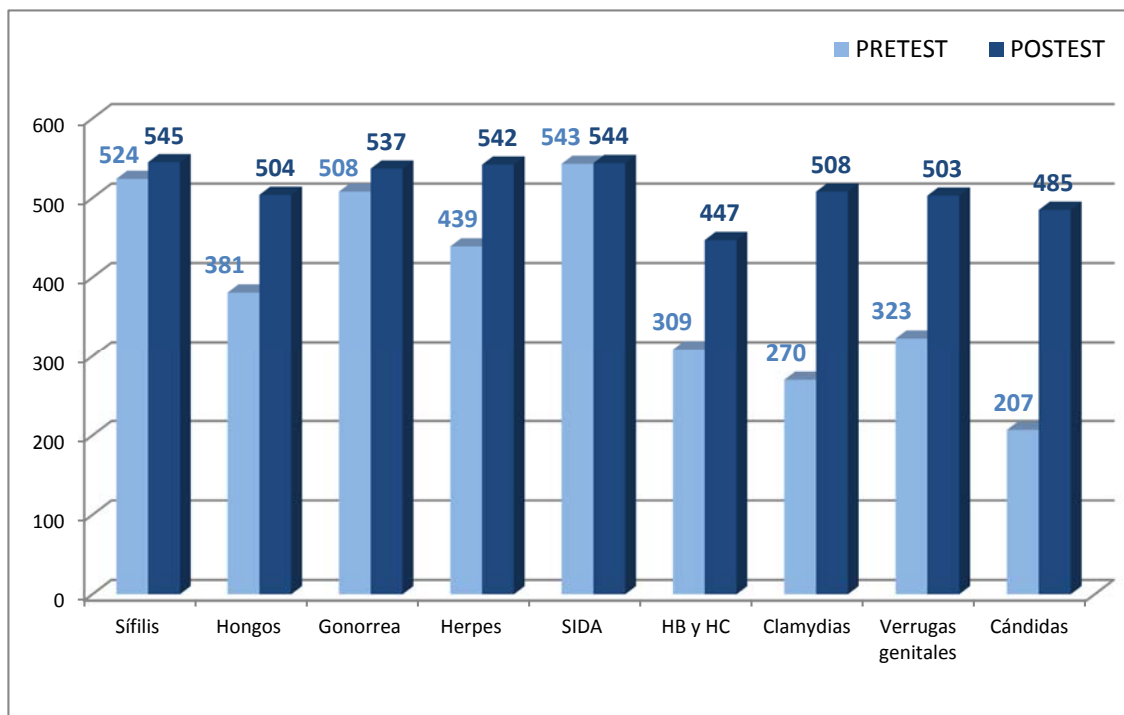


Ilustración 3.21. Estudio descriptivo PRETEST-POSTEST

Sobre las enfermedades que se pueden transmitir sexualmente, observamos que existe una diferencia significativa entre las respuestas antes y después del programa formativo, salvo en el caso del VIH/SIDA, que debido a su amplia divulgación, los conocimientos son tan altos pretest que es muy difícil obtener mejora con el programa (tabla 3.5).

Resultados

Tabla 3.5. Estudio descriptivo de frecuencias (<i>Análisis univariante</i>) y de asociación PRETEST-POSTEST (<i>Análisis bivariante</i>).								
C.1.- Cuáles de estas enfermedades se pueden transmitir sexualmente								
		PRETEST			POSTEST			p
		SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC	
		Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	
57	Sífilis	524 95,6%±2	6 1,1%±1	18 3,3%±1	545 99,5%±1	2 0,4%±1	1 0,2%±0	0.000
58	Hongos	381 69,5%±4	104 19%±3	63 11,5%±3	504 92%±2	28 5,1%±2	16 2,9%±1	0.000
59	Gonorrea	508 92,7%±2	9 1,6%±1	31 5,7%±2	537 98%±1	4 0,7%±1	7 1,3%±1	0.000
60	Herpes	439 80,1%±3	53 9,7%±2	56 10,2%±3	542 98,9%±1	2 0,4%±1	4 0,7%±1	0.000
61	SIDA	543 99,1%±1	2 0,4%±1	3 0,5%±1	544 99,3%±1	2 0,4%±1	2 0,4%±1	0.904
62	Hepatitis B y C	309 56,4%±4	102 18,6%±3	137 25%±4	447 81,6%±3	61 11,1%±3	40 7,3%±2	0.000
63	Clamydias	270 49,3%±4	40 7,3%±2	238 43,4%±4	508 92,7%±2	15 2,7%±1	25 4,6%±2	0.000
64	Verrugas genitales	323 58,9%±4	110 20,1%±3	115 21%±3	503 91,8%±2	30 5,5%±2	15 2,7%±1	0.000
65	Cándidas	207 37,8%±4	56 10,2%±3	285 52%±4	485 88,5%±3	23 4,2%±2	40 7,3%±2	0.000

En cuanto a los conocimientos que tienen acerca del Papilomavirus (HPV) antes de la intervención educativa, los resultados se presentan en la ilustración 3.22 poniendo

de manifiesto el claro desconocimiento que tienen los jóvenes universitarios acerca de un problema de salud actual y relevante para este colectivo.

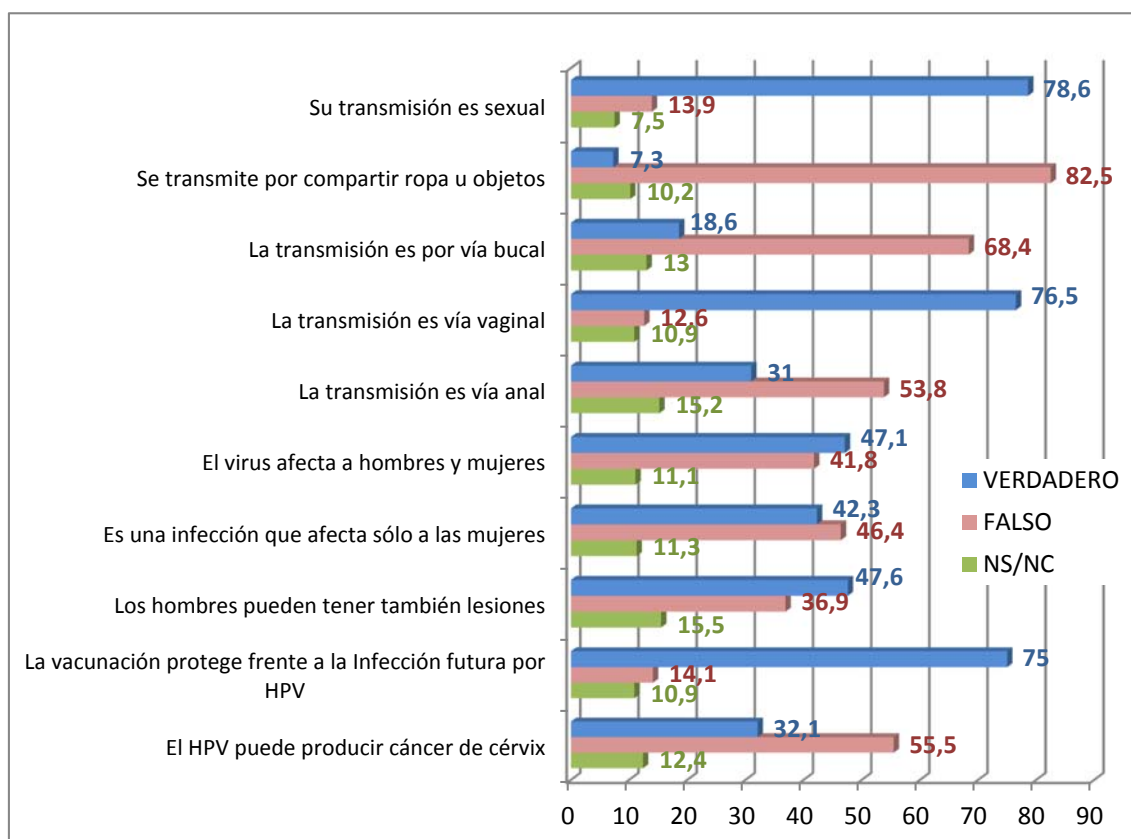


Ilustración 3.22 Acerca del Papilomavirus.

El 78,6% afirma que su transmisión es sexual, por vía vaginal (76,5%) -uno de cada cuatro jóvenes aún lo ignoran-. El desconocimiento es mayor en aspectos como si el virus afecta tanto a hombres como mujeres (únicamente el 47,1% lo identifican así), o sólo a mujeres (el 42,3% acierta en este ítem). Desconocen por completo las vías de transmisión no vaginal. En el caso de la oral, el 81,4% no es capaz de identificar como correcta la afirmación “la infección es por vía bucal”. De forma similar el 69% de los encuestados no identifican la transmisión anal como una de las posibles para este tipo de virus.

Resultados

El 75% asegura que la vacunación protege frente a la infección futura. Sólo un 32,1% identifica al HPV como agente etiológico clave en la génesis del cáncer de cuello de útero.

El desconocimiento prácticamente llega al 50% (el mismo acierto tendría la contestación al azar) si afecta a hombres y a mujeres, o bien sólo afecta a hombres o únicamente afecta a mujeres.

Del mismo modo, los resultados mejoraron significativamente ($p < 0,05$) tras la intervención educativa como puede observarse en la tabla 3.6.

Tabla 3.6. Estudio descriptivo de frecuencias (<i>Análisis univariante</i>) y de asociación PRETEST-POSTEST (<i>Análisis bivariante</i>) acerca del papilomavirus.								
C.2.- Acerca del Papilomavirus (HPV)...								
		PRETEST			POSTEST			p
		V	F	NS/NC	V	F	NS/NC	
		Frec. %±IC95	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95	
66	Su transmisión es sexual	431 78,6%±3	76 13,9%±3	41 7,5%±2	518 94,5%±2	23 4,2%±2	7 1,3%±1	0.000
67	Se transmite por compartir ropa u objetos	40 7,3%±2	452 82,5%±3	56 10,2%±3	50 9,1%±2	480 87,6%±2	18 3,3%±1	0.000
68	La transmisión es vía bucal	102 18,6%±3	375 68,4%±4	71 13%±3	171 31,2%±4	353 64,4%±4	24 4,4%±2	0.000
69	La transmisión es vía vaginal	419 76,5%±4	69 12,6%±3	60 10,9%±3	520 94,8%±2	14 2,6%±1	14 2,6%±1	0.000
70	La transmisión es vía anal	170 31%±4	295 53,8%±4	83 15,2%±3	293 53,5%±4	222 40,5%±4	33 6%±2	0.000
71	El virus afecta a hombres y mujeres	258 47,1%±4	229 41,8%±4	61 11,1%±3	374 68,2%±4	156 28,5%±4	18 3,3%±1	0.000

72	La infección afecta sólo a las mujeres	232 42,3%±4	254 46,4%±4	62 11,3%±3	181 33%±4	354 64,6%±4	13 2,4%±1	0.000
73	Los hombres pueden tener también lesiones	261 47,6%±4	202 36,9%±4	85 15,5%±3	383 69,9%±4	136 24,8%±4	29 5,3%±2	0.000
74	Protege frente a la Infección futura por HPV	411 75%±4	77 14,1%±3	60 10,9%±3	455 83%±3	68 12,4%±3	24 4,6%±2	0.000
75	El HPV puede producir cáncer de cérvix	176 32,1%±4	304 55,5%±4	68 12,4%±3	303 55,3%±4	200 36,5%±4	45 8,2%±2	0.000

En el cuestionario que se les pasa a la población a estudio, se les interroga sobre cuáles son **las prácticas sexuales que pueden dar lugar a una ITS**. La ilustración 3.23 recoge los conocimientos que tenían los alumnos antes de asistir al Cuso Extraordinario.

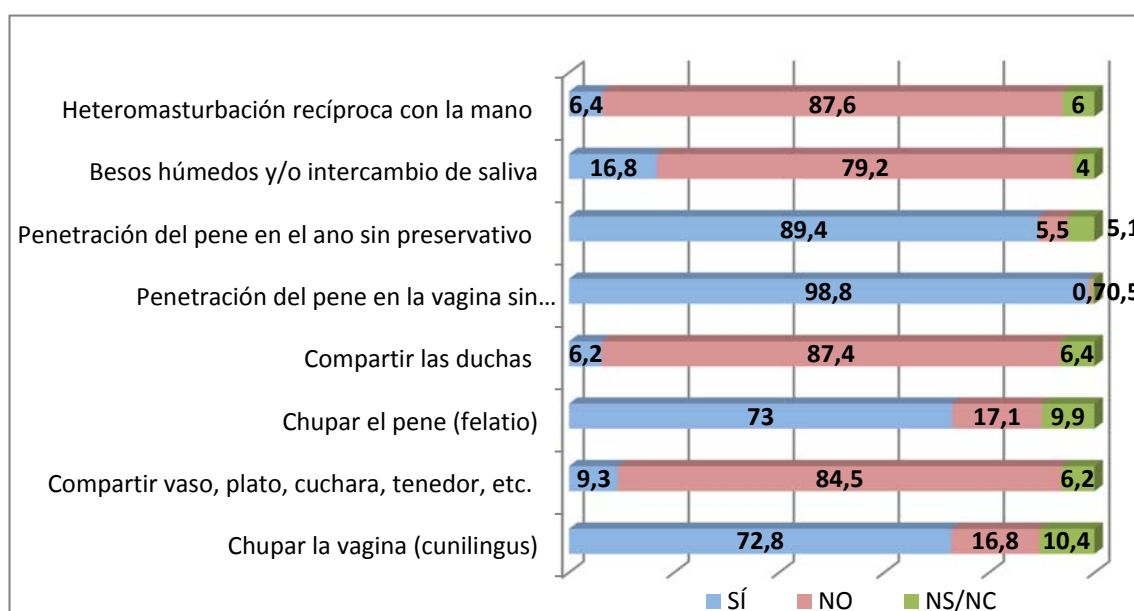


Ilustración 3.23 Prácticas sexuales que pueden dar lugar a una ITS (C.3.)

Los resultados nos revelan las prácticas que más claramente los universitarios asocian con riesgo para adquirir una ITS. Éstas son, la penetración del pene en vagina sin preservativo (98,8%), en ano (89,4%), así como la felatio (73%) y cunnilingus (72,8%). El intercambio de saliva no lo consideran como riesgo de transmitir una ITS (79,2% no lo entiende así y 4% NS/NC). La heteromasturbación recíproca con la mano el 87,6% de los encuestados considera que es una práctica exenta de riesgo para ITS.

La tabla 3.7 recoge los resultados detallados obtenidos antes y después de la intervención educativa. Observamos que existen diferencias significativas en el conocimiento sobre las prácticas que llevan a una ITS, en todos los items salvo en aquellos, son previamente muy conocidos (penetración en vagina sin preservativo, compartir duchas, compartir objetos de uso no sexual como el vaso, plato...).

Tabla 3.7. Estudio descriptivo de frecuencias (<i>Análisis univariante</i>) y de asociación PRETEST-POSTEST (<i>Análisis bivariante</i>) sobre el conocimiento de prácticas que puedan dar lugar a una ITS.								
C.3.- Cuáles de estas prácticas sexuales pueden dar lugar a ITS								
		PRETEST			POSTEST			
		SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC	
		Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	
76	Heteromasturbación recíproca con la mano	35 6,4%±2	480 87,6%±3	33 6%±2	140 25,5%±4	380 69,3%±4	28 5,1%±2	0.000
77	Besos húmedos y/o intercambio de saliva	92 16,8%±3	434 79,2%±3	22 4%±2	145 26,5%±4	382 69,7%±4	21 3,8%±2	0.001
78	Penetración del pene en el ano sin preservativo	490 89,4%±3	30 5,5%±2	28 5,1%±2	539 98,4%±1	3 0,5%±1	6 1,1%±1	0.000
79	Penetración del pene en la vagina sin preservativo	541 98,8%±1	4 0,7%±1	3 0,5%±1	544 99,3%±1	3 0,5%±1	1 0,2%±0	0.562
80	Compartir las duchas	34 6,2%±2	479 87,4%±3	35 6,4%±2	24 4,4%±2	498 90,9%±2	26 4,7%±2	0.181

81	Chupar el pene (felatio)	400 73%±4	94 17,1%±3	54 9,9%±3	538 98,2%±1	8 1,5%±1	2 0,4%±1	0.000
82	Compartir vaso, plato, cuchara, tenedor, etc.	51 9,3%±2	463 84,5%±3	34 6,2%±2	52 9,5%±2	477 87%±3	19 3,5%±2	0.107
83	Chupar la vagina (cunilingus)	399 72,8%±4	92 16,8%±3	57 10,4%±3	535 97,6%±1	11 2%±1	2 0,4%±1	0.000

Sobre los métodos preventivos de las ITS, pasamos a los estudiantes la siguiente relación, solicitando señalaran cuáles de ellos evitan las ITS (Ilustración 3.24).

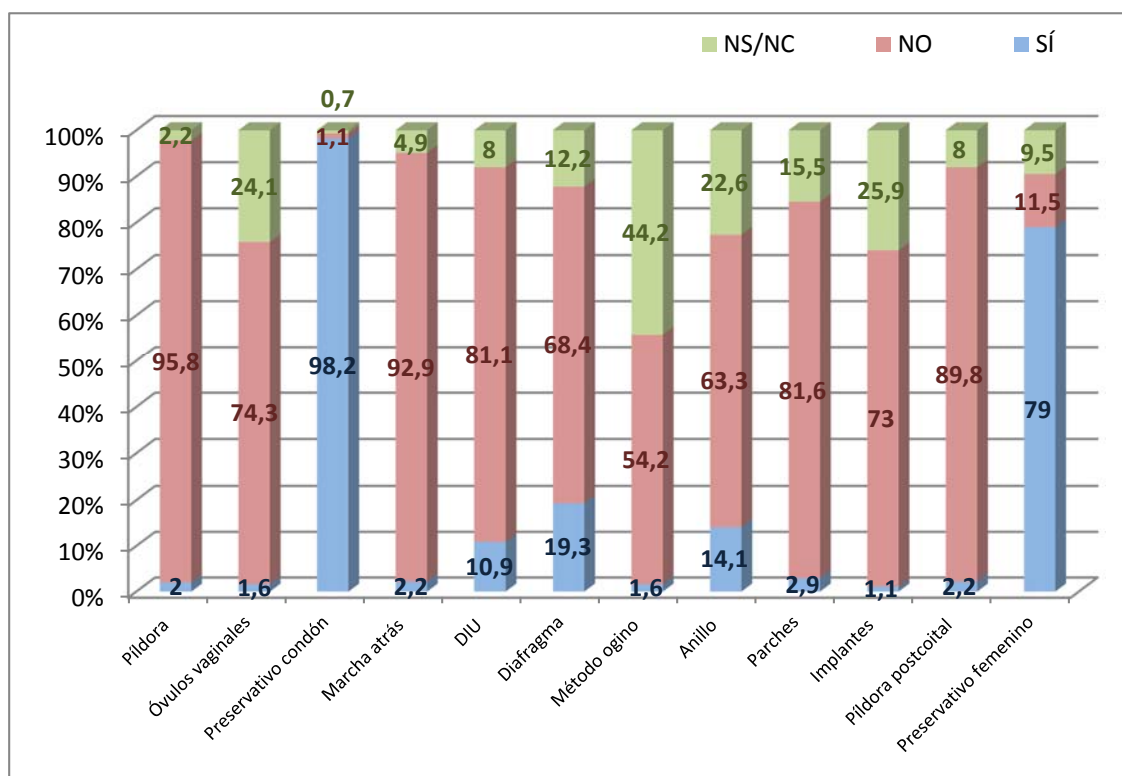


Ilustración 3.24 Métodos preventivos de las ITS.

El conocimiento en relación a cómo evitar la transmisión, de entrada, es aceptable cuando se trata de los métodos anticonceptivos más empleados en nuestro país. Por el contrario, uno de cada cuatro jóvenes universitarios duda (NS/NC) cuando

se les pregunta sobre métodos menos utilizados en nuestro medio, como son óvulos vaginales (24,1% no sabe si el óvulo protege frente a las ITS) e implantes (25,9% dudan en cuanto a su relación este tipo de infecciones). El desconocimiento es mayor en el caso del método ogino (44,2% NS/NC).

Tras la intervención educativa estos conocimientos mejoraron notable y significativamente ($p=0,000$) como puede observarse en la tabla 3.8 y en los ítems concretos de óvulos vaginales, implantes y método ogino.

Tabla 3.8. Estudio descriptivo de frecuencias (Análisis univariante) y de asociación PRETEST-POSTEST (Análisis bivariante) sobre los métodos que evitan las ITS

		C.4.- Cuáles de estos métodos evitan las ITS						
		PRETEST			POSTEST			
		SÍ	NO	NS/NC	SÍ	NO	NS/NC	
		Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	Frec. %±IC95%	
84	Píldora	11 2,2%±1	525 95,8%±2	12 2,2%±1	9 1,6%±1	536 97,8%±1	3 0,5%±1	0.057
85	Óvulos vaginales	9 1,6%±1	407 74,3%±4	132 24,1%±4	14 2,6%±1	501 91,4%±2	33 6%±2	0.000
86	Preservativos / condón	538 98,2%±1	6 1,1%±1	4 0,7%±1	532 97,1%±1	14 2,6%±1	2 0,4%±1	0.142
87	Marcha atrás	12 2,2%±1	509 92,9%±2	27 4,9%±2	2 0,4%±1	542 98,9%±1	4 0,7%±1	0.000
88	DIU	60 10,9%±3	444 81,1%±3	44 8%±2	20 3,6%±2	522 95,3%±2	6 1,1%±1	0.000
89	Diafragma	106 19,3%±3	375 68,4%±4	67 12,2%±3	50 9,1%±2	484 88,3%±3	14 2,6%±1	0.000
90	Método ogino	9 1,6%±1	297 54,2%±4	242 44,2%±4	6 1,1%±1	529 96,5%±2	13 2,4%±1	0.000
91	Anillo	77 14,1%±3	347 63,3%±4	124 22,6%±4	38 6,9%±2	495 90,3%±2	15 2,7%±1	0.000
92	Parches	16 2,9%±1	447 81,6%±3	85 15,5%±3	9 1,6%±1	533 97,3%±1	6 1,1%±1	0.000
93	Implantes	6 1,1%±1	400 73%±4	142 25,9%±4	8 1,5%±1	520 94,9%±2	20 3,6%±2	0.000
94	Píldora postcoital	12 2,2%±1	492 89,8%±3	44 8%±2	7 1,3%±1	534 97,4%±2	7 1,3%±1	0.000
95	Preservativo femenino	433 79%±2	63 11,5%±3	52 9,5%±2	529 96,5%±2	16 2,9%±1	3 0,5%±1	0.000

Entre los objetivos de trabajo planteados figura asociar los ítems que recogen información sobre los conocimientos (*variables dependientes*) y algunas variables demográficas (género, edad) y académicas (rama del conocimiento) incluidas en el cuestionario (*variables independientes*).

Reiteramos que la falta de homogeneidad según **GÉNERO** en la muestra, con una escasa representación del género masculino (99 estudiantes), no nos permite un análisis comparativo hombre-mujer válido y fiable.

En cuanto a si la **EDAD** del universitario se asocia o no significativamente con un mayor o menor conocimiento de las ITS, observamos que los estudiantes universitarios más jóvenes (18 años) son los que “*a priori*” (pretest) menos saben o más dudan sobre algunas de las ITS que se incluyen en el listado que se les presenta, es el caso de clamidias y candidas ($p=0,000$). Tras la intervención educativa, estas diferencias significativas entre edades y conocimiento de clamidias y candidas desaparecieron ($p=0,378$ y $p=0,178$, respectivamente).

La misma tendencia se observa cuando se relaciona la edad con algunos de los ítems VERDADERO/FALSO que hacen referencia a los conocimientos que poseen los universitarios sobre el HPV antes de que participen en el curso y cuyos resultados fueron estadísticamente significativos: el HPV afecta tanto a hombres como a mujeres ($p=0,021$) y la vacunación frente a HPV protege del cáncer de cérvix en sí mismo ($p=0,015$). Tras la intervención educativa, estas diferencias entre los grupos de edad desaparecieron ($p=0,444$ y $p=0,123$, respectivamente).

Del mismo modo, se analiza si entre los universitarios existen diferencias en los conocimientos sobre ITS según la formación universitaria que están recibiendo, agrupando la muestra para su análisis en función de la **RAMA DEL CONOCIMIENTO** a la

que pertenecen los estudios universitarios que están realizando. Los resultados simplificados (valor p) se representan en la tabla 3.9.

Tabla 3.9. Estudio de asociación RAMA DEL CONOCIMIENTO-CONOCIMIENTOS ITS(Chi-cuadrado de Pearson)			
valor p		RAMA DEL CONOCIMIENTO	
		PRETEST	POSTEST
C.1.- Cuáles de estas enfermedades se transmiten sexualmente			
57	Sífilis	0.866	0.978
58	Hongos	0.466	0.143
59	Gonorrea	0.096	0.000
60	Herpes	0.259	0.979
61	SIDA	0.962	0.536
62	Hepatitis B y C	0.433	0.026
63	Clamydias	0.121	0.132
64	Verrugas genitales	0.029	0.269
65	Cándidas	0.553	0.119
C.2.- Acerca del Papilomavirus (HPV)...			
66	Su transmisión es sexual	0.785	0.039
67	Se transmite por compartir ropa u objetos	0.502	0.032
68	La transmisión es por vía bucal	0.432	0.027
69	La transmisión es por vía vaginal	0.556	0.008
70	La transmisión es por vía anal	0.624	0.000
71	El virus afecta tanto a hombres como mujeres	0.126	0.024
72	Es una infección que afecta sólo a las mujeres	0.413	0.350
73	Los hombres pueden tener también lesiones	0.431	0.125
74	La vacunación protege frente a la Infección futura por HPV	0.859	0.176
75	El HPV puede producir cáncer de cérvix	0.141	0.003
C.3.- Cuáles de estas prácticas sexuales pueden dar lugar a ITS			
76	Heteromasturbación recíproca con la mano	0.325	0.211
77	Besos húmedos y/o intercambio de saliva	0.254	0.700
78	Penetración del pene en el ano sin preservativo	0.045	0.841
79	Penetración del pene en la vagina sin preservativo	0.969	0.753
80	Compartir las duchas	0.055	0.271
81	Chupar el pene (felatio)	0.479	0.000
82	Compartir un vaso, un plato, cuchara, tenedor, etc.	0.139	0.030
83	Chupar la vagina (cunilingus)	0.157	0.000

C.4.- Cuáles de estos métodos evitan las ITS			
84	Píldora	0.202	0.593
85	Óvulos vaginales	0.749	0.624
86	Preservativos/ condón	0.790	0.483
87	Marcha atrás	0.624	0.564
88	DIU	0.562	0.000
89	Diafragma	0.203	0.129
90	Método ogino	0.308	0.002
91	Anillo	0.851	0.039
92	Parches	0.203	0.827
93	Implantes	0.768	0.767
94	Píldora postcoital	0.893	0.430
95	Preservativo femenino	0.153	0.529

Podemos observar cómo el conocimiento que presenta la población universitaria de Salamanca ante muchas de las preguntas formuladas no es significativamente ($p > 0.005$) diferente en el pretest en función de la rama de conocimiento, en cambio, una vez cursada la formación (postest), sí que encontramos diferencias significativas entre el conocimiento que adquieren los de Ciencias de la Salud frente al resto. En la transmisión sexual de la gonorrea y la hepatitis B y C, en la mayoría de items sobre el HPV, en cuanto a la felatio y cunilingus como prácticas susceptibles de transmisión sexual observamos que una vez cursado el programa formativo, los jóvenes de ciencias de la salud responden correctamente en mayor número que el resto. Todos mejoran, pero esta mejoría es más acusada en los de ciencias de la salud.

La pertenencia a una u otra rama del conocimiento no marca diferencias antes de la intervención educativa. Sin embargo, tras la participación en el curso son varios los items en los que se obtienen diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$), como es el caso de los items recogidos en las ilustraciones 3.25 a 3.28.

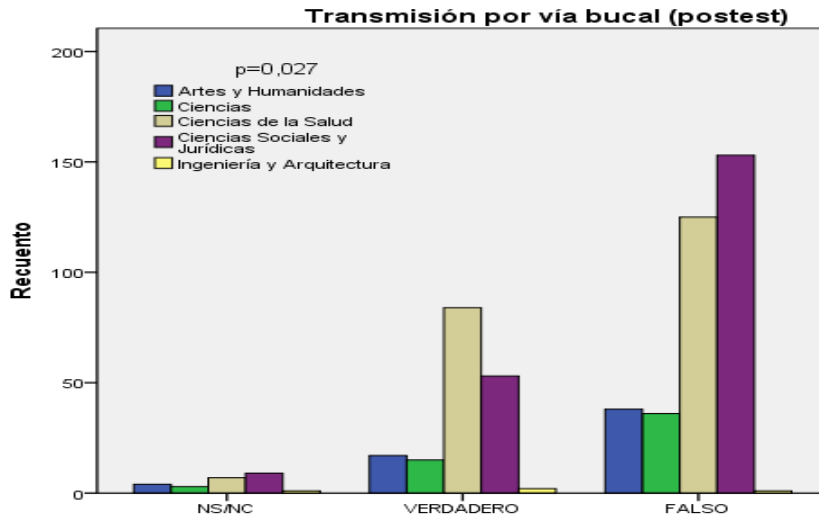


Ilustración 3.25. Asociación rama del conocimiento con la transmisión bucal del HPV (postest).

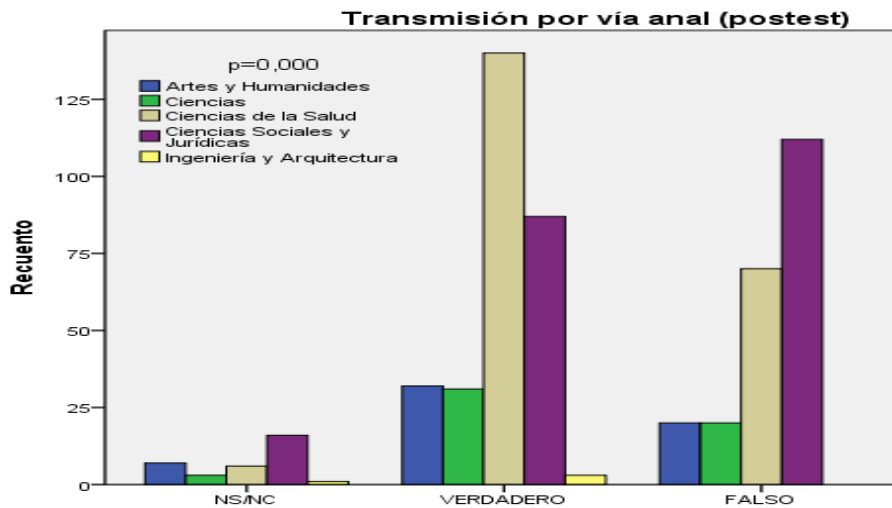


Ilustración 3.25. Asociación rama de conocimiento con la transmisión anal del HPV (postest).

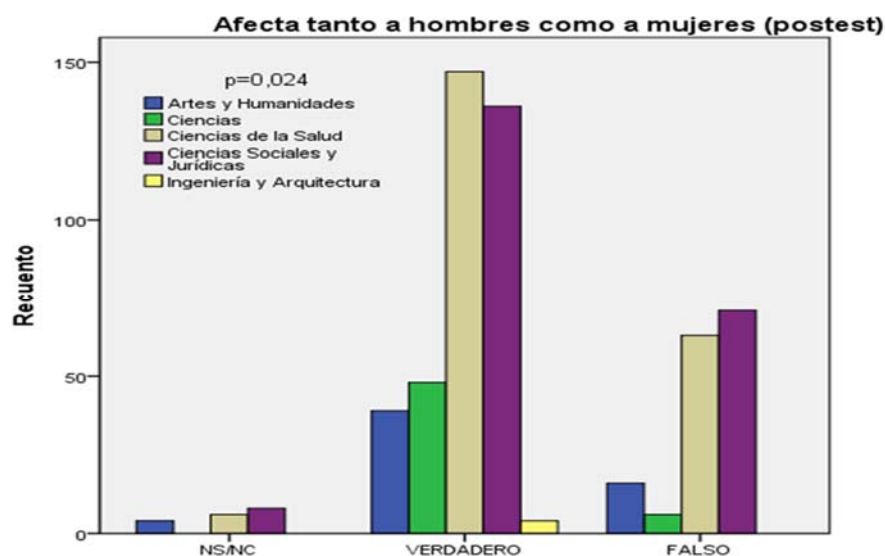


Ilustración 3.26 Asociación rama del conocimiento con el concepto de que el HPV afecta tanto a hombres como a mujeres (postest).

Tal y como podemos observar, estas diferencias vienen determinadas por un mayor conocimiento en el postest entre los alumnos que cursan estudios universitarios pertenecientes a Ciencias de la Salud, transmisión bucal del HPV ($p=0,27$), transmisión anal ($p=0,000$) y HPV afecta tanto a hombres como a mujeres ($p= 0,024$).

3.5 Información recibida.

3.5.1 Conocimientos recibidos en el entorno familiar

Con el fin de analizar de qué manera algunas variables pueden intervenir en los conocimientos de los jóvenes universitarios, se recogen datos acerca de la información recibida en materia de sexualidad y anticoncepción, tanto en el entorno familiar, como en la escuela/colegio; y si se sienten satisfechos o consideran suficientes/insuficientes los conocimientos recibidos.

Los universitarios participantes en el estudio manifiestan que en sus familias se habla más de anticoncepción que de educación y hábitos sexuales. Así el 59,9% de ellos refieren haber recibido educación sexual en casa, mientras que sobre anticoncepción son informados en el ámbito familiar un 63,5% (ilustración 3.28). Sin embargo solo el 35,5% de los jóvenes considera que estos conocimientos recibidos en el entorno familiar son suficientes frente al 64,5% que consideran insuficiente la información recibida por parte de la familia (ilustración 3.29).

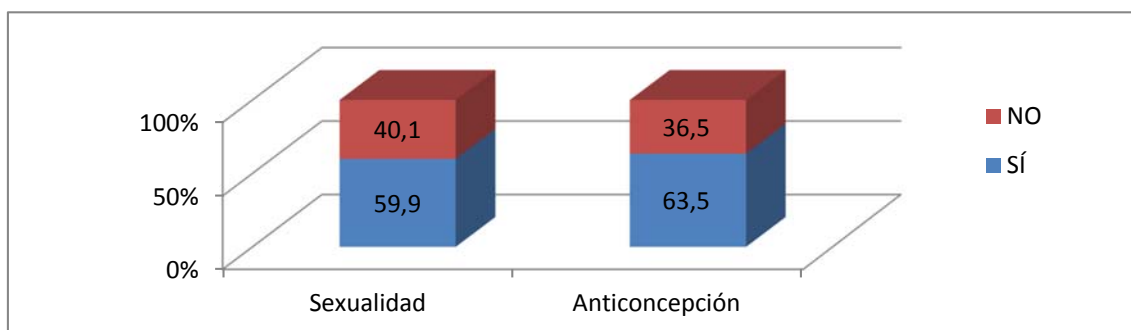


Ilustración 3.27. Conocimientos recibidos en el entorno familiar.

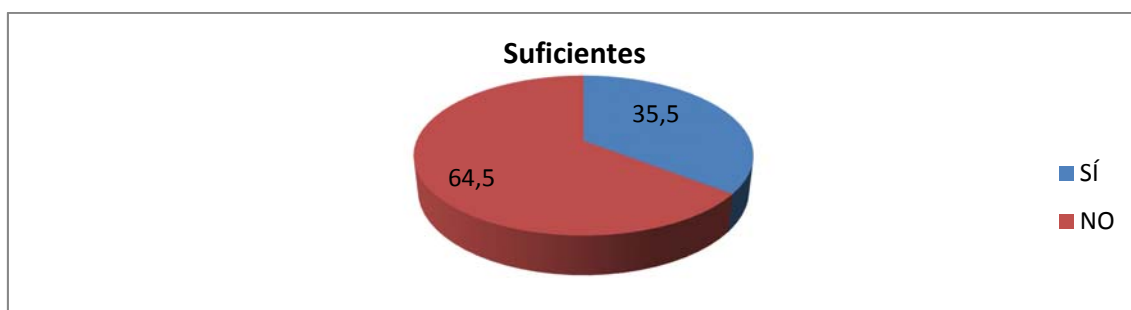


Ilustración 3.29. Conocimientos recibidos en el entorno familiar, ¿Son suficientes?

De igual forma analizamos los conocimientos recibidos en el entorno colegio/escuela (ilustración 3.30 y 3.31). Los estudiantes refieren que sí han recibido información de sexualidad en un 81,7% de los casos y sobre anticoncepción en un 82,1%. El 70,2% considera esta información insuficiente. Llama la atención que habiendo

recibido más conocimientos, sin embargo están más insatisfechos con la información recibida.

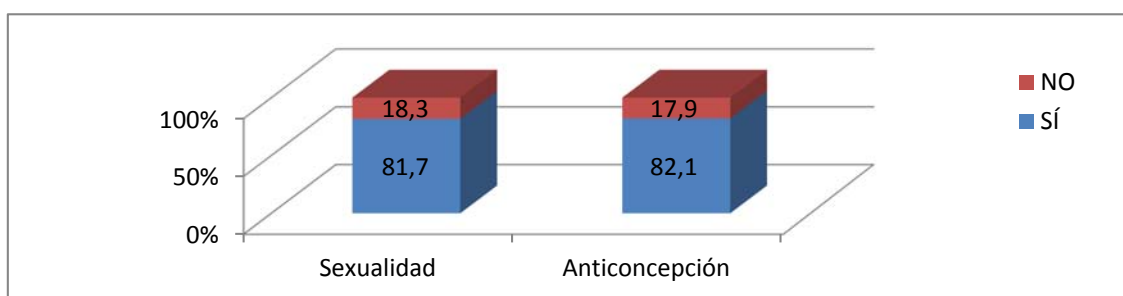


Ilustración 3.30. Conocimientos recibidos en el colegio/escuela.

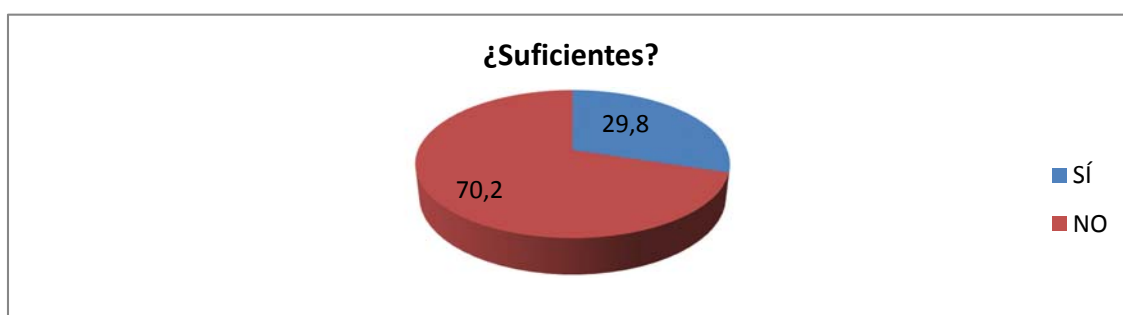


Ilustración 3.31. Conocimientos recibidos en el colegio/escuela. ¿Son suficientes?

A continuación, se recogen de forma simplificada (valor p) los resultados obtenidos al evaluar si los conocimientos recibidos, tanto en el entorno familiar como escolar, condicionan de algún modo las respuestas obtenidas para cada uno de los items que valoran conocimientos sobre anticoncepción (tabla 3.10) e ITS (tabla 3.11).

Tabla 3.10. Estudio de asociación CONOCIMIENTOS RECIBIDOS-CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN (A. bivalente)					
valor p		CONOCIMIENTOS RECIBIDOS			
		ENTORNO FAMILIAR		COLEGIO/ESCUELA	
		Antic.	Sufici.	Antic.	Sufici.
B.1.- Qué métodos anticonceptivos conoces					
31	Píldora	0.390	0.038	0.631	0.247
32	Óvulos vaginales y cremas espermicidas	0.298	0.132	0.702	0.464

Resultados

33	Preservativos/ condón	0.096	0.574	0.631	0.344
34	Marcha atrás	0.892	0.816	0.586	0.230
35	DIU	0.104	0.531	0.983	0.693
36	Diafragma	0.049	0.161	0.478	0.281
37	Método ogino	0.201	0.050	0.078	0.241
38	Anillo	0.437	0.308	0.065	0.004
39	Parches	0.026	0.157	0.372	0.005
40	Implantes	0.384	0.678	0.003	0.004
41	Píldora postcoital	0.226	0.043	0.254	0.006
42	Esponja anticonceptiva	0.902	0.775	0.456	0.949
B.2.- ¿La definición siguiente es correcta?					
43	Píldora: hormonas anticonceptivas	0.554	0.438	0.015	0.226
44	Óvulos vaginales: manteca de cacao	0.280	0.587	0.337	0.849
45	Preservativo/condón: funda elástica para el pene	0.298	0.498	0.415	0.337
46	Preservativo: funda elástica para la vagina	0.022	0.546	0.305	0.858
47	Marcha atrás consiste en no eyacular en vagina	0.693	0.797	0.302	0.796
48	DIU: artefacto de plástico que se pone en cuello del útero	0.711	0.506	0.016	0.273
49	Diafragma: artefacto de metal u hormonas que va en útero	0.122	0.603	0.286	0.855
50	Método ogino método de fechas fértiles	0.340	0.025	0.001	0.010
51	Anillo: funda de plástico con hormonas que va en la vagina	0.449	0.521	0.007	0.008
52	Parches: hormonas que se llevan por dentro de la piel	0.002	0.012	0.284	0.002
53	Implantes: apósitos hormonales que se ponen en la piel	0.007	0.050	0.008	0.000
54	Píldora postcoital es un abortígeno	0.005	0.003	0.092	0.000
55	RU-486 es la píldora postcoital	0.950	0.742	0.000	0.304

56	Píldora postcoital sólo es efectiva en las primeras 12 horas	0.509	0.664	0.034	0.196
----	--------------------------------------------------------------	-------	-------	-------	-------

Se observa correspondencia entre lo que dicen conocer (B.1) y lo que realmente conocen (B.2), resultando estadísticamente significativos ($p < 0.005$) aquellos items relacionados con los métodos menos habituales (anillo, implante, parche, píldora postcoital...). Es decir, no se observan diferencias significativas entre las respuestas cuando se trata de métodos como preservativo, DIU, marcha atrás..., ampliamente difundidos y sobre los que reciben información tanto en el entorno familiar, como en la escuela; sin embargo, si observan diferencias significativas entre los que sí han recibido información, sobre todo procedente de la escuela, con relación a parches, implantes, anillo, píldora postcoital..., de aquellos que, o bien no han recibido, o bien han considerado insuficiente la información recibida.

En la tabla 3.11, llama la atención la escasa o nula información recibida acerca del HPV, tanto por parte de la familia, como del colegio/escuela, lo que condiciona una respuesta uniforme, sin diferencias significativas ($p > 0,005$). Del mismo modo, el desconocimiento existente sobre los métodos anticonceptivos menos habituales, se traduce en un desconocimiento sobre si evitan o no las ITS, siendo más marcadas estas diferencias en los conocimientos recibidos en el entorno familiar.

Tabla 3.11. Estudio de asociación CONOCIMIENTOS RECIBIDOS-CONOCIMIENTOS ACERCA DE ITS (A. bivalente)					
valor p		CONOCIMIENTOS RECIBIDOS			
		ENTORNO FAMILIAR		COLEGIO/ESCUELA	
		Sexual.	Sufici.	Sexual.	Sufici.
C.1.- Cuáles de estas enfermedades se transmiten sexualmente					
57	Sífilis	0.736	0.689	0.293	0.628

Resultados

58	Hongos	0.314	0.324	0.699	0.016
59	Gonorrea	0.238	0.580	0.609	0.606
60	Herpes	0.844	0.592	0.333	0.012
61	SIDA	0.009	0.253	0.635	0.335
62	Hepatitis B y C	0.958	0.830	0.072	0.279
63	Clamydias	0.517	0.078	0.160	0.003
64	Verrugas genitales	0.017	0.012	0.020	0.113
65	Cándidas	0.083	0.028	0.123	0.001
C.2.- Acerca del Papilomavirus (HPV)...					
66	Su transmisión es sexual	0.911	0.352	0.205	0.004
67	Se transmite por compartir ropa u objetos	0.506	0.304	0.098	0.095
68	La transmisión es por vía bucal	0.741	0.444	0.140	0.271
69	La transmisión es por vía vaginal	0.757	0.910	0.292	0.048
70	La transmisión es por vía anal	0.520	0.507	0.184	0.025
71	El virus afecta tanto a hombres como mujeres	0.519	0.922	0.783	0.378
72	Es una infección que afecta sólo a las mujeres	0.980	0.808	0.273	0.108
73	Los hombres pueden tener también lesiones	0.543	0.889	0.333	0.002
74	La vacunación protege frente a la Infección futura por HPV	0.164	0.908	0.395	0.498
75	La vacunación protege frente cáncer de cérvix en sí mismo	0.007	0.001	0.131	0.000
C.3.- Cuáles de estas prácticas sexuales pueden dar lugar a ITS					
76	Masturbación recíproca con la mano	0.395	0.078	0.127	0.028
77	Besos húmedos y/o intercambio de saliva	0.481	0.044	0.181	0.522
78	Penetración del pene en el ano sin preservativo	0.078	0.058	0.256	0.059
79	Penetración del pene en la vagina sin preservativo	0.961	0.492	0.687	0.283
80	Compartir las duchas	0.124	0.043	0.395	0.216
81	Chupar el pene (felatio)	0.107	0.114	0.338	0.145
82	Compartir vaso, plato, cuchara, tenedor, etc.	0.522	0.135	0.642	0.200
83	Chupar la vagina (cunilingus)	0.007	0.031	0.423	0.065
C.4.- Cuáles de estos métodos evitan las ITS					
84	Píldora	0.635	0.859	0.186	0.797

85	Óvulos vaginales	0.144	0.557	0.562	0.583
86	Preservativos/ condón	0.187	0.393	0.731	0.982
87	Marcha atrás	0.205	0.379	0.901	0.564
88	DIU	0.204	0.682	0.612	0.699
89	Diafragma	0.364	0.415	0.711	0.236
90	Método ogino	0.511	0.004	0.478	0.032
91	Aro	0.007	0.073	0.980	0.306
92	Parches	0.043	0.047	0.105	0.050
93	Implantes	0.097	0.050	0.828	0.078
94	Píldora postcoital	0.223	0.108	0.929	0.242
95	Preservativo femenino	0.950	0.028	0.758	0.081

3.5.2 Información respecto al tipo de centro.

Por último, se recoge información sobre el tipo de Centro donde cursó enseñanzas o ciclos previos a los universitarios.

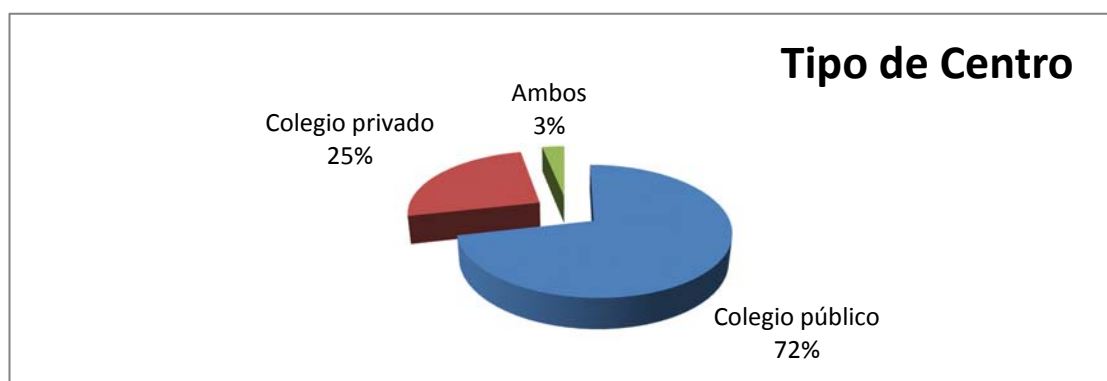


Ilustración 3.32. Descriptivo de la procedencia en cuanto a tipo de centro educativo de la población estudiada.

Como se observa en la ilustración 3.32, la mayoría de los alumnos que participan en este trabajo de investigación proceden de la enseñanza pública (72%). De la enseñanza privada procede un 25% y un 3% refiere haber cursado estudios en ambas.

En la tabla 3.12 y 3.13 se presenta el grado de significación estadística (valor p) obtenida en los diferentes items relacionados con Anticoncepción e ITS respectivamente y sus respuestas antes (pretest) y después (postest) en función del tipo de centro donde cursaron las enseñanzas anteriores.

Tabla 3.12. Estudio de asociación TIPO DE CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES-CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN (A.bivariante)			
		TIPO CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES	
		PRETEST	POSTEST
B.1.- Qué métodos anticonceptivos conoces			
31	Píldora	0.823	0.795
32	Óvulos vaginales y cremas espermicidas	0.646	0.679
33	Preservativos/ condón	0.042	0.501
34	Marcha atrás	0.507	0.152
35	DIU	0.812	0.277
36	Diafragma	0.050	0.304
37	Método ogino	0.613	0.199
38	Anillo	0.940	0.641
39	Parches	0.366	0.838
40	Implantes	0.047	0.794
41	Píldora postcoital	0.403	0.314
42	Esponja anticonceptiva	0.024	0.956
B.2.- ¿La definición siguiente es correcta?			
43	Píldora: hormonas anticonceptivas	0.299	0.585
44	Óvulos vaginales: manteca de cacao	0.713	0.223
45	Preservativo/condón: funda elástica para el pene	0.976	0.829
46	Preservativo: funda elástica para la vagina	0.666	0.776
47	Marcha atrás consiste en no eyacular en vagina	0.711	0.158
48	DIU: artefacto de plástico que se pone en cuello del útero	0.348	0.467
49	Diafragma: artefacto de metal u hormonas que va en útero	0.766	0.754
50	Método ogino es un método de fechas fértiles	0.974	0.763

51	Anillo: funda de plástico con hormonas que va en la vagina	0.996	0.390
52	Parches: hormonas que se llevan por dentro de la piel	0.760	0.147
53	Implantes: apósitos hormonales que se ponen en la piel	0.957	0.886
54	Píldora postcoital es un abortígeno	0.152	0.537
55	RU-486 es la píldora postcoital	0.012	0.175
56	Píldora postcoital sólo es efectiva en las primeras 12 horas	0.042	0.145

Se observan diferencias significativas con relación al tipo de centro público/privado donde han cursado los estudios previos antes de la intervención (pretest) en algunos items relacionados con métodos anticonceptivos (tabla 3.12) como diafragma ($p=0,050$), implantes ($p=0,47$), esponja anticonceptiva ($p= 0,024$) y píldora postcoital ($p=0,012$). Sin embargo, no se observan diferencias significativas ($p>0,05$) cuando se trata de conocimientos relacionados con ITS (tabla 3.13), tan solo, en el apartado C.4 cuando se trata de nuevo de items relacionados con métodos anticonceptivos, diafragma ($p=0,048$), parches($p=0,02$), implantes ($p=0,010$), etc.

Tabla 3.13. Estudio de asociación TIPO DE CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES-CONOCIMIENTOS ACERCA DE ITS (A. bivalente)			
	valor p	TIPO CENTRO ENSEÑANZAS ANTERIORES	
		PRETEST	POSTEST
C.1.- Cuáles de estas enfermedades se transmiten sexualmente			
57	Sífilis	0.243	0.847
58	Hongos	0.583	0.420
59	Gonorrea	0.091	0.192
60	Herpes	0.837	0.953
61	SIDA	0.000	0.764
62	Hepatitis B y C	0.456	0.229
63	Clamydias	0.176	0.339
64	Verrugas genitales	0.156	0.422

Resultados

65	Cáncer	0.132	0.894
66	Cándidas	0.120	0.445
C.2.- Acerca del Papilomavirus (HPV)...			
67	Su transmisión es sexual	0.213	0.202
68	Se transmite por autoinoculación	0.748	0.271
69	Se transmite por compartir ropa u objetos	0.473	0.212
70	La transmisión es por vía bucal	0.059	0.185
71	La transmisión es por vía vaginal	0.525	0.820
72	La transmisión es por vía anal	0.528	0.640
73	El virus afecta tanto a hombres como mujeres	0.325	0.534
74	Es una infección que afecta sólo a las mujeres	0.559	0.380
75	Los hombres pueden tener también lesiones	0.146	0.194
76	La vacunación protege frente a la Infección futura por HPV	0.260	0.557
77	La vacunación protege frente cáncer de cérvix en sí mismo	0.879	0.203
C.3.- Cuáles de estas prácticas sexuales pueden dar lugar a ITS			
78	Masturbación recíproca con la mano	0.263	0.269
79	Besos húmedos y/o intercambio de saliva	0.410	0.086
80	Penetración del pene en el ano sin preservativo	0.245	0.716
81	Penetración del pene en la vagina sin preservativo	0.945	0.176
82	Compartir las duchas	0.920	0.447
83	Chupar el pene (felatio)	0.107	0.667
84	Compartir un vaso, un plato, cuchara, tenedor, etc.	0.802	0.658
85	Chupar la vagina (cunilingus)	0.172	0.853
C.4.- Cuáles de estos métodos evitan las ITS			
86	Píldora	0.509	0.733
87	Óvulos vaginales	0.945	0.524
88	Preservativos/ condón	0.037	0.986
89	Marcha atrás	0.001	0.595
90	DIU	0.423	0.337
91	Diafragma	0.048	0.193
92	Método ogino	0.676	0.168
93	Aro	0.972	0.984
94	Parches	0.020	0.853
95	Implantes	0.010	0.944
96	Píldora postcoital	0.967	0.268
97	Preservativo femenino	0.923	0.399

4 Discusión

4.1 Sobre el Material y Método: Limitaciones del estudio.

En este punto y antes de avanzar en la discusión debemos puntualizar dos cuestiones:

Por un lado la composición de la muestra si comparamos nuestras estadísticas a las de las presentadas por la CRUE (informe 2008, 2012) (150, 151), refleja la realidad de la Universidad española. La distribución de los estudiantes por sexo también se comporta de forma acorde a lo acontecido en los últimos años. La cifra de mujeres que acceden a la Universidad es ligeramente superior a la de hombres. En Castilla y León es donde se alcanza una mayor proporción femenina entre los estudiantes de nuevo ingreso, casi cinco puntos por encima de la media.

Analizados los datos por ramas de enseñanza o conocimiento, se observa una mayoría femenina en cuatro de las cinco agrupaciones existentes. Tan sólo en las ramas Técnicas los varones tienen una presencia mayoritaria, muy acusada, por otro lado. Tendencia inversa la que se aprecia en la rama de Ciencias de la Salud, donde la presencia de mujeres alcanza casi las tres cuartas partes del total de los alumnos de nuevo ingreso (151).

Por lo que, la escasa representación del género masculino en la muestra, hace que seamos muy prudentes a la hora de extraer conclusiones con relación al género.

Por otro lado, aplicar el cuestionario posttest al finalizar la intervención educativa (corto plazo), sólo nos permite analizar la adquisición de conocimientos. Sería necesario un seguimiento a medio/largo plazo para evaluar cambios en la conducta/comportamiento.

4.2 Discusión de los resultados: Análisis e interpretación de los resultados.

4.2.1 Sobre conductas sexuales y hábitos de riesgo.

Observando la ilustración 3.1 del apartado de resultados, el 91% de la población universitaria encuestada había mantenido relaciones sexuales y el 22% lo habían hecho antes de los 16 años. Esto confirma que nuestra muestra se corresponde con la de otros autores como E. Daphne 2011 (25), INJUVE 2012 (3) y Rodríguez et al 2012 (7), que presentan muestras poblacionales españolas “idénticas” a la nuestra. También Meneses et al (152) y Gil et al (153), aunque para éste la mayor parte aún lo postergan a los 17 a 19 años.

Según los datos del estudio HBSC del 2010 (154) de la OMS en colaboración con el MSC, el 34,6% de los jóvenes entre 15 y 18 años han tenido relaciones sexuales completas frente al 65,4% que refiere no haberlas tenido. El HBSC diferencia por género, de tal forma que el 36,5 % de los chicos habían mantenido relaciones sexuales en ese rango de edad, frente al 32,8% de las chicas. Datos que concuerdan con otros estudios como el de Hidalgo et al (10), que nos presentan una edad de inicio de 15 años o el de Teva et al (143) que refieren inicio de las relaciones incluso a edades para los chicos por debajo de los 15 años (14,8) frente a los 15 de las chicas. Lete et al en el 2008 (80), hablan de una edad media de inicio de las relaciones sexuales de 15,9 años, tanto para los varones como para las mujeres del grupo de edad entre los 15 y los 19 años. Entre los comprendidos entre 20 y 24 años la media de edad de inicio fue de 16,7 y 17,3 años para los varones y las mujeres respectivamente.

El comparativo de HBSC de los años 2002, 2006 y 2010 (60), respecto a la edad en la que los chicos de 15 y 16 años se inician en las relaciones sexuales muestra los datos que presentamos en la siguiente tabla.

	11 o menos	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años
2002	2,6	2	10,2	29,3	44,3	11,6
2006	3,6	4,5	10,5	28,1	35,6	16,6
2010	7,4	6,1	10,4	30,5	37,2	8,4

Tabla 4.1. HBSC 2002-2006-2010. Edad inicio de relaciones sexuales. Tabla de porcentajes.

Los jóvenes que mantienen su primera relación sexual completa a los 15-16 años disminuye desde el 2002 al 2010, pero esto no es un dato esperanzador, porque lo que ocurre es que aumenta el porcentaje de los que lo hacen a edades más tempranas. Podemos ver como la mayoría de los jóvenes mantiene su primera relación sexual coital entre los 14 y 15 años.

Saliéndose del ámbito español y europeo, autores norteamericanos manejan cifras como las publicadas por Eaton et al (38), que informan que el 7% de las jóvenes de EE.UU. refieren que su primera penetración vaginal fue antes de los 13 años de edad.

Con respecto a la pregunta sobre el método que utilizaron la primera vez, observamos que el 94,2 % había utilizado algún método anticonceptivo. Este dato lo corrobora también E. Daphne (25) en su VII Encuesta a la población española femenina. Discretas diferencias encontramos con el estudio de Rodríguez et al (7) en jóvenes de educación secundaria andaluces, en los que el uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual es diez puntos porcentuales inferior a lo encontrado por nosotros. Gascón Jiménez et al (134) en 2003 publican cifras similares a las de nuestro estudio (93,2%).

En el 2009 el MSC emite los resultados de una encuesta nacional de salud y refiere que el 37% de los encuestados no utilizó ninguna medida anticonceptiva en su primera relación sexual (67). El dato que presentamos en la población universitaria estudiada es sensiblemente superior al encontrado por Tripp et al (46), que según presentan en su estudio ninguno de los países revisados llega a los valores obtenidos en

nuestra población (presenta la limitación de tratarse de una revisión de artículos y por ello estudiar muestras muy heterogéneas). Cabe destacar como cifras más altas, las encontradas por Tripp en Holanda con un 85% de uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual, así como, por el lado contrario, cifras que escasamente supera el 60 % en la población de 16-19 años del Reino Unido. De forma extrema y entendemos que puntual y motivada por el estado de subdesarrollo que se da en el país, nos encontramos con las cifras publicadas por Orji et al (155), que nos muestran que los jóvenes escolares en Nigeria no usan método anticonceptivo en el 86,7% de los casos de primera relación sexual.

Este hábito ha mejorado considerablemente, pero queda un 5,8 % que no utiliza ningún método, que junto con el 4,4% de los que dicen usar la marcha atrás, llegamos a valores entorno al 10% (10,2%) de riesgo de gestación no deseada. El 33% de los casos en los que se produjo un IVE en España en el 2012 no se había utilizado ningún método anticonceptivo (24). Importante destacar que los jóvenes no perciben, o lo hacen de forma muy ligera, que para tener una ITS o un embarazo no deseado, basta con un único contacto de riesgo. Según lo obtenido en nuestra muestra universitaria, uno de cada diez adolescentes se someten a riesgo de embarazo la primera vez que practican sexo con penetración, siendo mayor aún el riesgo de los que se someten a una ITS, porque a lo anterior hay que sumarle los que utilizan como método la píldora anticonceptiva u otro método no barrera.

El 5,2% que usó la píldora, se supone que lo hizo porque la relación estaba planificada, o bien por que utilizaba este fármaco por alguno de los múltiples efectos no anticonceptivos que tiene (control del ciclo menstrual, disminución del flujo menstrual, efectos antiandrogénicos, etc.). En este punto encontramos diferencias con lo publicado por Rodríguez Carrión et al (7) (0,9% de uso de píldora en primera relación sexual).

Suponemos estas diferencias son por tratarse de una población de estudiantes de la ESO. Este es un punto importante de salud pública, sobre todo cuando miramos a países latinoamericanos, en los que encontramos las desoladoras cifras que nos aporta la Encuesta Nacional de Dinámica Demográfica de México (ENADID 2009) (156), que nos presenta que el 61,5% y el 66,3% de la población entre 15-19 años y 20-24 años respectivamente no usó ningún método anticonceptivo en su primera relación sexual. Dato éste de relevancia, máxime cuando España es un receptor de inmigración latina.

Interesaba conocer dentro de los hábitos y conductas sexuales de los jóvenes universitarios de nuestra muestra, las causas o motivos que les conducen a mantener relaciones coitales. Tal como se representa en la ilustración 3.9, observamos que en un 72% de los casos es por amor, un 61,2% por búsqueda de placer, coincidiendo estos datos con los recogidos por Rodríguez et al (7). Destacar la no desdeñable proporción de uno de cada cinco (21%) jóvenes que se inicia en las relaciones sexuales por probar. En relación a esta motivación encontramos diferencias de género en el estudio de Santana et al (157), llegando al 72,2% de casos en los que los varones inician su relación por probar, frente al 27,1% de las mujeres. Ya hemos comentado que dadas las características de heterogeneidad de la muestra respecto al género no podemos valorar diferencia en este sentido, teniendo en cuenta que la nuestra se compone fundamentalmente por mujeres. En una publicación sobre hábitos de la población colombiana realizado por González et al (158) en el año 2009 presentan cifras algo mayores que en nuestro trabajo (35,3 frente 21%) en cuanto a casos en los que los jóvenes se inician en la relaciones por probar. Puede que no sean cifras del todo comparables ya que este 35,3% se refiere a población masculina, y como venimos comentando nuestro estudio prácticamente un 80 % de la muestra es población femenina; además de diferencias culturales que sin duda se plasman. El 31,4% de casos que lo hacen por amor en la muestra colombiana frente al 72,2 % de las ocasiones que

encontramos en nuestro trabajo. En este sentido, Santana et al (157), Meneses et al (159) y López et al (160) encuentran también diferencias de género en cuanto al amor como causa de inicio en las relaciones sexuales, siendo más frecuente entre las chicas. Varela et al (161) en el año 2010 publican un estudio en el que también hace diferenciación por sexos. Encuentra que las chicas se inician en las relaciones sexuales en el 40,3% de las ocasiones por amor frente a los chicos que lo hacen en el 17,6% (estos más frecuente por deseo, 24,1%). El amor es el motivo referido para casi la mitad de las chicas y el deseo para los chicos.

Hemos encontrado en la literatura motivaciones como *“tenía edad para hacerlas”*. De los jóvenes que argumentan esto para iniciarse en las relaciones sexuales, tres de cada cuatro son varones (74,2% frente 25,8%) (157).

Es importante valorar la situación de embriaguez que en ocasiones envuelve a las relaciones sexuales en adolescentes y adultos jóvenes. En nuestro estudio el estado de embriaguez ocasiona el 6,8% de la primera relación sexual. Esta situación lamentablemente está aumentando. Según Castelo-Branco et al (162) en un trabajo publicado en el *Gynecology endocrinology* en 2014 el 62,3% de los jóvenes españoles refieren que el alcohol elimina barreras para mantener relaciones sexuales y que dentro del 38,4% que tienen relaciones sin protección, un 40,7% es debido al abuso de alcohol. Datos similares se observan en la población estudiada por Rodríguez et al (7), donde se informa hasta un 9,8% de ocasiones en las que la primera relación sexual viene en el contexto o motivada por abuso de alcohol. Importante incidir en este problema, conociendo como conocemos que las relaciones sexuales bajo la influencia de drogas de abuso, son un factor de riesgo para adquisición de VIH y otras ITS. Según la HBSC 2010 (9), la edad media del primer episodio de embriaguez, considerando a los adolescentes de 15 años, es de 13,82 años en las chicas y 13,84 años en los chicos. Según este estudio

en el 2006 (163) (acotado a la población de Castilla y León), en torno al 40% de los adolescentes entre 11 y 17 años se han emborrachado alguna vez. Esta situación de embriaguez, puede hacer que mantengan relaciones sexuales de riesgo. Alrededor del 3% de los jóvenes de 15-19 años no usó ningún método anticonceptivo por causa del estado intoxicación por alcohol. En estudios con muestras poblacionales a nivel europeo Lazarus et al (146) en el año 2009 corroboran lo presentado en relación al no uso de preservativo y el alcohol. Teva en la tesis defendida en el 2009 (164) presenta un estudio en el que observa que el 16,7% de los jóvenes en su última relación sexual estaba bajo la influencia de la droga de abuso.

Como se presenta en la ilustración 3.10, nos pareció interesante estudiar, una vez sabido lo que sucede “la primera vez”, observar porqué ocurren las siguientes. El 1,2% de los jóvenes de nuestro estudio lo hacen siempre (el 100% de las ocasiones) para mantener la pareja, el 14% en tres de cada cuatro ocasiones, pero nos parece muy relevante el 61,2% (más de la mitad de la muestra) que en una de cada cuatro relaciones sexuales el motivo sea mantener la pareja. Un 18,4% en ningún caso (0% de las veces) mantiene relaciones sexuales por este fin. El análisis es difícil de comparar con otros estudios ya que no utilizaron la idea de porcentajes de veces/encuentros, sin embargo se emplea esta pregunta mucho en consultas de sexualidad en parejas de larga duración. Es interesante pensar y analizar el hecho de que haya jóvenes que subsumen sus relaciones sexuales a mantener “una pareja para mí”. Esto supone en nuestro estudio el 25% de las relaciones.

Cuando los jóvenes tienen su primera relación sexual, en prácticamente las tres cuartas partes (72,2%), lo hacen “por amor”. En relaciones sucesivas, el 45,8%, siempre por amor, un 28%, tres de cada cuatro, un 17,2% dos de cada cuatro veces, un 5,2% una de cada cuatro y un 3,8% nunca lo hace, es decir, que desvincula el sexo del amor.

El placer, el *primum movens* de la práctica sexual según los maestros de la sexualidad (así como el erotismo), no parece tener tanta importancia en la población universitaria de nuestro estudio ya que sólo el 56,4% lo hace por placer siempre. Esto, podemos presentarlo de la forma contraria, y remarcar que casi el 50% de los jóvenes no busca el placer en algunas ocasiones al mantener relaciones sexuales. El 30,4% de los individuos encuestados mantiene relaciones sexuales en tres de cada cuatro ocasiones por este motivo, un 9,6% dos de cada cuatro y un 1,2% en una de cada cuatro relaciones. Pero tenemos un 2% de la muestra que nunca lo hace por placer.

Los jóvenes en determinadas circunstancias se ven encaminados a adoptar diferentes actitudes en función de estereotipos de comportamiento que consideran normales. Que consideran ellos normales, o que el “grupo” de sus iguales así lo entiende. Es una forma de estar integrado, de pertenecer a una comunidad, y por ende no sentirse desplazado. En este sentido un 37,6% de ellos refiere que en una de cada cuatro ocasiones mantiene relaciones sexuales porque “es lo normal” o porque “lo hacen los demás”. Nos parece relevante destacar el no desdeñable 12,4% de los encuestados que manifiestan que siempre que mantiene relaciones sexuales el motivo es “que es lo normal”. En el otro extremo “solo” el 18% de ellos nunca (0% de las veces) lo hacen por este motivo.

En base a esto comentado, consideramos necesario educar a los jóvenes en valores, en conocer sus necesidades, en meditar acerca de la importancia de las cosas, en situar la sexualidad en su vida en el lugar que le corresponde. Desmitificar el amor, el cuento de príncipes y princesas tan abundantemente propagado por todo tipo de películas, juegos de roles, series, revistas, etc. Son precisamente estos medios audiovisuales, publicitarios, los que tratan al amor desde una forma particular, mediatizada. Los adolescentes se ven de forma continua bombardeados por

estereotipos que tienen al amor, poder y violencia como medios de conseguir situación social, poder y sexo. Esta realidad se refleja en publicaciones como la de Romero de Castilla et al (165), donde refieren que las fuentes de información de los jóvenes en temas de sexualidad son los amigos y las revistas.

La conducta sexual que más adoptan los encuestados de la comunidad universitaria de Salamanca, es con diferencia el coito vaginal (95,8%), conducta concordante con las que presentaban generaciones anteriores.

Llama la atención el 63,8% de prácticas como felatio y 62,4% de cunnilingus. Similares datos en cuanto a sexo oral (62,1%) presentan Luengo-Arjona et al (54), aunque algo menores en coito vaginal (77%). Porcentajes menores nos encontramos en la ENSS 2009 (67), donde se informa un 38% para sexo oral en varones y 28,7% en mujeres. Failde Garrido et al en el 2008 (166) encuentran cifras que difieren ligeramente de las nuestras. En la población de jóvenes comprendida entre 14 y 24 años encuestada, el coito vaginal (77,1%) se presenta en menor porcentaje que en nuestro estudio, al igual que el sexo oral (53,5%). Fuera de España informan en la Encuesta Nacional sobre Sexo realizada en México 2004 (167) de cifras de sexo oral en torno al 50%, al igual que Linberg et al (168) en 2.271 jóvenes entre 15-19 años en EE.UU. Estas cifras demuestran que este comportamiento es más generalizado en la actual generación, que además de su prematuridad en mantener conductas sexuales también lo hace en otras conductas menos frecuentes o casi raras en épocas anteriores. Esta tendencia que se está viendo quizás sea debida a la precocidad en el inicio de las relaciones pero puede ser también por el mayor acceso a páginas de internet con conductas de este tipo que son recomendadas para no embarazarse y adquirir enfermedades.

El informe FIPSE (131), sobre jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH del 2006 hace una reflexión a nuestro juicio interesante en cuanto a la práctica

del sexo oral. Todo viene derivado del hecho de que en su encuesta el 24,9% de los jóvenes de 18-19 años no usaban preservativo en su primera relación sexual con su pareja porque se trataba de sexo oral. El aumento en este tipo de prácticas, puede estar cambiando el patrón sexual, aumentando los juegos preliminares y buscando no de forma tan focalizada la genitalidad. Afirman estos autores que *“Promocionar entre los jóvenes este modelo de sexualidad que incluya un amplio abanico de alternativas eróticas igual o más placenteras que la penetración como la masturbación, el sexo oral, los besos, las caricias, el petting, podría suponer un aplazamiento de las relaciones sexuales con penetración y un riesgo mínimo o nulo de infección por VIH”* (131).

En cuanto a lo que se refiere al coito anal, en nuestra población a estudio, esta práctica aparece en un 11%. Datos similares nos encontramos en el estudio comentado anteriormente de Failde Garrido et al (13,9%) (166), Lindberg et al (10%) (168) y Luengo-Arjona et al (9,2%) (54). Haydon et al (169), en un estudio Norteamericano del 2011, observaron que en una muestra de EE.UU, el 9,5% (11,3 varones y 7,5 mujeres) de los jóvenes habían tenido sexo anal con menos de 18 años . Esta práctica está aumentando, según, nuestro trabajo y según las referencias en la literatura consultada (170). Muy relevante por tratarse de un problema de salud pública, es el hecho de que el 54,8% de los varones del estudio en ocasiones (o nunca usa) no usa preservativo durante esta práctica, a diferencia del elevado uso en la práctica vaginal. Esto está ocasionado, creemos, por la asociación que tiene para los jóvenes preservativos-evitar embarazo, olvidándose la dualidad preservativo-evitar ITS. En este sentido, Tian et al (171) realizan un estudio sobre sexo anal en población heterosexual para valorar el uso de preservativo en esta práctica (el estudio puede tener un sesgo de selección, al estar realizado en clínicas de ITS). El sexo anal era practicado por el 18,3%, identificándose con otras conductas como: múltiples actos sexuales, haber tenido dos o más parejas y a sexo vaginal no protegido. El 63% nunca usaba preservativo en el sexo anal. En el estudio de

Houston et al (172) el 16% de los jóvenes tienen coito anal con su pareja habitual, el 12% en un encuentro esporádico. No se usa preservativo en el 52,9% de los encuentros esporádicos frente al 78,7% de los casos en los que se realiza con la pareja habitual.

Tal y como vemos en la ilustración 3.12, el 74% de los participantes en el estudio dice que utiliza protección siempre, 18% tres de cada cuatro veces, el 4% la mitad de las veces y el 4% una de cada cuatro veces. Según estos datos en un 26% de las ocasiones existe riesgo de embarazo y de ITS (para INJUVE 2012 (3) este riesgo es del 37,7%, que son las ocasiones en que alguna vez o siempre tienen relaciones sin protección). No son conscientes de que para embarazarse solo se necesita una vez y para contagiarse también. Ellos solo conocen “por una vez no pasa nada”, “me fio de la persona que está conmigo, tiene buen aspecto”, “me quiere como me va a contagiar”, “se corre fuera”, etc. Datos similares tenemos en los estudios de Gascón Jiménez et al (134), ENSS 2009 (67), Navarro et al (173) y Mesa et al (174). Según el análisis de Moreno et al en 2012 para el HBSC 2010 (9) la ausencia de preservativo en la práctica sexual del joven entre 15-29 años se aproxima al tercio de los casos (el 31,4%) en su última relación con penetración. En la literatura anglosajona tenemos resultados similares. Recientemente (2013) Biggs et al (175) en un artículo publicado con el título *Misunderstanding the Risk of Conception from Unprotected and Protected Sex*, informa del desconocimiento de la población estadounidense del riesgo de las relaciones sin protección. Sólo el 8% de las entrevistadas son conscientes del riesgo de embarazo por el hecho de tener una sola relación sin protección. El joven se somete a prácticas de riesgo porque está en continua búsqueda de sensaciones. En base a esto Kalichman en 1994 (176) define la búsqueda de sensaciones sexuales como una “*tendencia para conseguir niveles óptimos de excitación sexual y de implicarse en experiencias sexuales novedosas*”.

El preservativo, al igual que en la mayoría de estudios consultados, es el método anticonceptivo más utilizado (87,8%) por los jóvenes de nuestra muestra, para INJUVE 2012 (3) es el 68,6% de los casos (76% varones, 61,6% mujeres).

En España tenemos unas muy buenas cifras de uso de preservativo en jóvenes, en este punto a la cabeza de Europa. Según Lazarus et al (146) las cifras de uso de preservativo en pacientes de 15 años son del 86% en la población española. Dato que es relativamente contradictorio al hecho de que según lo presentado en ese mismo estudio somos el país que más tarde iniciamos los programas de educación sexual en la Unión Europea (a los 14 años). Para HBSC 2010 (9) estas cifras son un poco inferiores, de tal forma que entorno al 74,4% de jóvenes entre 15 y 18 años con relaciones sexuales utiliza el preservativo. Es el método más divulgado y el más accesible en zonas no comprometidas.

Sigue en orden de frecuencia la píldora (25,2%), que es muy utilizado por este grupo de edad, superando los porcentajes apuntados por E. Daphne (25). Este porcentaje es similar al de los jóvenes que no utilizan ningún método, ya comentado anteriormente.

El doble método consistente en el uso del preservativo como barrera asociado a un método hormonal. Viene siendo preconizado por diferentes sociedades científicas desde hace tiempo (Sociedad Española de Contracepción en adelante SEC, entre otras) tanto de medicina especializada como en atención primaria (177). En nuestro estudio, lo practica un 13,3% de los encuestados. Es más novedoso y por ello consideramos que es importante su penetrabilidad en este grupo etario. Para ello, como comentan Sieving et al (178), es fundamental la intervención educativa para mejorar la aceptación de este tipo de método. En la misma línea va la publicación de Lete et al en 2008 (80), en la que refieren que únicamente el 3,4% de los jóvenes varones españoles y el 7,3% de las

mujeres han utilizado en alguna ocasión un doble método, y este porcentaje desciende hasta el 0,2 y el 2,9%, respectivamente, cuando se refiere a la última relación sexual mantenida (25) (1,3% en la última encuesta del 2011, estabilizado desde la anterior encuesta del 2009 del E. Daphne). Yago aporta cifras del 7% (179) y Rodríguez Carrión et al (7), destacan el mayor conocimiento del mismo por parte de las chicas. Interesante el dato que presenta el E. Daphne 2011 (25), y es que lo conocen el 59,6% de los jóvenes pero lo practican en muy contadas ocasiones. Realmente se debería contabilizar sobre el total de las parejas en que la chica toma de base un método hormonal, de esa forma los resultados suponemos serían algo más altos. Marcell et al (180) en *Pediatrics* informan del conocimiento y uso del doble método en un 24% de los varones estudiados. Obviamente, cuanto más allá en el tiempo nos remontemos encontraremos porcentajes menores como los que publican Serrano et al (145) en el 2005 (1,8 % uso en chicos de 15-24 años y 3,2 % en chicas).

El anillo vaginal representa el 7,1% de los métodos utilizados. Este método vemos que está consiguiendo un mayor número de adeptas con el tiempo y quizás con el descenso en los prejuicios o desconocimiento de la vagina como vía de tratamiento (Falah-hassani et al (95), Stewart et al (181)). Terrell et al (182) indican que un tercio de las jóvenes estaría en disposición de usarlo si recibiesen la suficiente información y adiestramiento.

Es muy interesante destacar el estudio de Moreau et al en el que valoran entre otros items los anticonceptivos que usaban las adolescentes que habían tenido un IVE en Francia en el año 2007 (183). Encontramos que las que usaban anillo vaginal eran el 0,5% frente al 21% que usaba la píldora. Podríamos pensar quizás que haya más riesgo de incumplimiento en métodos de uso diario como la píldora.

Por otro lado, tenemos la nada despreciable cifra de un 1,8% de IVE en nuestra población a estudio. Según el estudio IVE del MSC del año 2012, el 12,95% de los menores de 19 años han tenido un IVE y el 20,36% de los comprendidos entre 20-24 años. Cifras muy similares a las encontradas en nuestro estudio.

Nos detenemos a valorar el 12,6% que ha usado la píldora postcoital. Dada su extraordinaria polémica acerca de su distribución y los criterios nada científicos que rigen el dónde y cómo debe dispensarse, nos preguntamos si consideran que habría sucedido, si estos jóvenes, no hubieran optado por esta solución. La píldora postcoital es un método seguro y eficaz para evitar un embarazo no deseado una vez que la relación sexual ha acontecido. Ha encontrado ciertos obstáculos en muchas ocasiones debido al desconocimiento tanto por parte del personal sanitario como de las usuarias (184). La utilidad del método es una realidad, la misma que nos dice ha llegado a evitar al año un millón de abortos y dos millones de gestaciones no deseadas en los EE.UU. El problema y el desconocimiento del que hablamos han venido por la duda de si es o no un método abortivo. Repasando los efectos de este tipo de medicación como son: sobre la ovulación, la motilidad tubárica, la permeabilidad del moco cervical, la alteración del cuerpo lúteo, son los relacionados con la implantación los que más controversias acarrear. Esta cuestión ha preocupado desde hace años a los investigadores implicados en el desarrollo de las hormonas esteroideas con fines anticonceptivos. Ya a finales de los 60, Jacob y Morris (185) demuestran la resistencia de un embrión de coneja ya implantado a altas dosis de hormonas. Bacic et al (186) posteriormente ahondan en este sentido administrando dosis hormonales similares a las utilizadas en la anticoncepción postcoital en mujeres con ciclos regulares entre el 21 y 28 días del ciclo, y observo que no había diferencias en los porcentajes de gestación obtenidos frente a las que no se lo aplicaban. Es importante que la comunidad científica aborde con rigor el papel de este método y siempre pensando en el beneficio del adolescente o adulto joven.

Concluyendo con los métodos anticonceptivos, se observa que en España se han dado grandes pasos, pero sigue manteniendo ciertas particularidades que nos separan del resto de Europa. El preservativo, que es el método anticonceptivo más utilizado en nuestro país, ha duplicado su uso en la última década. Se observa, con cierto grado de preocupación, que este incremento no se haya dado en la misma cuantía en el caso de los métodos hormonales, donde a pesar de haberse producido un aumento de las opciones y haberse mejorado la accesibilidad a los mismos, su uso en nuestro país continúa estando muy por debajo de la media europea. La situación española actual solo es comparable a la que se da en países como Rusia, Grecia o los Países Bálticos que tienen la tasa más baja de uso de métodos hormonales.

4.2.2 *Sobre conocimientos en anticoncepción.*

Los conocimientos sobre métodos anticonceptivos, es uno de los objetivos fundamentales de nuestra investigación. Ésta plantea conocer si realmente la información que tienen es real y para ello preguntamos: *¿Qué métodos anticonceptivos conoces?* Una parte fundamental del proyecto era saber si los jóvenes tienen una idea correcta para su adecuada aplicabilidad, o únicamente conocen, les suena, pero no saben que es, ni para qué se utilizan. Para ello interrogamos, como se ha podido apreciar en el desarrollo de este trabajo, sobre los diferentes conceptos de cada método anticonceptivo o las formas de aplicarlo, y mitos erróneos con el fin de poder comprobar la fortaleza de sus conocimientos.

Un 74,4% dice utilizar siempre algún método anticonceptivo. En los estudios que se han realizado al respecto, de los 209 jóvenes menores de 19 años (E. Daphne 2011) (25) el 64,4% dice utilizar algún método anticonceptivo y un 35,4% no usan ninguno, 0% métodos naturales, subiendo veinte puntos porcentuales el uso de algún método si

consideramos a jóvenes entre 20-24 años (85,3% usa método frente al 14,7% que no lo hace). Dueñas et al (187) en 2013 en un comparativo sobre la evolución del uso anticonceptivos en la población española desde 2002 al 2008, observan un mejoría en esta conducta, subiendo el porcentaje de uso de un 61% a 80% en varones y de un 60% a 75% en mujeres. En nuestro estudio como vimos anteriormente las edades se encuentran en estos rangos y los porcentajes son similares. Alrededor del 75% utiliza el 100% de las ocasiones algún método.

Importante es recapacitar y valorar hasta qué punto el hiper-control, desde el punto de vista médico del tema de la anticoncepción, puede estar alejando a la mujer joven del acceso a la misma por el mero hecho de la vergüenza o la incomodidad de pasar por una consulta de ginecología, y sobre todo por tener que someterse a una exploración física. En este sentido Lara Torre et al (37) inciden en que muchas adolescentes perciben la exploración pélvica como una barrera para acceder a los servicios anticonceptivos; por lo tanto, concluye, se puede demorar la exploración física hasta después de haber comenzado a usar los anticonceptivos una vez demandados por la paciente y si el médico lo considera adecuado.

El informe INJUVE del año 2012 (3) nos muestra que de los 1876 jóvenes encuestados entre 14-24 años el 84% dice utilizar métodos anticonceptivos. Para la SEC 2014 (65) el 84% (teniendo en cuenta el rango etario de 20-24 años). En el informe IVE 2012 se observó que 460 jóvenes menores de 15 años abortaron y 180 de ellas no utilizaban ningún método y 12 usaban métodos naturales (24). Del grupo de edad entre 15-19 años, hubo 13.198 abortos (3.857 no usaban métodos anticonceptivos y 637 métodos naturales).

En cuanto al conocimiento en métodos naturales (ilustración 3.13), el 74,1% de los encuestados dice (previo a la intervención) saber qué es la marcha atrás. Si

preguntamos por el Ogino-Knaus baja al 30,3%. Esto refleja la poca idea que tenían de lo que era antes de la intervención educativa. Creemos que además de utilizar métodos de escasa eficacia, no tienen conocimiento real de en qué consiste su praxis, y no saben nada acerca del riesgo. Datos estos que presentamos parejos a otros estudios en población española (25).

Como acabamos de presentar, se observa un gran desconocimiento en la población de nuestro estudio sobre la fertilidad basada en ciclo natural. En cierta forma, podemos suponer que es un método que no conocen luego no lo usan. Lo realmente preocupante sería que creyendo dominarlo lo usasen mal. Esto supondría un problema doble, el método en si no recomendado para el adolescente y adulto joven asociado a un mal uso del mismo. Revisando el tema, en un estudio publicado en la Cochrane por Grimes et al (188) sobre la anticoncepción basada en métodos del conocimiento de la fertilidad, se concluye, que debido a la metodología y a los informes deficientes, de la mayoría de estudios al respecto, no fue posible determinar las tasas de embarazo con este tipo de métodos. En un ensayo realizado en Colombia, Medina et al (189) encontraron cifras similares de embarazos entre las mujeres asignadas al azar al grupo de método de ovulación y a métodos sintotérmicos. Por el contrario, un ensayo paralelo realizado en Los Ángeles (190) observó más embarazos en el grupo asignado al método de ovulación. Las tasas de continuidad de este tipo de métodos en los ensayos fueron deficientes, de tal forma que en los dos ensayos más grandes, la mayoría de los participantes interrumpieron el método al cual habían sido asignados, a pesar de la capacitación intensiva y el apoyo constante. Por este tipo de dificultades se desconoce la eficacia comparativa de los métodos de anticoncepción basados en el conocimiento sobre fertilidad, precisando evaluarse preferentemente en ensayos controlados aleatorios, antes de ser adoptados y difundidos.

Según refieren nuestros jóvenes universitarios, prácticamente todos (99,6%) conocen el preservativo y parecen tener claro que se trata de “una funda de plástico para el pene”. Pero lo realmente importante y trascendente, no es sólo si saben lo que es un preservativo, lo fundamental es si saben los beneficios que éste aporta. O incluso lo que es más relevante, dicen que conocen, pero ¿conocen bien?, ¿quién se lo explicó? Porque en el cuestionario, nuestros jóvenes siguen planteando que la educación sexual la siguen recibiendo de “modo no formal” y “que no es suficiente”.

Bogani et al (191) en un cuestionario en jóvenes en el norte de Italia pendiente de publicar en el *J Sex Marital Ther*, concluyen que los programas de educación sexual realizados en edad escolar contribuyen a mejorar el conocimiento, que algo es, pero no tanto a incorporar el hábito de utilización, o al menos como se querría, en relación a prácticas relacionadas con la transmisión sexual y el uso de métodos anticonceptivos.

Por otro lado, UNICEF alerta sobre una cierta carencia de conocimientos que puede ser mayor en países que están en vías de desarrollo. De tal forma que solo el 24% de los jóvenes de 15-24 años en países de bajo y medio desarrollo identifican el uso de preservativos como medida de prevención del VIH. Los jóvenes españoles, según la OMS no alcanzan el dintel mínimo de relaciones con método anticonceptivo, que debería ser del 90%, y esta organización estima que un 40% de los jóvenes de 15-24 años afirma no utilizarlo.

La población de nuestro estudio, se aproxima mucho a lo marcado por la OMS (90% uso), mejorando los datos de la juventud española. Superan en uso a los datos de la encuesta Durex 2012 (192) para España en la que dice que estamos en el grupo de cabeza en cuanto a relaciones con protección (66% de uso en última relación), por detrás de China, Hong Kong e India (77%, 73%, 71% respectivamente). En nuestro estudio

entorno al 88% de las relaciones son con preservativo. A nivel mundial según este grupo de trabajo, más de un tercio de las relaciones son sin protección.

Se han establecido ciertos factores de “riesgo” para el no uso del preservativo en las relaciones sexuales de los jóvenes. Si se trata de una primera relación sexual con la pareja habitual, de la cual se fían más, es más probable que no usen preservativo, al igual que si es una relación esporádica o inesperada, suponemos que influye aquí el factor sorpresa o la falta de previsión. Si tratamos la consistencia en el uso del preservativo, son factores no favorecedores de su uso, el que el adolescente varón sea de menor edad que su pareja, y que la chica esté usando otro método anticonceptivo, por lo que sea menos receptiva y desconozca el doble método. Concluyen que la etnia (hispanos), el inicio precoz de la relación coital, la edad menor que la pareja y el uso por parte de esta de otro método son los factores más determinantes para no usar preservativo (193). Otros autores como Real-Heredia et al (47) han cuantificado la “vergüenza”, y cifran hasta en un 25% los casos en que los jóvenes se alejan del uso del preservativo por ella.

En cuanto al conocimiento sobre el preservativo femenino, nos encontramos que el 56,9% lo desconoce.

Para el estudio FIPSE 2003 (131), el 60 % conoce el preservativo femenino, y lo considera un método válido para la prevención VIH. Paradójicamente, según esta encuesta a mayor nivel de estudio alcanzado por los individuos, menor es el conocimiento que tienen de este método.

A pesar de este conocimiento, como refleja la ENSS (67) sabemos que es distinto conocer que utilizar. De tal forma ante la pregunta de cuál método utilizaste como protección frente a la ITS (VIH, hepatitis, etc.) sólo respondieron que el preservativo

femenino el 1,4% de los hombres y el 2% de las mujeres, cifras similares a las publicadas por Yago et al en el 2014 (1,7%) (179). Ya hemos comentado anteriormente algunos de los motivos a parte del desconocimiento, que hacen que este válido método sea uno de los menos utilizados (Masvawure et al “pendiente de publicar”) (63). Según Kulczycki et al (194) en un estudio publicado en el 2004, las participantes prefirieron el preservativo masculino por la facilidad de la aplicación, el sencillo retirado, las sensibilidades durante las relaciones sexuales y la facilidad en la penetración. Las participantes informaron que su pareja también prefirió el preservativo masculino, aunque las mujeres en general, parecían gustarle más este método que a su pareja. Tal como se muestra en una comparación directa entre los métodos al final del estudio las mujeres generalmente prefirieron los preservativos masculinos a los femeninos. Aunque en un primer momento como expone Bounds et al (195) se generaron altas expectativas al respecto de éste, posteriormente se han venido yendo abajo por las razones anteriormente comentadas.

El 57% afirma conocer el anillo vaginal anticonceptivo, pero igual que ocurre a la hora de preguntarles por la veracidad o no de ciertas afirmaciones al respecto, prácticamente el 60% nos confirma que no saben lo qué es, ya que dan respuesta errónea o bien no sabe/no contesta.

Nos llama la atención que seis de cada diez jóvenes universitarios en la actualidad, con lo que a estos se les presupone en cuanto acceso a información y nivel cultural, no conozcan y por ende, no puedan utilizar este tipo de método que lleva aceptado por la FDA desde el 2001 y comercializado en España desde el 2002. El anillo vaginal, presenta un perfil de uso que debería encajar en las adultas jóvenes debido a su comodidad de uso, discreción, fiabilidad, ser mensual y no tener que acordarse todos los días de ello (encuesta HABITS (70), Terrell et al (182)). De hecho, en el cuestionario

HABITS identifica a la usuaria del anillo vaginal con una persona que *“lleva una vida más activa que el resto. En este sentido, son las que viajan más, las que les gusta probar cosas nuevas, sentirse bien consigo mismas y las que les dan más importancia a la vida social, dedicando más tiempo a cuidarse”*. Parece que están definiendo a ciertos cánones de la mujer en su etapa de adulto joven.

Lete et al , en el 2014 publican en *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, (196) un análisis del estudio HABITS donde refleja que el uso de este método es diez puntos porcentuales mayor en las mujeres sanitarias que en la población general (3% vs 13%). Diferencias en este sentido son encontradas también por Stern et al (197). Estos resultados nos deben hacer pensar que con más información obtendríamos más uso. De hecho Epstein et al (198) reflejan que las preocupaciones de las usuarias a la hora de elegir este método están relacionados con la para ellas nueva vía de administración, surgiéndoles preguntas sobre inserción y extracción, el poder dejárselo dentro, la interferencia sobre las relaciones sexuales y el tamaño del dispositivo.

Victor et al (199) publican en el *American Journal of Therapeutics* 2006 un estudio de consultas post inicio del método anticonceptivo y las usuarias del anillo vaginal son las que menos consultan por dudas respecto a las usuarias de la píldora o el parche.

En la última encuesta del E. Daphne 2011 (25) en España se aprecia un estancamiento del uso de este método (englobado con parche e implante), con unos porcentajes de uso similares a los obtenidos en el 2009 (5,3% y 5,7% respectivamente) (41). Por edad, corroborando lo que comentábamos anteriormente, vemos que son las más jóvenes, las que más lo usan (el grupo de 20-24 años presenta el porcentaje más alto con un 11%).

Ante la pregunta *¿qué anticonceptivos conoces?*, el 59,3% refiere conocer el parche transdérmico. De la misma forma que con métodos comentados anteriormente, cuando les damos una afirmación correcta sobre el mismo, el 77,9% contesta que no sabe o que es falso. De forma paralela al conocimiento sobre el anillo vaginal, nos llama la atención que en nuestra población universitaria, solo dos de cada diez conozca realmente el parche anticonceptivo.

Este método, aporta a la adolescente y mujer joven un plus en adhesividad según refiere Valles (200) (78% frente a 88%.) con la misma eficacia respecto a los anticonceptivos orales combinados. Las profesionales sanitarias lo conocen más y lo usan más (70). En la población general el uso del parche viene siendo un tercio con respecto al uso del anillo vaginal, así como su preferencia de uso. Lete et al en el 2007 (201) presentan unos porcentajes de aceptación del parche entorno al 15%, y del anillo vaginal sobre 46%. En estudios recientes no hayan diferencias en seguridad con la píldora anticonceptiva, expresando las encuestadas usuarias del parche mayor libertad para actividad cotidianas que con la anticoncepción vía oral, muy probablemente por la administración semanal (77).

Jones et al (202) publican en el 2014 un artículo en el que refleja como la adherencia al tratamiento de la que estamos hablando es de vital importancia, explicando que la alta tasa de abortos en adolescentes acontecen en población que ya tomaba medidas anticonceptivas, pero que se supone que las dejaron o que lo hicieron erróneamente. Por su forma de administración se considera que puede llegar a un uso correcto en más ocasiones que la píldora. Este concepto, es muy importante para evitar relaciones de riesgo sin protección hormonal debido a un uso indebido, sobre todo a lo que olvidos y horarios en las tomas se refiere (203-205).

Los estudios al respecto a la adherencia del tratamiento, un tema de vital importancia en anticoncepción, varían en función del tipo de población, adolescente o adulto joven, y de la forma de asignar a cada grupo. Se ha visto ciertos sesgos de selección en este tipo de estudios por el hecho de dejar escoger el método a cada paciente (*self-selected*). Thurman et al (206) no encuentran diferencias entre parche y píldora en la continuidad al año, en cambio Raine et al (207) y Bakhru et al (208) encontraron menos continuación en el parche que en la píldora. En una revisión de la Cochrane López et al (209) observan menos continuidad con el parche que con la píldora por la mayor tasa de efectos secundarios (sobre todo dolor mamario y dismenorrea).

En cuanto a la píldora postcoital, el 81,8% refiere conocerla. Este resultado es bastante congruente con lo encontrado una vez que preguntamos más específicamente por ella, salvo en dos cuestiones: sobre si es abortígena o no, en la que observamos un manifiesto desconocimiento ya que prácticamente seis de cada diez, creen que la píldora postcoital es abortígena y sobre las horas postcoito que es efectiva (cuatro de cada diez no contesta o no lo sabe). Después de las campañas, discusiones, polémicas, posicionamientos, etc., acerca de la "*píldora del día después*" algo falla en la transmisión del conocimiento. Como hemos comentado anteriormente, el estudio E. Daphne (25) advierte que los menores de 19 años tienen un riesgo de embarazo no deseado de un 9,8% y en la población general un 24,5% de riesgo por no uso de ningún tipo de método. Según la SEC, en el estudio poblacional de uso de la píldora postcoital del 2013, el 10,4% de las pacientes entre 25-34 años están en riesgo de gestación no deseada por tener relaciones sexuales sin uso de método anticonceptivo (210).

Por todo lo anterior, creemos fundamental orientar por el correcto uso de esta forma válida como recurso ante una relación sin protección, así como desterrar falsas creencias en torno al mismo, para que los jóvenes tengan la posibilidad de usarlo y evitar

la compleja situación que es el embarazo no deseado en la población adolescente y adulta joven.

Al incluir el concepto de emergencia (anticoncepción postcoital o de emergencia) entendemos que no debe ser un método de uso habitual, si bien reservado para ocasiones puntuales (211). Estas situaciones de acercamiento del joven al personal sanitario solicitando la APC, se pueden aprovechar como dicen Trussell et al 2012 (212) para reclutar pacientes que no están planificando o que lo hacen mal y pasar a un método de anticoncepción de larga duración.

Refiriéndonos a estas gestaciones no deseadas, en el informe IVE 2012 (24) nos muestran que en España hay una tasa de interrupciones del embarazo en edades comprendidas entre 20 y 24 años del 20,36‰ y 107‰ de uso de la APC (210). En cifras absolutas estamos ante 33.386 y 305.361 casos respectivamente. Según López Amorós et al (93) el 24,6% de los adolescentes que mantiene relaciones sexuales han requerido en alguna ocasión este método. Esta demanda de la APC en varones adolescentes está asociado al uso abusivo de alcohol, tener relaciones con penetración semanalmente y no haber tratado el tema en aulas de sexualidad. En mujeres se asocia con consumo abusivo de alcohol, consumo abusivo de cannabis, y haber tenido relaciones sexuales con penetración semanalmente. Serrano et al (145), ya en 2005 habían informado de que el 18,3% de las mujeres entre 15 y 24 años en alguna ocasión habían utilizado la APC, siendo en las menores de 20 años un uso de 1,15 ocasiones por año, algo menor, sin llegar a la unidad al año en las mayores de esa edad. Ampliando el foco de estudio a nivel internacional, Sedgh et al en 2012 (213), refieren que en torno a 44 millones de gestaciones terminan en aborto cada año a nivel mundial. Estas cifras son un verdadero problema, y en ello debemos poner el punto de mira de toda intervención educativa en cuanto a salud sexual se refiere.

En resumen, comparando con la literatura más reciente anglosajona al respecto de los conocimientos en anticoncepción, los hallazgos de nuestro estudio concuerdan con lo esperado. Craig et al en el 2014 (214) publican en *Womens Health Issues* un cuestionario sobre conocimientos sobre anticoncepción en EE.UU y alertan del factor de riesgo de la adolescencia por la edad y de la raza latina por su condición de población inmigrante para desconocer los diferentes métodos de planificación familiar. Ejemplo de esto es que el DIU lo conocen el 70% y 77% de latinos y adolescentes frente al 90% de mujeres blancas y adultas. Biggs et al (175) en el 2013 informan en el mismo sentido, postulando que la etnia latina de EE.UU, junto con la pobreza y el no superar un dintel en el grado escolar conseguido son factores de riesgo para el bajo conocimiento en anticoncepción. Los datos en nuestro estudio referidos al DIU se asemejan a estos últimos comentados. Ahondando en el estudio de Biggs en cuanto al manejo de la píldora, el 72% y 70% de los latinos y adolescentes frente al 86% y 90% de las mujeres blancas y adultas respectivamente manejaban el concepto de que ante un efecto colateral de la píldora se podía cambiar a otra de distinto compuesto hormonal. En este sentido encontramos un punto a destacar en los resultados de nuestro cuestionario, y es que nos llama la atención que dicen conocer la píldora el 99,3% de los preguntados, pero al pedir definiciones correctas acerca de lo que es la píldora, se aproxima al 20% los que no saben que se trata de un compuesto hormonal. Teniendo en cuenta que estamos en un grupo de universitarios que el 40% pertenecen a ciencias de la salud y que como mínimo llevan un año ya en la universidad, consideramos que deben saber qué son las hormonas, sobretodo estando como están en las competencias del primer curso.

Analizando el postest al respecto de la intervención educativa las cifras de conocimiento real sobre la píldora mejoran, pero a nuestro juicio, en algo de uso tan

común y de tanta repercusión, deberíamos haber conseguido aumentos mayores de acierto ante la afirmación “Píldora: hormonas anticonceptivas”.

Después de la intervención educativa con el programa sobre Salud Sexual, Anticoncepción e ITS, vemos como todos los ítems relacionados con anticoncepción mejoran significativamente ($p < 0.05$).

La píldora y su identificación con las “hormonas anticonceptivas” a priori es un concepto que tienen muy claro, así como el preservativo masculino, el DIU y la marcha atrás (99,3%, 99,6%, 91,1% y 74,1% de conocimiento respectivamente). Después de intervenir mejoraron los porcentajes, no en el sentido que mejoren los que responden correctamente, sino que disminuyen los que no saben-no contestan (en adelante NS/NC) y las respuestas erróneas son testimoniales.

Todos los ítems mejoran con la información recibida, pero algunas fueron más llamativas como es el caso referente a las cremas espermicidas que pasaron del 2,2% al 22%, aunque la mejoría fue buena, no podemos sentirnos satisfechos con que el 68,7% después de la intervención no sepa que *“los óvulos y las cremas espermicidas son sustancias químicas que anulan el espermatozoide”*. Los conceptos que se trabajan en relación a estos compuestos van relacionados a saber que son preparaciones sólidas, en forma de bala, para ser insertas en la vagina. Se pueden poner mediante los dedos o pueden venir acompañados de un aplicador. Están normalmente elaborados a base de un aceite vegetal sólido que contiene el principio activo. El principio activo se libera progresivamente en la vagina a medida que el óvulo se funde con la temperatura corporal. La explicación que encontramos para que este tipo de información no cale del todo en el alumnado es variada. Bien no lo hicimos correctamente o bien las creencias arraigadas son bastantes difíciles de contrarrestar como apunta E. Daphne en 2011 (25).

Parecía que sabían en un principio que era el DIU, ya que respondían que lo conocían el 91,1% (posterior a la clase impartida el 95,8%). Después de la intervención parece que no quedó del todo claro ya que se incluyó información de los distintos tipos de dispositivos, hormonados y de cobre, puede que por ello, los alumnos no tuvieran una información clara. Nos llama por ello la atención que el 49,6% de los alumnos una vez realizado el curso, respondan verdadero o NS/NC a la afirmación *“DIU: artefacto de plástico que se coloca en el cuello del útero”*. Es posible que les falten conocimientos anatómicos y les cueste adquirir este tipo de conocimientos.

La información aportada (y los objetivos marcados) sobre el Ogino-Knaus creemos que fue exitosa ya que el 92,3% (n=506) salieron calculando fechas (al menos conseguimos que supieran calcular semanas de máxima fertilidad, en caso de que no tuvieran la regla regularmente) y que no es un método fiable.

Los jóvenes universitarios encuestados, aumentaron de forma muy considerable el conocimiento sobre el anillo vaginal, así como sobre el parche y los implantes (57,7% a 92,2%, 59,3% a 94% y 19,7% a 76,5% respectivamente). En cuanto al conocimiento real, consideramos bastante aceptable los resultados obtenidos salvo con el implante, que sólo el 37,8% sabe que *“son barras con hormonas que se introducen en la piel”*, una vez cursado el programa educativo.

El preservativo femenino que era desconocido para un 56,9% de la muestra antes de la intervención, conseguimos posteriormente que un 75,4% supiera que era y en qué consistía.

La intervención en anticoncepción es efectiva en general y sobre todo en los más jóvenes siendo los mayores los que se aferran más fácilmente a los viejos conceptos erróneos. Esto nos indica que es importante actuar cuanto antes en la generación del

conocimiento de una sexualidad responsable, porque cambiar mitos y hábitos es muy difícil. Las causas son varias desde la cognición todas las teorías avalan que la plasticidad cerebral para el conocimiento es temprana por ello intervenir antes es mejor, nosotros creemos que erradicar un mito es harto difícil, y sobre todo cuando internet tiene un efecto eco a la hora de propagar leyendas. Además los más mayores tienen experiencias en métodos, como por ejemplo en “marcha atrás”, probablemente la hayan practicado y hayan tenido suerte por lo que luego dudan de que sea una conducta de riesgo.

Parece que hay una mayor predisposición a saber y aprender conceptos sobre responsabilidad en la práctica sexual en estudiantes de ciencias de la salud frente a aquellos de ciencias sociales y jurídicas. La explicación más plausible, puede ser que los alumnos que cursan sus estudios en ciencias de la salud consideran que es algo que deberán saber para aplicarlo en el ejercicio de su profesión, que “es más normal que yo lo sepa”. Consideramos que si bien es cierto que, obviamente un licenciado en ciencias de la salud debe tener este tipo de conocimientos, no es menos cierto, que es preocupante que los jóvenes interesados en otras ramas del conocimiento, no tengan este tipo de información. La realidad es que la práctica sexual no distingue entre gremios. Desde la medicina preventiva está muy claro que los hábitos responsables son poblacionales y sin embargo en nuestra sociedad no se tiene para nada incorporado la responsabilidad social en términos de salud, se delega a los profesionales.

Lete et al en el 2001 (215) publican un estudio en el que entrevistan a 2.136 mujeres de 15-49 años, concluyendo que las jóvenes 15-24 años se informan fundamentalmente en su entorno social, representando la familia un bajo porcentaje. Esto ocurre en población española tanto autóctona como inmigrante.

Según refieren Hernando et al (216) en una encuesta a población inmigrante de la Comunidad de Madrid el 83% de los jóvenes se informan por los medios de comunicación.

En el estudio del E. Daphne 2011 (25) se observa como el 46% de las encuestadas se informan en el medio sanitario, y el 36,2% en el entorno social. Menor valor absoluto tiene la información en medios de comunicación (15,9%), incluyendo dentro de éstos internet y redes sociales. Posiblemente en ese momento no se había producido el boom en cuanto a lo que facebook, twiter, tuenti, supone actualmente.

La encuesta HABITS 2012 (70) va en el mismo sentido, apreciándose como las mujeres de 23-49 años se consideran bien informadas respecto a la sexualidad, refiriendo ser el médico su principal fuente de información sobre anticoncepción. Estas diferencias que existen entre estos dos estudios y los primeros comentados pueden ser explicadas por el grupo etario al que corresponden.

Posteriormente nos encontramos con los resultados ya comentados de una tesis inédita defendida en julio 2014 ("Utilización de Wikipedia como recurso docente en la enseñanza superior" Laura Sánchez Martín, defendida en USAL Facultad de Medicina) que analizando la fuente de información a estudiantes, observan que el entorno social del que hablaba Lete en el 2001 (ahora son las redes sociales de internet y los chat), sigue siendo la principal fuente de información. Según este estudio el 68% de los estudiantes de una muestra de 1.500 referían consultar internet, y Wikipedia una o dos veces a la semana. Cotejando esto con lo obtenido en nuestra muestra, vemos que la información que tienen es de escasa calidad. Creen saber (formas de aplicación, efectividad, olvidos, interferencia con fármaco, etc.), pero tienen muchos errores conceptuales, con lo cual saben, pero saben de forma incorrecta, se informan, pero se informan de forma incorrecta.

Los profesionales de la salud reciben una formación escasa sobre anticonceptivos, quedando constreñido a un tema en la licenciatura/grado de medicina, a veces impartido en un seminario.

Las competencias sanitarias en esta materia están diluidas, no forma parte de la cartera de servicios de los ginecólogos (excepto el DIU), parece que actualmente atañe a los médicos de familia. ¿Pero dónde se forman? Es ya largo el tiempo que ha transcurrido desde que se sabe de la necesidad de formar a los profesionales en estas materias. Si la situación es mala en otros países, en España es prácticamente un desierto, más aún después de instaurarse el Plan Bolonia. Si esta es la situación para médicos, la carencia formativa es total para enfermeras, matronas, los biólogos, químicos y maestros, como ya ha sido comentado (34).

Las normas del “*The National Teacher-Preparation*” (oposiciones a maestro) para educación sexual en EE.UU, se han unificado en un esfuerzo sin precedente. Esto acontece con el objetivo de que los futuros profesores de educación de la salud sean competentes en la aplicación de estos conceptos y tengan la metodología y conocimientos teóricos-prácticos en material de salud sexual adecuados para desempeñar dicha función. La educación superior desempeñará un papel clave para garantizar el éxito de estas normas (29). La educación para la salud sexual actual para los médicos tanto en la facultad como en postgrado o postlicenciatura es insuficiente para satisfacer la demanda del paciente, en consonancia con las actualizaciones continuas que acontecen hoy en día en el ámbito de la salud sexual. Hay una necesidad de una mejor capacitación en las instituciones médicas responsables de la formación del médico de la salud sexual en todo el mundo (217).

Según esto, Coleman et al defienden que para ser eficaces, la salud sexual, necesita ser incluida de forma curricular a lo largo de la formación médica. Identificar a

profesores motivados y el apoyo a los esfuerzos de los estudiantes son las estrategias para aumentar la educación sobre salud sexual. Áreas importantes son: la colocación en el plan de estudios; educación interprofesional y la formación para la atención integral; mecanismos de evaluación; desarrollo del profesorado y las estrategias de cooperación (218). Por ello hay una tremenda oportunidad de moldear la próxima generación de profesionales de la salud. Un currículum completo y uniforme sobre la sexualidad humana en el nivel de la facultad de medicina puede mejorar sustancialmente la capacidad de los médicos del mañana (219).

Uno de los objetivos del trabajo es identificar los conocimientos que tiene la población universitaria pre y post intervención educativa en materia de anticoncepción. De forma complementaria nos propusimos relacionar estos conocimientos con algunas de las variables demográficas como son el género, la edad, y otras variables académicas como son las ramas de conocimiento a las que depende cada estudiante. Como se ha comentado anteriormente, la muestra se distribuye de forma heterogénea respecto al género, con lo que no nos ha permitido realizar un análisis comparativo.

En relación con la variable edad (marcador de riesgo), observamos como los estudiantes más jóvenes en el pretest (antes de la intervención) tienen un mayor desconocimiento de métodos anticonceptivos como anillo, el parche, el implante o píldora postcoital. Estos datos son similares a lo publicado en la literatura reciente (214). Una vez pasada la intervención educativa, (posttest) parece observarse que los más jóvenes creen haber mejorado más en temas como la marcha atrás, gino o esponja anticonceptiva, mientras que un porcentaje de los mayores aún afirma no conocer estos métodos. Al estudiar concretamente las definiciones que nos permiten valorar conocimientos reales, se sigue poniendo de manifiesto cómo el desconocimiento o la existencia de creencias erróneas (antes de la intervención educativa) en métodos

anticonceptivos como son anillo, parches, implantes o píldora postcoital es mayor entre los universitarios más jóvenes, siendo estos de menor edad los que tras la intervención educativa siguen sin tener los conceptos claros (píldora, óvulos vaginales y los referentes a píldora postcoital).

En cuanto a la variable independiente rama del conocimiento, se observan marcadas diferencias significativas en cuanto al conocimiento en anticoncepción tanto previo a la intervención como posterior, en función de la rama de conocimiento a la que pertenece cada uno. En este sentido los alumnos que cursan estudios en grados pertenecientes a rama sanitaria obtienen mejores puntuaciones, tanto en los items con los que evaluamos lo que dicen conocer, como lo que conocen. De esta forma, y como se representa en las ilustraciones 3.15 a 3.17, ante la pregunta sobre óvulos vaginales, esponja anticonceptiva e implantes, son los estudiantes de la rama sanitaria los que en mayor medida se posicionan en la respuesta correcta una vez transcurrida la intervención. Lo mismo sucede en las ilustraciones 3.18 y 3.19, en las que se representa la evaluación de los conocimientos en función de contestar verdadero o falso ante las afirmaciones: *“DIU es artefacto de plástico en cuello uterino”* y *“RU386: píldora postcoital”* Observamos cómo se agrupan mayoritariamente en lo correcto los estudiantes de la rama sanitaria y esto sucede con significación estadística. La explicación a esto, viene dada creemos por el hecho de que el estudiante de la rama sanitaria se implica más en el curso (intervención educativa), no por lo que a él/ella en sí le afecta (en este caso no tendría que haber diferencias con los de otras ramas), sino por lo que le interesa y atañe a su futuro profesional.

4.2.3 *Sobre conocimientos en ITS*

Desde el punto de vista de la salud sexual y reproductiva es muy interesante preguntarse hasta qué punto los jóvenes se ocupan de las ITS cuando se ha visto (220-223) que el principal miedo que tienen los adolescentes en relación con las relaciones sexuales está en la línea de evitar la gestación no deseada en vez de la ITS. Ejemplo de esto, aparte de la literatura referenciada, es el esfuerzo que hay que realizar para que los jóvenes integren la necesidad de uso del preservativo en las relaciones no coitales (sexo oral o anal) (224). Sobre esto trataremos en los siguientes párrafos e intentaremos valorar los resultados que hemos obtenido en la parte del cuestionario referente a los conocimientos en ITS.

A priori, la mayor parte de la muestra manifiesta saber qué es el SIDA. Deducimos que el evidente esfuerzo realizado por el Estado en las campañas de concienciación sobre la infección y las consecuencias del SIDA en todos los medios de comunicación y a través de la financiación a Cruz Roja y algunas otras ONG, han surtido efecto. Parece que los jóvenes conocen la etiopatogenia de la infección por el VIH, pero existe una actitud contradictoria a su conocimiento, en tanto en cuanto vemos que en la población de nuestro estudio hay un 26% de individuos que no utilizan método barrera de forma mantenida. Como hemos comentado en otros apartados de este trabajo, posiblemente aunque lo sepan, no son conscientes de que con una vez que exista contacto es suficiente para adquirir la enfermedad. De hecho, cuantas más contactos más probabilidades existe por contacto de adquirir la infección.

Recientemente y pendiente de publicar encontramos un artículo de Espada (225) en el que tiene como objetivo valorar la fiabilidad y la validez de un cuestionario diseñado para evaluar específicamente el conocimiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en una población adolescente española. Concluye que factores como

el conocimiento general sobre el VIH, del preservativo como método protector y sus vías de transmisión sexual, así como las formas de prevenirlo junto con otras ITS tienen una adecuada consistencia interna y una correlación test-retest aceptable. Entre los factores se observa una relación moderada, lo que indica que el tener un elevado grado de conocimiento respecto a un aspecto, no garantiza el tener conocimiento global adecuado. Así mismo refieren que disponer de un cuestionario para evaluar el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual es de gran ayuda para evaluar programas preventivos.

Los datos que presentamos en cuanto al uso inconstante del preservativo son concordantes con la literatura al respecto. Calatrava et al (115) en el 2012 sugieren que el 15-20% de los jóvenes usan de forma inconstante el preservativo. En este sentido, la posición económica de la institución-administración obviamente ayudará a un mejor control, pero no lo es todo, es vital el programa educativo. En este punto incide el estudio de Panchaud et al en el 2000 (226), en el que exponen que las tasas de ITS y el embarazo y nacimiento de madre adolescente son más altos en los EE.UU que en la mayoría de los otros países industrializados. De tal forma que las tasas de sífilis, la IG y la CT en los EE.UU fueron sólo superadas por las de Rumanía y la Federación de Rusia entre 16 países estudiados.

En esta última década, los casos nuevos de VIH están aumentando a través de la vía de contacto heterosexual (227), siendo ésta la más frecuente actualmente en la Europa continental a expensas de los casos de la Europa del Este. En la Unión europea, actualmente se registran más casos de contacto homosexual que vía heterosexual (en el 2012, el 45,6 % de los diagnósticos VIH son por contacto heterosexual en la Europa continental) (228). En base a esto, diferentes autores exponen que el repunte de las enfermedades de transmisión sexual, puede estar relacionado con un incremento de las

prácticas sexuales de riesgo de la población, como una iniciación sexual más precoz, el aumento del número de parejas sexuales, el uso inconstante del preservativo y las relaciones sexuales entre varones (229, 230).

En función de lo comentado anteriormente parece que los jóvenes, con el esfuerzo de las instituciones, han adquirido los conocimientos necesarios para combatir las ITS. En cambio existen otras publicaciones como el estudio de Kouznetsov et al (231) en el que se refleja que solamente el 55% de los encuestados en una población de Múnich conocía que el VIH podía ser transmitido por vía oral, anal o vaginal, o el estudio FIPSE (131) en la que refieren que menos de la mitad de los jóvenes de 18-19 años (43,6%) señalaron que tener pocas parejas era una medida eficaz frente al VIH.

Lo que nos sorprende es que digan que conocen la IG y la sífilis ya que no suelen ser objetivo de campañas de divulgación masiva, aunque, en internet en los metabuscadores Google hemos encontrado 552.000 entradas al respecto, en Yahoo 628.000 con ilustraciones de genitales impactantes. De estas entradas, 112.000 lo son a foros, 106.000 de habla hispana y de estos en España hay 38.600. Es posible que los jóvenes consulten sus dudas en estos chat.

Como venimos comentando a lo largo del estudio, es diferente que un joven piense que sabe al respecto de un tema relacionado con la sexualidad, anticoncepción e ITS, a que realmente haya integrado esos conocimientos, y que estos sean los correctos. Comentamos esto porque la evidencia dice que la sífilis y la IG han aumentado significativamente desde inicios de la década pasada hasta la actualidad (114). Revisado algunos foros de las primeras posiciones, hemos observado que no refieren el contagio vía bucal, a pesar de que según los datos de nuestra encuesta, es una conducta sexual habitual (62,4% practican cunnilingus y 63,8% felatio), y que realizan sin protección como hemos podido observar en comentarios anteriores. Sobre el SIDA tiene una página

el MSC, con enlaces a facebook y youtube. Es un sesgo tremendo el focalizar todo sobre el SIDA, de hecho, una encuesta en Irlanda del norte, pone de manifiesto este error, de tal forma que sólo uno de cada cuatro jóvenes de 15-24 años conoce otras ITS diferentes al VIH (232). En la misma línea aparece una encuesta a adolescentes italianos, en la que refleja que más del 40% desconoce la transmisión sexual del herpes genital, y de forma asombrosa el porcentaje asciende al 82,7% en el caso de la sífilis y al 91,2% para la IG (233). Estas enfermedades (sífilis e IG) son de declaración obligatoria y se ha observado un incremento mantenido desde principios de la pasada década hasta la actualidad. La sífilis viene creciendo en su incidencia desde 1995, mientras que la IG que en aquel momento era de diagnóstico muy superior en España, cayó por debajo de la sífilis hasta un punto de inflexión en 2001 desde el que viene creciendo nuevamente, a pesar de que en cifras inferiores a la anterior. En EE.UU la incidencia de IG disminuyó ligeramente entre las mujeres adolescentes (edad de 15 a 19 años) entre 2011 y 2012 (234).

No tenemos campañas de prevención sobre estas enfermedades, a pesar de saber que en nuestro país tenemos un flujo migratorio de personas en las que en su lugar de origen son enfermedades de alta prevalencia. Personas que se incorporan a la sociedad, que les acoge, bien en igualdad de condiciones, bien de forma muy precaria, o incluso en regímenes de esclavitud sexual, con los riesgos para la salud pública que esto puede acarrear.

El ministerio español que cuida nuestra salud tiene esta referencia *“Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en su mayoría se transmiten de una persona a otra durante las relaciones sexuales. Están causadas por bacterias, virus, hongos o parásitos. Entre las ITS más frecuentes se encuentran el VIH, la Sífilis, la Gonorrea, la Chlamydia, el Herpes Genital, el Virus del Papiloma Humano y la Hepatitis B”*. En muchas ocasiones estas páginas ministeriales no son de frecuentación por parte de los jóvenes,

no están habituados a entrar en ellas, no les parecen atractivas, y suelen presentar un lenguaje al que ellos no están habituados. En definitiva, es una información que no les atrae, con lo que no la consumen.

El conocimiento acerca de otras ITS, como la CT, es de un 49,3%. Según Forhan et al, en EE.UU, los datos transversales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2003-2004 indican que un 4% de los jóvenes entre 14 y 19 años presentaban infección por este agente (235), suponiendo en el 2012 unas tasas de CT de 3.291,5/100.000 habitantes (superiores a las de IG) (234). Esta infección está muy relacionada con la adolescencia y el adulto joven, no solo por el hábito sexual en si, sino por determinadas características biológicas que le hacen más susceptible (236), al igual que parece que ocurre con el VIH, el HPV, etc. La comunidad científica de Salud Pública lleva advirtiendo desde hace más de una década, el incremento de esta patología y lo grave que puede resultar debido a su conocido mecanismo de patogénesis para desarrollar un cáncer de cuello. En este sentido Shew et al (237) recientemente informan de la relación de la CT en la persistencia-reinfección por el HPV. Según esto debemos evaluar hasta qué punto la dispensación de anticonceptivos sin la necesidad del concurso médico, puede ocultar este tipo de patologías que en un futuro actúen de cofactor con otros agentes para la patología maligna cervical. Por ello Bellaminutti et al y Jensen et al recientemente, preconizan una búsqueda y tratamiento a tiempo de la CT en población joven y de esta manera disminuir la incidencia de lesiones precancerosas (238, 239). No podemos olvidar la importancia que tiene para la Salud Pública los casos de enfermedad inflamatoria pélvica, fundamentalmente originada por la CT y por la *Neisseria Gonorrhoeae* (sobre todo en jóvenes), que puede ocasionar graves consecuencias en la adolescente y mujer joven con deseo genésico por cumplir (98).

Los conocimientos, según reflejan nuestros datos, de las candidiasis por parte de la población universitaria son de un 37,8%. Es una enfermedad no considerada de transmisión sexual como tal, pero obviamente si se considera esta vía como uno de sus mecanismos de transmisión. Existen pocos programas de información al respecto, por ello nos interesa saber qué es lo que el joven busca y lo que se va a encontrar en las herramientas que dispone para ello. En Google hay 1.430.000 entradas, en Yahoo 150.000 de las que 96.000 son en español. En la mayoría de estos foros sí la consideran como de transmisión sexual, pero paradójicamente no explican la vía de transmisión. Este concepto en ocasiones no lo entienden, y el hecho de que no se considere de transmisión sexual, porque puede aparecer en multitud de otras situaciones como la toma de anticonceptivos hormonales, el tratamiento con antibiótico, etc., no quiere decir que no se pueda perpetuar la infección por medio de las relaciones sexuales, vía vaginal, anal u oral.

Valoramos positivamente la intervención educativa ya que tal y como reflejan la Ilustración 3.21 y la tabla 3.5, se produce una mejora significativamente estadística en el conocimiento de estas enfermedades. Excluimos de esta mejora al VIH por el hecho de que de forma pre- intervención los resultados eran tal altos, que es muy difícil obtener significación estadística en la mejora.

Mención aparte realizamos sobre la infección del HPV. Como podemos observar en la ilustración 3.20, las verrugas son conocidas por el 58,9%, sin embargo un 20% más reconoce correctamente al HPV como agente de transmisión sexual, con lo que no existe una correcta asociación entre las verrugas vulvares y el HPV. Podría tratarse por el hecho de que muchas campañas en medios de comunicación hablan del HPV pero no hacen referencia al tipo de lesión que ocasiona.

Otra vez, y no son pocas, que hacemos referencia en este trabajo al conocimiento erróneo o limitado que tienen los jóvenes al respecto de la salud sexual y reproductiva. Esto implica la posibilidad de un menor control y prevención, si un individuo tiene una lesión y no la identifica como potencialmente transmisible. Tenemos que reparar en este tipo de campañas informativas, campañas sesgadas en cuanto al mensaje que transmiten. Profundizamos en el estudio sobre el conocimiento del HPV debido a su alta prevalencia y las consecuencias tanto referidas a la salud de la mujer como a los costes económicos que de esta infección se derivan.

Se observa (ilustración 3.22) que existe un asombroso desconocimiento, que por otra parte justificaría la incidencia tan elevada del virus en la población, de los mecanismos de transmisión de este agente. Los jóvenes consideran que su transmisión es por vía vaginal (76,5%), la vía bucal solo la estiman el 18,6%, la vía anal el 31%. Según estos datos, estamos en capacidad para afirmar que dentro de nuestra muestra, un 15%, resultante de la diferencia de los que refieren tener relaciones sexuales (91%-76,5%) frente a los que identifican la transmisión sexual del HPV podrían estar en riesgo para contraer esta infección, simplemente por desconocimiento. Decimos podrían, porque es difícil de establecer, debido a que el 92,2 % de los jóvenes refiere haber usado el preservativo en su primera relación sexual (mucho menos consistente es en las relaciones sucesivas). Además, conociendo la etiopatogenia de la transmisión de este virus, ¿cuántos jóvenes están en potencial riesgo de contagiarse a pesar de usar el preservativo? Un uso exclusivo del mismo para el momento de la penetración sin reparar en la importancia del contagio por contacto del pene con el introito vulvar en momentos previos a la penetración no garantiza nada. Sólo el 50% parece conocer algo sobre el HPV, un escaso 47,6% saben que los hombres también pueden tener lesiones. A pesar de la constante información sobre las vacunas, sólo un 75% considera que puede

proteger frente a la infección y un paupérrimo 32%, es decir, uno de cada tres, sabe que puede derivar la infección en una neoplasia cervical.

Según los datos transversales de la Encuesta de Salud y Nutrición de 2003-2004 en EE.UU (235) un 24% de las adolescentes de entre 14 y 19 años tenían pruebas de laboratorios positivas (esto va enfocado a demostrar evidencia) de al menos una de las siguientes ITS: HPV 18 % CT 4%, *Trichomonas Vaginalis* 3%, el virus del herpes simple tipo 2 el 2%. Como venimos comentando la infección por el HPV es de alta prevalencia, y en esto tendrá mucho que ver el desconocimiento de la población tanto adolescente como más adulta (240). Hay algunos estudios que van en otra línea, como el reciente de Beshers et al (241) pendiente de publicación en el que indican que hay alto un alto nivel de conciencia sobre el VPH entre la población universitaria de EE.UU.

Datos interesante y a reflexión encontramos en una reciente encuesta a 1878 estudiantes de medicina en el sudoeste de China (242), con una edad media de 20,8 años, el 48,8 % cree que el cáncer cervical se puede prevenir mediante vacunas contra el VPH. En nuestro estudio no hemos planteado esa pregunta, con lo que no lo podemos comparar directamente. Nosotros encontramos antes de la intervención educativa un 75% que piensa que la vacuna previene la infección por HPV, y de forma paralela encontramos que un 32,1% del total de la muestra piensa que el HPV puede producir cáncer de cérvix. Se podría estimar que si solamente estos últimos identifican al HPV con el cáncer de cérvix, ante la pregunta de que si la vacuna previene el cáncer de cérvix contestarían correctamente el 75% de este 32.1% (los que creen que la vacuna protege frente al HPV dentro de los que asocian el HPV con el cáncer de cérvix). En definitiva, cifras inferiores a los encontrados por el grupo chino. La preocupación por los efectos secundarios (38,3% y 39,8 %), y la información insuficiente (42,4 % y 35%) fueron las barreras más citadas en dicha publicación para recibir o recomendar la vacunación

contra el HPV y la detección del cáncer de cuello uterino. Los estudiantes con un mayor nivel de conocimiento estaban mucho más dispuestos a recibir o recomendar vacunas. Los estudiantes no clínicos mostraron menor aceptabilidad del cribado cervical, en comparación con los estudiantes de medicina clínica.

Nosotros haremos un análisis similar en párrafos posteriores en función de la rama del conocimiento, pero “afinar” y que salga significativo dentro de una misma rama del conocimiento en función de una especialización, y más siendo estudiantes, a nuestro juicio es muy interesante. Sobre la misma muestra en otra publicación este grupo hace impronta en lo por nosotros comentado reiterativamente, y es que mientras el 76.5% de los participantes ha oído hablar del HPV, sólo el 48.8% es consciente de la posibilidad de prevenir el cáncer de cérvix con la vacuna del HPV (243). Datos recientes y pendientes de publicar de un estudio en población femenina hindú, revelan datos más preocupantes, aunque no menos esperados en cuanto al conocimiento (haber oído hablar de) del HPV y del cáncer de cuello uterino (31% y 15% respectivamente) (244).

En una publicación del grupo francés de Haesebaert del 2014 (245), en la que estudian el comportamiento de una población francesa de 18-65 años (aunque difiere en edad a lo estudiado por nosotros nos parece relevante) frente al HPV, su conocimiento y la aceptabilidad de la vacuna en función del nivel educacional, encuentran un dato frente al que merece pararnos y reflexionar. Refieren que las personas de niveles educacionales más bajos, conocen menos sobre el HPV, pero que son más receptivos a la vacunación que aquellas de niveles altos. Los posibles efectos secundarios, o el miedo hacia ellos es la barrera más importante que encuentran en Francia para la aceptación de la vacuna (246). En esto puede tener algo que ver las publicaciones que circulan por las redes a cerca de los efectos adversos de los

componentes de la vacuna, primordialmente promulgados por grupos feministas y ecologistas.

En otras ocasiones, grupos de padres y ciertos colectivos, han estado recelosos ante la vacunación frente al HPV, considerando que pudiera ocasionar una relajación de los jóvenes ante los medios de protección en las relaciones sexuales o incluso aumentar la promiscuidad, exponiendo a éstos a situaciones de riesgo.

El estudio de Coles et al del 2014 (247) tuvo como objetivo explorar si los programas de vacunación contra el HPV han incrementado los conocimientos que rodean al mismo y las enfermedades asociadas y si la captación ha influido en el comportamiento sexual, observando que las mujeres presentan mejores conocimientos que los hombres (este dato no lo podemos corroborar nosotros por la dificultad para el análisis por género que tiene nuestro estudio), y encontrando mejores conocimientos en personas vacunadas que en las no vacunadas, a pesar de ser pobre en general (en la misma línea que nuestros datos). Henry et al en 2013, en la revista *Vaccine* (248) apuntan en el mismo sentido sobre las reticencias ante la vacuna en el reino Unido, refiriendo que existe una tendencia a vacunar más tarde por el miedo a que una vacunación precoz, en el momento que se preconiza desde la medicina preventiva y la salud pública, pueda incitar a un inicio en las relaciones sexuales más temprano.

También se debe, como se cometo anteriormente, a los miedos por las reacciones adversas, y la baja percepción de riesgo de infección por VPH, provocada a nuestro juicio únicamente por el desconocimiento. De hecho, refieren un conocimiento pobre y con falsas ideas adquiridas. Para finalizar con estas reflexiones, es importante no solo detenernos en la información sobre el HPV, sino centrarnos en las ventajas de la vacunación, para conseguir una cobertura mayor, ya que según informan Fishman et al

recientemente en octubre 2014, no siempre aquellos que más conocen sobre el HPV demandan más vacuna (249).

En el cuestionario post-intervención acerca del HPV (tabla 3.6), existe una mejora de conocimientos estadísticamente significativa en todos los ítems. Pero analizándolos uno por uno, no le damos la misma relevancia a cada uno de ellos. Si comparamos la escasa diferencia de respuesta antes y después en lo referente al compartir objetos (a pesar de lo que conocemos por la reciente publicación de Anderson et al en el 2014 referente a otras prácticas sexuales distintas a la penetración, donde destacan que es importante no pasar por alto la persistencia del HPV en objetos de uso sexual intravaginal tipo vibrador, incluso hasta 24 horas tras la aplicación por parte de una persona infectada por el HPV a pesar de haber utilizado correctas medidas de higiene (250)), no lo consideramos igual de relevante por lo reciente de la publicación y porque es mucho menos intuitivo que el hecho de pensar en una posible transmisión vía anal de dicho agente. En este ítem sólo obtuvimos una mejoría del 31% al 53.5% (significativa estadísticamente pero lejos de lo esperado en materia de educación). Igualmente ocurre con el pensamiento de que afecte a hombres o a mujeres o a ambos. Solamente entorno al 65-70% tiene este concepto claro después de la intervención educativa. Escasamente el 55% sale del curso educativo sabiendo que el HPV es un agente hoy día considerado involucrado en la aparición de una neoplasia cervical.

En cuanto a los resultados en relación a la vacunación nos podríamos sentir satisfechos de que después de las campañas televisivas acerca de las vacunas frente al HPV hubiera un 75% de los alumnos que parecen tener claro que la vacuna protege frente a la infección. El problema lo tenemos como hemos comentado anteriormente cuando hay que asociar vacuna con protección ante HPV, y éste como favorecedor del cáncer, luego la vacuna es protectora frente al cáncer. Después de explicarlo en la

intervención educativa, el 83% parece que considera que es positiva la vacuna pero solo el 53% considero que era protectora frente al cáncer. Hemos de tener en cuenta que existe un gran peso de las redes sociales que se posicionan frente a las vacunas como “negocios de los laboratorios” que tienen un enorme calado en los jóvenes y que rechazan todo aquello que creen que les manipula.

Se interrogó sobre las prácticas sexuales que consideran que dan lugar a ITS (ilustración 3.23). Las vías clásicas o universalmente conocidas son identificadas correctamente por los estudiantes de nuestra encuesta. De tal forma que el 89,4% son conscientes de que la penetración sin preservativo del pene en ano es vía de adquisición de una ITS, al igual que el 98,8% considera de riesgo la penetración en vagina sin preservativo.

El problema viene con prácticas tan establecidas como el sexo oral. Para la felatio, el 27% no cree que sea práctica de riesgo para ITS o NS/NC. Porcentajes similares para el cunilingus. Es importante recalcar que un número no desdeñable de ITS acontecen en población no considerada de riesgo, pero que utilizan el preservativo de forma inconsistente. Repiso-Jiménez en el 2014 hace referencia a esto en el caso de la CT (251).

Lee et al (252) hacen una revisión de la literatura al respecto de los factores que se relacionan con las prácticas sexuales entre los adolescentes latinos (en EE.UU) e identifican cuáles de esos factores son responsables de las exitosas campañas de prevención de ITS dentro de esa población. Deducen que sólo el conocimiento y los roles de género de las ITS/VIH eran factores comunes en los cinco programas exitosos de intervención de las ITS/VIH. Por lo tanto, el personal que vaya a encargarse de la atención de la salud necesita entender los roles de género y su impacto en las prácticas sexuales, así como proporcionar educación sexual, en relación con las ITS y el VIH a los

adolescentes latinos para aumentar el poder de la intervención educativa sobre estas entidades.

En el cuestionario que pasamos previo a la intervención educativa, en lo referente a la hetero-masturbación con mano, la casi totalidad no consideraba que supusiese riesgo alguno. Una vez que explicamos que la saliva que se utiliza como lubricante para la masturbación del pene, o de la vagina, es una vía demostrada para vehicular este tipo de enfermedades (HPV, herpes) se observa una mejora significativa en este tipo de conocimiento. Esto es de vital importancia, no por el hecho de que lo conozcan o no, sino por ser prácticas muy habituales y les hace estar en un grupo de riesgo para las ITS. De todas formas a pesar de que estadísticamente es significativa la mejoría en el conocimiento, es pobre el hecho de que en la población universitaria a la que se le presupone una capacidad de adquisición de conceptos elevada, no haya podido “calar” más que en uno de cada cuatro este concepto (los riesgos de la hetero masturbación). Demuestra nuevamente que la intervención es positiva pero no es totalmente eficaz.

En esta línea cabe resaltar lo publicado por Cook et al (253) en el 2014 que hablan de la evidencia de la transmisión oral del HPV y de la posibilidad de que esto también acontezca a la hora de compartir objetos bucales como podrían ser vasos, cucharas...(ver ilustración 3.23).

Nos preocupó el elevado número de individuos que no adquieren el conocimiento adecuado sobre la transmisión bucal del papiloma (sólo mejoro del 16,8% al 26,5%) a pesar de haber dado tres temas al respecto, e impartido por expertos en la materia. Es posible que en los resultados no esperados tengamos que ver algo los docentes, y en este sentido las personas muy duchas en la materia, con un registro muy específico, un modo de expresarse muy técnico que puede que llegue menos a la

población joven que utiliza un lenguaje distinto. Por ello consideramos que existen fallos en la transmisión de la información. También que existe un arraigo en los conocimientos que están imbuidos de una categoría de verosimilitud al haber sido transmitidos por sus iguales a quien consideran líderes de sabiduría ya que transmiten sus experiencias y este es el lenguaje que atrae a los jóvenes. Desmontar esta realidad es tarea difícil y se necesita empezar antes de que se adquieran estas falsas creencias.

En relación a lo anteriormente comentado, existe un estudio, a nuestro juicio muy interesante, en el que se realiza una revisión de lo publicado en la literatura al respecto de la comunicación en redes sociales y en mensajes de texto sobre educación sexual. Puede ser esta una vía importante, por el consumo que los jóvenes hacen de ella.

El estudio que se plantea Jones et al (202) va enfocado a evaluar el uso de las redes sociales y mensajes de texto entre los adolescentes como vía educativa, ya que no está claro en qué medida la información transmitida a través de estos mecanismos sea eficaz para reducir el comportamiento sexual de riesgo. De acuerdo con ello, se realizó una revisión sistemática de la literatura para examinar la eficacia de los medios de comunicación social y las intervenciones de mensajería de texto diseñados para aumentar los conocimientos en materia de ITS, aumentar la concienciación en las pruebas de detección y de esta manera disminuir las conductas sexuales de riesgo y reducir la incidencia de enfermedades de transmisión sexual entre los adultos jóvenes. Realiza una revisión de 11 publicaciones, en la que observa una evidencia preliminar que indica que las redes sociales y la mensajería de texto pueden aumentar los conocimientos sobre la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Estas intervenciones también pueden afectar el comportamiento, tales como el interés en pruebas la detección para enfermedades de transmisión sexual y las actitudes sexuales de riesgo. Esta evidencia es débil y se propone realizar estudios con muestras mayores

que permitan estudiar poblaciones más homogéneas a la hora de poder compararlos. No obstante creemos que puede ser una vía interesante a trabajar, en tanto en cuanto parece que la comunicación clásica en el aula, a pesar de la alta formación y preparación del docente, en ocasiones no tiene la capacidad de llegar al alumno como en un principio se desearía.

Como se presenta en la ilustración 3.24, el conocimiento en cuanto a qué métodos anticonceptivos evitan una ITS, es el esperado. La píldora la identifican como no eficaz en un 95,8%, el preservativo como válido en un 98,2%. El problema lo encontramos con otros métodos como los óvulos vaginales que un 25,7% no tiene claro que no evita una ITS. Es un problema de conocimiento, no tanto de salud pública ya que es un método poco utilizado por los jóvenes de nuestro medio. Nos llama la atención la respuesta ante el método Ogino, que un 45,8% de los encuestados cree que evita la ITS o NS/NC. Puede deberse al mero desconocimiento del método, que como vimos en apartados anteriores llega hasta el 69,7%, o a lo que sería más grave, y es que conociéndolo y practicándolo, pensasen que están protegidos frente a las ITS. Aquí independientemente de cómo se llame el método, lo conozcan o no, lo que debemos inculcar es, que todo contacto sexual, sin una barrera física como el preservativo, es susceptible de originar una ITS. Este es el mensaje que debe calar en la población adolescente y adulta joven. Respuestas y valoraciones similares nos encontramos con el anillo vaginal, los parches, implantes, etc.

La intervención educativa consiguió mejoras significativas, con unos resultados finales que reflejan el éxito de la intervención, en todas las respuestas comentadas anteriormente salvo en aquellas que tenían poco margen de mejora como la píldora y el preservativo.

Uno de los objetivos que nos planteamos al inicio del trabajo, fue relacionar los conocimientos que tiene la población universitaria antes de la intervención educativa en materia de ITS y como integra los mismos una vez pasada ésta, con algunas de las variables demográficas como son el género, la edad, y otras variables académicas como son las ramas de conocimiento a las que depende cada estudiante.

Como se ha comentado anteriormente, la falta de homogeneidad de la muestra para la variable género (con escasa representación del género masculino) no nos ha permitido realizar un análisis comparativo. No obstante nos parece de gran interés y puede ser una base para futuras líneas de investigación en este sentido.

La edad del universitario sí que nos permite obtener resultados con significación estadística. Encontramos que los universitarios más jóvenes son los que menos conocimientos tienen en relación a algunas ITS, como son la Cándida y la CT, así como ante preguntas de verdadero/falso sobre el HPV. Un grupo de trabajo alemán, dirigido por Samkange-Zeeb publica en el 2013 un estudio similar al nuestro en población algo más joven (escolarizados en secundaria) en el que llevan a cabo una serie de encuestas para valorar la conciencia y el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual entre los estudiantes de dos poblaciones del norte de Alemania. En este caso encuentran diferencias en los conocimientos en función de la variable edad (254). Sales et al (255) en el *J Pediatr Psychol* en el 2013 publican unos interesantes resultados al respecto en población afroamericana femenina adolescente y adulto joven en EE.UU. Encuentra diferencias en el conocimiento sobre ITS entre los 14-17 años frente a los 18-20 (a favor del segundo grupo), pero en cambio éstas asumen más riesgos que las primeras. El porqué de estas diferencias dentro de población universitaria, a pesar de llevarse pocos años y pertenecer a planes de estudio idénticos, las debemos buscar en el hecho de que los jóvenes buscan la información fuera de las vías que deberían (colegio

instituto, familia) y a medida que van creciendo tienen más oportunidad de compartir sus experiencia con sus coetáneos, o bien acuden a las redes sociales tan peligrosas si no se realiza un uso regulado y coherente de ellas. Tras la intervención educativa las diferencias en el conocimiento sobre los items comentados anteriormente desaparecieron.

Analizamos, de la misma forma, si entre los universitarios existen diferencias en cuanto a los conocimientos sobre salud sexual e ITS en función de la rama de conocimiento a la que pertenecen los estudios que están cursando. En la tabla 3.9 del apartado de resultados se muestra el valor de la p tanto preintervención como post-intervención en los items relacionados con conocimientos sobre ITS. Se observa como de forma uniforme en todas las preguntas del cuestionario (salvo sobre las verrugas genitales) no existen diferencias en cuanto a la formación y los conceptos adquiridos e integrados en materia de ITS en función de la rama de conocimiento a la que pertenecen. No hemos encontrado artículos relacionados en la literatura con este punto, con lo que nos detendremos a comentar los hallazgos de nuestro trabajo.

En los cuestionarios post intervención sí que se han visto diferencias significativas por rama de conocimiento. Se aprecia como los estudiantes de la rama de las Ciencias de la Salud, son los que mejores puntuaciones obtienen en los items post-test (intervención).

Tal como se puede observar en la ilustración 3.25 del apartado 3.4 de resultados, identifican (post-intervención) como verdadero la transmisión del HPV vía bucal un mayor número de estudiantes de la rama sanitaria que del resto de las ramas y esto acontece con significación estadística. Con el grupo que mejor se puede comparar por ser más homogéneo en cuanto a tamaño muestral es con el de ciencias sociales y jurídicas. No pasaremos por alto el hecho (ya comentado anteriormente), que los

resultados en cuanto al número global de estudiantes que aciertan ante esta cuestión es bajo, como vemos en las columnas de la parte derecha de la ilustración, en la que viene reflejada la respuesta incorrecta, y es en la que más estudiantes están englobados, incluyendo los sanitarios. Por tanto, éstos últimos adquieren mejor los conocimientos que los demás en cuanto a esta materia, pero de forma a nuestro juicio muy insuficiente.

En la ilustración 3.26, representamos la asociación de la rama de conocimiento con el concepto de que el HPV se puede transmitir por vía anal. De igual forma que en la asociación anterior, los estudiantes de la rama sanitaria una vez realizada la intervención educativa de forma significativa dan como correcta esta afirmación en mayor número que los estudiantes de otras ramas (por lo comentado anteriormente nos fijamos más en la rama Socio-Jurídica). No pocos a pesar de todo siguen fallando en este ítem. En la ilustración 3.27 los resultados son superponibles a lo que hemos venido comentando en esta apartado.

4.2.4 Sobre la información adquirida fuera de la universidad.

Nuestros datos indican que los conocimientos recibidos sobre sexualidad en un 60% proceden del entorno familiar y sobre anticoncepción en un 63,5%. Es normal que sea ligeramente superior, los padres tienen miedo a abordar temas referentes a la conducta sexual e informan sobre el concepto de “*cuídate*” que “*repasemos que haces*”. Lo llamativo es que sus hijos abrumadoramente, consideran en un 65% que la información no era ni buena ni suficiente. No vimos diferencias en este aspecto entre escuela pública y la privada/concertada.

Llama la atención que los estudiantes se consideran menos informados por parte de la familia que de la escuela/colegio, en cambio, los conocimientos que esta institución les imparte los considera más insuficientes que los de “*casa*”. Será porque

esperan más de los docentes que de la familia y de ahí estos hallazgos. Es un buen punto de partida para futuros estudios valorar este grado de satisfacción.

Los pocos conocimientos que poseen proceden del colegio/escuela, en tanto en cuanto el 81% de los conocimientos de sexualidad se lo aporta la enseñanza en su centro, con lo que el restante 19% es lo que aporta a tal efecto la familia. Con la anticoncepción las diferencias no son tan llamativas, pero también las hay (el 62% de la información le viene dado del colegio/escuela frente al 38% restante que viene de la familia). Para la mayoría no es suficiente la información recibida en las escuelas, como lo expresan en nuestra encuesta y como sabemos por el trabajo final de master de Rebeca López de los Santos "*análisis de material educativo formal y no formal en materia de salud sexual y reproductiva*" 2012, (publicado en la red universitaria USAL). La formación del profesorado es inexistente (ya lo hemos comentado en otro apartado), se deja a la improvisación, a que voluntariamente algún profesor de alguna charla, o a los estudiantes de psicología, ONG Cruz Roja, o algún particular padre de algún alumno, quiera dar su visión particular al respecto.

Se aprecian diferencias significativas con relación al centro de procedencia (público vs privado/concertado) en cuanto a los conocimientos en métodos anticonceptivos como diafragma, implantes, DIU y APC, mientras que no sucede lo mismo cuando nos referimos a conocimientos en ITS (salvo aquellos items que relacionan las ITS y los métodos anticonceptivos anteriormente citados).

El Equipo Daphne (25), al que hemos hecho referencia en este trabajo en diferentes ocasiones, muestra una foto sobre la evolución y la realidad anticonceptiva de la población española en mujeres de entre 15 y 49 años. Esta muestra, que se viene analizando desde 1997 con periodicidad cuatrienal, actualiza el registro sobre los hábitos sexuales y anticonceptivos de las mujeres españolas. Entre sus principales

conclusiones, destaca el considerable aumento que se ha producido en los últimos 10 años en el uso de métodos anticonceptivos seguros y eficaces, pasando del 49% de uso en 1997 a un 79,9% en 2007. Siguen insistiendo en que los medios que utilizan para obtener información los jóvenes menores de 19 años, por este orden medios sociales que no especifica, sanitarios y medios de comunicación.

Según la SEC, el canal de conocimiento más frecuente a través del que la población estudiada ha obtenido información sobre la anticoncepción (en este caso sobre APC), son los medios de comunicación (51%). Aunque estos pierden algo de impacto (58,5% en 2011) a favor del entorno de amigos/familia (22,2%) (210).

El informe FIPSE 2003 recalca que sólo el 50% de los jóvenes demanda más información por parte de la familia.

5 Conclusiones

Con relación a la muestra y método de estudio se concluye:

1ª. La composición de la muestra objeto de estudio se corresponde con la realidad de la Universidad española: mayoría de población femenina, salvo en ramas técnicas, donde de forma acusada esta mayoría es a favor de los varones.

2ª. La aplicación del “instrumento de medida” (test), nos ha permitido ahondar en el porqué de la mala praxis de la prevención en los jóvenes: no se protegen adecuadamente, debido no solo a su impulsividad como se ha considerado hasta ahora, sino a que su información es incorrecta. Conocen el término pero no el contenido. Sin embargo, el acceso a fuentes de información poco o nada contrastadas, les confiere una falsa seguridad.

En relación con las conductas sexuales de los universitarios se concluye:

3ª. Se observa un claro descenso en la edad a la que los jóvenes inician las relaciones sexuales, coincidiendo con la mayoría de los autores.

4ª. Uno de cada diez universitarios se han sometido a riesgo de embarazo no deseado y más de un 15% a riesgo de ITS por una inadecuada conducta sexual en su primera relación coital.

5ª. Es importante resaltar que un 6,8% de la población estudiada mantuvo su primera relación sexual en estado de embriaguez.

6ª. Más del 60% de los universitarios refiere que en una de cada cuatro ocasiones mantiene relaciones sexuales por servilismo con el fin de mantener la pareja.

Dato importante que refleja conductas de sumisión en la población adolescente y adulta joven.

7ª. Cerca del 50% de los universitarios utilizan el sexo para obtener otro tipo de gratificaciones no vinculadas al placer y sí a estereotipos de comportamiento que ellos o sus iguales consideran normales, el 12,4% lo hace por considerar que es lo normal.

8ª. Las prácticas sexuales han variado, el sexo oral viene a formar parte de las relaciones de forma habitual y se observa un incremento del sexo anal.

9ª. Los jóvenes en las relaciones sexuales actúan en base al temor de la gestación no deseada, dejando de lado la posibilidad de la ITS. Punto importante éste a la hora de promulgar el uso del doble método, que llega a ser del 13,3% en el estudio.

Con relación a los métodos anticonceptivos se concluye:

10ª. La protección en la primera relación sexual con penetración alcanza casi el 100%. La mayoría utiliza el preservativo, pero no conoce su aplicación correcta, ya que no lo utilizan siempre, ni en el sexo oral. La píldora es el segundo método, ignoran su correcto uso. El resto de métodos anticonceptivos se desconocen en gran medida. Uno de cada cuatro jóvenes universitarios se halla en situación de riesgo de embarazo no deseado.

11ª. Creemos fundamental orientar sobre el correcto uso de la píldora postcoital y desterrar los falsos mitos en torno a la misma, lo que facilitaría su prescripción.

Con relación a las ITS se concluye:

12ª. La población adolescente y adulta joven no acaba de asumir que para tener una infección de transmisión sexual con una exposición de riesgo es suficiente.

13ª. Desconocen de forma alarmante la mayoría de ITS, a pesar de existir una elevada prevalencia en algunas, como el HPV, aunque sí conocen el VIH.

En relación con la adopción de roles de género se concluye:

14ª. Los jóvenes universitarios practican sexo por razones de dependencia en más del 60% de la muestra, una de cada cuatro relaciones sexuales que tienen lo hacen para mantener la pareja.

15ª. Las mujeres no interiorizan el preservativo como un instrumento anticonceptivo de uso propio y dejan al varón la iniciativa en este punto.

Con relación a los universitarios y la educación sexual se concluye:

16ª. La educación sexual sigue siendo un tabú a todos los niveles. Desde la familia, la escuela y la Universidad, donde este tema se aborda de forma tangencial. El 98% de las Universidades no forma en Salud Sexual.

17ª. Es el medio no formal el que trasmite lo poco que saben. La información es de escasa calidad, se fundamenta en mitos, creyendo que saben, debido a que atribuyen una autoridad científica en el tema a sus formadores, los cuales, habitualmente, tampoco han sido instruidos formalmente.

En relación con la intervención educativa en los universitarios se concluye:

18ª. Resulta efectiva a la hora de adquirir conocimientos, sobre todo, en los más jóvenes, siendo los mayores los que se aferran más a los viejos conceptos erróneos, por ello es recomendable empezar a edades tempranas. Hay una mayor predisposición a saber y aprender conceptos en estudiantes de Ciencias de la Salud frente a otras ramas del conocimiento.

Propuestas de intervenciones futuras en educación en Salud Sexual:

- Se debería incluir en la Universidad un programa corto de formación para agentes de la Salud, breve, sistemático, adaptado a las actividades profesionales que deben desarrollar médicos, enfermeras, psicólogos y educadores.
- Los agentes sociales y educadores deberían intervenir a dos bandas para mejorar la situación española en las escuelas: tanto en los chicos/as, como en sus padres, pues se sigue dejando en mano de los educadores su responsabilidad.
- Las materias deberían ser sexualidad, conductas, ITS, anticoncepción y roles masculinos y femeninos, para educar en la responsabilidad social de la población española en el mantenimiento de la Salud.
- Se requiere utilizar un lenguaje más próximo al alumnado, pues hubo información que no comprendieron.

6 Bibliografía

1. Prieto de Sosa R, Tojo R, Cornellá J. Declaración de Santiago de Compostela sobre la atención al adolescente. *An Esp Pediatr* 1999;51(4):345-.
2. Neinstein L, Ratner F. Crecimiento y desarrollo físicos normales. En: Neinstein L, editor. *Salud del adolescente*. Barcelona: J.R. Prous; 1991. p. 3-36.
3. Moreno A, Rodríguez E. Informe juventud en España 2012 [monografía en internet] Madrid: Instituto de la Juventud (INJUVE) 2013. [Consultado 12 julio 2014] Disponible en: <http://www.injuve.es/observatorio/demografia-e-informacion-general/informe-de-la-juventud-en-espana-2012>
4. Reina MF, Ciaravino H, Llovera N, Castelo-Branco C. Contraception knowledge and sexual behaviour in secondary school students. *Gynecol Endocrinol*. 2010;26(7):479-83.3
5. Gracia D, Jarabo Y, Martín Espíldora N, Ríos J. Toma de decisiones en el paciente menor de edad. *Med Clin*. 2001;117(5):179-90.
6. Jackson C, Sweeting H, Haw S. Clustering of substance use and sexual risk behaviour in adolescence: analysis of two cohort studies. *BMJ Open*. 2012;2:e000661. doi:10.1136/bmjopen-2011-000661
7. Rodríguez J, Traverso CI. Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gac Sanit*. 2012;26(6):519-24.
8. Amezúa E. Teoría de los sexos: La letra pequeña de la sexología. *Rev Esp Sexol*. 1999(95-96).
9. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jiménez-Iglesias A, I G. Las conductas relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes españoles Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC2010). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2012.
10. Hidalgo I, Garrido G, Hernandez M. Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *J Adolesc Health*. 2000;27(5):351-60.
11. Moreno M, Muñoz M, Pérez P, Sánchez I. Los adolescentes españoles y su salud: Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004.
12. Teva I, Paz Bermudez M, Buela-Casal G. Characteristics of sexual behavior in Spanish adolescents. *Span J Psychol*. 2009;12(2):471-84.

13. Glasier A, Gulmezoglu AM, Schmid GP, Moreno CG, Van Look PF. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *Lancet*. 2006;368(9547):1595-607.
14. Li J, Li S, Yan H, Xu D, Xiao H, Cao Y, et al. Early sex initiation and subsequent unsafe sexual behaviors and sex-related risks among female undergraduates in Wuhan, China. *Asia Pac J Public Health*. 2014.
15. Schofield HL, Bierman KL, Heinrichs B, Nix RL. Predicting early sexual activity with behavior problems exhibited at school entry and in early adolescence. *J Abnorm Child psychol*. 2008;36(8):1175-88.
16. Cohen DA, Richardson J, LaBree L. Parenting behaviors and the onset of smoking and alcohol use: a longitudinal study. *Pediatrics*. 1994;94(3):368-75.
17. Flannery DJ, Williams LL, Vazsonyi AT. Who are they with and what are they doing? Delinquent behavior, substance use, and early adolescents' after-school time. *American J Orthopsychiatry*. 1999.
18. Sickmund M, Snyder HN, Poe-Yamagata E. *Juvenile Offenders and Victims: 1997 Update on Violence*. Office of juvenile justice and delinquency prevention. 1997.
19. Jaccard J, Dittus PJ, Gordon VV. Maternal correlates of adolescent sexual and contraceptive behavior. *Fam Plann Perspect*. 1996;28(4):159-65, 85.
20. Romer D, Stanton B, Galbraith J, Feigelman S, Black MM, Li X. Parental influence on adolescent sexual behavior in high-poverty settings. *Arch Pediatrics Adolesc Med*. 1999;153(10):1055-62.
21. Dittus PJ, Jaccard J. Adolescents' perceptions of maternal disapproval of sex: relationship to sexual outcomes. *J Adolesc Health*. 2000;26(4):268-78.
22. Alonso M, Piñana A, Cánovas A, Luquín R, Muñoz A, Piñana J. Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. *Semergen*. 2011;37(5):227-32.
23. Observatorio de salud reproductiva. Consejo superior de investigaciones científicas. CSIC. [Consultado el 7 de septiembre de 2013]. Disponible en <http://www.saludreproductiva.com/datos.html>

24. Ministerio de Sanidad y Política Social. Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al 2012. Madrid. Ministerio de sanidad y Política Social. Sanidad 2014.
25. Equipo Daphne VII encuesta de anticoncepción en mujeres españolas. .Equipo Daphne, editor: Bayer HealthCare; 2011.
26. Aguilar O, Santos L, Díaz M, Mejía R, Vernon R, Martín M. Guía operativa para programas de educación sexual y servicios de salud reproductiva para jóvenes. México, D.F.: Population Council/FRONTERAS y MEXFAM.2008.
27. American Academy of Pediatrics (2001) "Sexuality education for children and adolescents". Pediatrics 2001; 108: 498-502.
28. López F. La educación sexual. Madrid: Biblioteca Nueva; 2005.
29. Barr EM, Goldfarb ES, Russell S, Seabert D, Wallen M, Wilson KL. Improving sexuality education: the development of teacher-preparation standards. J Sch Health. 2014;84(6):396-415.
30. Colomer Revuelta J, PrevInfad G. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. Rev Pediatr Aten Prim. 2004;6(24):617-32.
31. Gorbalañ C. Programa de educación afectivo-sexual para los adolescentes desde atención primaria. Educación para la salud en la escuela. Salud Rural.2003;20:63-71.
32. Andrés Domingo P. Las infecciones de transmisión sexual. Pediatr Integral 2013; 13(3): 185-96.
33. González C, Sánchez-Crespo JR, González A. Educación integral en sexualidad y anticoncepción para los/las jóvenes. Enferm Clin. 2009;19(4):221-4.
34. López de los Santos R. Análisis de material educativo formal y no formal en materia de salud sexual y reproductiva defendido. [Trabajo Fin de Master]. Salamanca. Repositorio científico gredos. Universidad de Salamanca. 2011. [Fecha de acceso 16.07.2014] URL disponible en http://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/100362/1/TFM_EstudiosInterdisciplinariosGenero_LopezdelosSantos_R.pdf.

35. Darroch JE, Singh S, Frost JJ. Differences in teenage pregnancy rates among five developed countries: the roles of sexual activity and contraceptive use. *Fam Plann Perspect.* 2001;33(6):244-50, 81.
36. DiCenso A, Guyatt G, Willan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 2002;324(7351):1426.
37. Lara-Torre E. Update in adolescent contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2009;36(1):119-28.
38. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Ross J, Hawkins J, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. *MMWR Surveill Summ.* 2008;57(4):1-131.
39. Smith CA. Factors associated with early sexual activity among urban adolescents. *Soc Work.* 1997;42(4):334-46.
40. American Congress of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). Committee Opinion no. 598: Committee on Adolescent Health Care: The initial reproductive health visit. *Obstetrics and gynecology.* 2014;123(5):1143-7.
41. Equipo Daphne. 3ª Encuesta Sexualidad y anticoncepción en la juventud española. Equipo Daphne, editor: Bayer Schering Pharma; 2009.
42. Bennett S, Assefi N. School based teenage pregnancy prevention programs: a systematic review of randomized controlled trials. *J Adolesc Health.* 2005;36(1):72-81.
43. Kohler PK, Manhart LE, Lafferty WE. Abstinence-only and comprehensive sex education and the initiation of sexual activity and teen pregnancy. *J Adolesc Health.* 2008;42(4):344-51.
44. As-Sanie S, Gantt A, Rosenthal MS. Pregnancy prevention in adolescents. *Am Fam Physician.* 2004;70(8):1517-24.
45. Underhill K, Montgomery P, Operario D. Sexual abstinence only programmes to prevent HIV infection in high income countries: systematic review. *BMJ [Internet].* 2007 Aug 4 1939793; 335(7613):[248 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17656503>.
46. Tripp J, Viner R. Sexual health, contraception, and teenage pregnancy. *BMJ.* 2005;330(7491):590-3.

47. Real P, Oliva A, Serrano M. "Sexualidad y Contracepción entre las jóvenes sevillanas: Un estudio cuantitativo". Ayuntamiento de Sevilla, Servicio de Juventud Universidad de Sevilla. 2003.
48. Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008;162(1):66-73.
49. Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception.* 2003;68(2):89-96.
50. Baele J, Dusseldorp E, Maes S. Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. *J Adolesc Health.* 2001;28(5):421-31.
51. Antona A. Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Sexuales (Educación para la Salud). *Revista de Estudios de Juventud.* 2001(55):31-8.
52. Madrid J, Antona A. Reflexiones a propósito de la Atención a Adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. *Revista de Estudios de Juventud.* 2003(63):63-74.
53. Conde F. Las Concepciones de Salud de los Jóvenes Madrileños. Madrid: Comunidad de Madrid, Consejería de Sanidad y Consumo Servicio de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública. 2004.
54. Luengo-Arjona P, Orts-Cortés MI, Arcángel R. Comportamiento sexual, prácticas de riesgo y anticoncepción en jóvenes universitarios de Alicante. *Enferm Clin.* 2007;17(2):85-9.
55. Bayés R. Psicología y sida: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Pap Psicol.* 1990;46(47):30-6.
56. Madrid J. El preservativo entre los más jóvenes. *Evid Pediatr.* 2009;5:34.
57. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2010;15 Suppl 2:S54-66.
58. World Health Organization. A snapshot of the health of young people in Europe CIUDAD. World Health organization. 2009 Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/70114/E93036.pdf.

59. Imamura M, Tucker J, Hannaford P, da Silva MO, Astin M, Wyness L, et al. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2007;17(6):630-6.
60. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Sánchez-Queija I, Jiménez-Iglesias A, García Moya I, et al. Los estilos de vida y la salud de los adolescentes españoles a lo largo de la primera década del milenio El estudio Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) 2002-2006-2010. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013.
61. Beksinska ME, Piaggio G, Smit JA, Wu J, Zhang Y, Pienaar J, et al. Performance and safety of the second-generation female condom (FC2) versus the Woman's, the VA worn-of-women, and the Cupid female condoms: a randomised controlled non-inferiority crossover trial. *Lancet Glob Health*. 2013;1(3):e146-52.
62. Gallo MF, Norris AH, Turner AN. Female condoms: new choices, old questions. *Lancet Glob Health*. 2013;1(3):e119-20.
63. Masvawure TB, Mantell JE, Mabude Z, Ngoloyi C, Milford C, Beksinska M, et al. "It's a different condom, let's see how it works": young men's reactions to and experiences of female condom use during an intervention trial in South Africa. *J Sex Res*. 2014;51(8):841-51.
64. Dorflinger LJ. New developments in contraception for US women. *Contraception*. 2013;87(3):343-6.
65. Sociedad española de contracepción (SEC). Estudio poblacional sobre el uso y la opinión de los métodos anticonceptivos en España. Encuesta anticoncepción SEC 2014. Disponible en: http://sec.es/descargas/EN_Resumida_DMA_2014.pdf.
66. Instituto Nacional de Estadística. INE [citado el 08.10.2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>.
67. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud Sexual. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2009.
68. Comunicación Imagen y Opinión Pública (CIMOP). Estudio sobre las IVE en jóvenes en España. Madrid.Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
69. Hewitt G, Cromer B. Update on adolescent contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2000;27(1):143-62.

70. Lete I, Perez E. Hábitos sexuales y uso de anticonceptivos entre las mujeres y las profesionales sanitarias en España 2012. Lete I, Perez E, editores. Madrid: MSD(Merck Sharp & Dohme); 2012.
71. Archer DF, Cullins V, Creasy GW, Fisher AC. The impact of improved compliance with a weekly contraceptive transdermal system (Ortho Evra) on contraceptive efficacy. *Contraception*. 2004;69(3):189-95.
72. Finer LB, Jerman J, Kavanaugh ML. Changes in use of long-acting contraceptive methods in the United States, 2007-2009. *Fertil Steril*. 2012;98(4):893-7.
73. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1298-305.
74. Rimsza ME. Counseling the adolescent about contraception. *Pediatr Rev*. 2003;24(5):162-70.
75. Stewart FH, Kaunitz AM, Laguardia KD, Karvois DL, Fisher AC, Friedman AJ. Extended use of transdermal norelgestromin/ethinyl estradiol: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;105(6):1389-96.
76. Miller L, Verhoeven CH, Hout J. Extended regimens of the contraceptive vaginal ring: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005;106(3):473-82.
77. Sucato GS, Land SR, Murray PJ, Cecchini R, Gold MA. Adolescents' experiences using the contraceptive patch versus pills. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(4):197-203.
78. Tang JH, Lopez LM, Mody S, Grimes DA. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11. Art. No.:CD009805.DOI: 10.1002/14651858.CD009805.pub2.
79. Van Lunsen R, Creatsas G, Serfaty D, editors. Double Dutch; the double message in prevention. En: *Proceedings of the 2nd Congress of the European Society for Contraception Athens; 1992*.
80. Lete I, Martínez-Salmeán J, Coll C, Pérez-Campos E, Luis Doval J, Dueñas JL, et al. La juventud española y el doble método: un análisis de la situación actual. Resultados de un estudio transversal de una muestra amplia. *Prog Obstet Ginecol*. 2008;51(12):716-20.

81. Lete I, Arróniz M, Esquisábel R. Anticoncepción de emergencia. *Aten Primaria*. 2001;28(1):59-68.
82. Ellertson C. History and efficacy of emergency contraception: beyond Coca-Cola. *Fam Plann Perspect*. 1996;28(2):44-8.
83. Haspels AA. The "morning-after pill"--a preliminary report. *IPPF Med Bull*. 1969;3(3):6.
84. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril*. 1977;28(9):932-6.
85. World Health Organization. *Emergency contraception: a guide for service delivery*. Geneva: 1998.
86. Albarrán M, Santiago A, Ruiz R, Pera F, Perea B. Intercepción postcoital: levonorgestrel, actualidad de un fármaco. *Semergen*. 2007;33(5):231-40.
87. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, Duran-Sanchez O, Cruz-Hinojosa M, Castell-Rodriguez A, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001;64(4):227-34.
88. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol*. 2002;100(1):65-71.
89. Palomino A, Boric A, Gabler F, Espinoza A, Vega M, Devoto L. Efecto de levonorgestrel como anticonceptivo de emergencia sobre receptores de progesterona durante la ventana de implantación. *Rev Cub Salud Publica*. 2003;29(s1).
90. Task Force Study. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet*. 1998;352(9126):428-33.
91. Kosunen E, Vikat A, Rimpela M, Rimpela A, Huhtala H. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *BMJ*. 1999;319(7202):91.
92. Pitts SA, Corliss HL, Kharasch SJ, Gordon CM. Advance provision of emergency contraception in an urban pediatric emergency department. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(6):392-6.

93. López-Amorós M, Schiaffino A, Moncada A, Pérez G. Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gac Sanit.* 2010;24(5):404-9.
94. Loughrey F, Matthews A, Bedford D, Howell F. Characteristics of women seeking emergency contraception in general practice. *Ir Med J.* 2006;99(2):50-2.
95. Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpela A. Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health.* 2007;7:201.
96. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. B.O.E num 21, (24 enero 1996)
97. Andrés P. Las Infecciones de transmisión sexual. *Pediatr Integral.* 2013;8(3):185-96
98. Tu W, Batteiger BE, Wiehe S, Ofner S, Van Der Pol B, Katz BP, et al. Time from first intercourse to first sexually transmitted infection diagnosis among adolescent women. *Archives of pediatrics & adolescent medicine.* 2009;163(12):1106-11.
99. Kahn JA, Rosenthal SL, Succop PA, Ho GY, Burk RD. Mediators of the association between age of first sexual intercourse and subsequent human papillomavirus infection. *Pediatrics.* 2002;109(1):E5.
100. Niccolai LM, Ethier KA, Kershaw TS, Lewis JB, Meade CS, Ickovics JR. New sex partner acquisition and sexually transmitted disease risk among adolescent females. *J. Adolesc Health.* 2004;34(3):216-23.
101. Fortenberry JD. Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk: a review. *J. Adolesc Health.* 1995;16(4):304-8.
102. Kann L, Kinchen S, Shanklin SL, Flint KH, Kawkins J, Harris WA, et al. Youth risk behavior surveillance--United States, 2013. *MMWR Surveill Summ.* 2014;63 Suppl 4:1-168.
103. Rocha-Zavaleta L, Yescas G, Cruz RM, Cruz-Talonia F. Human papillomavirus infection and cervical ectopy. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004;85(3):259-66.
104. Moscicki AB, Ma Y, Holland C, Vermund SH. Cervical ectopy in adolescent girls with and without human immunodeficiency virus infection. *J Infect Dis.* 2001;183(6):865-70.

105. Rocha-Zavaleta L, Pereira-Suarez AL, Yescas G, Cruz-Mimiaga RM, Garcia-Carranca A, Cruz-Talonia F. Mucosal IgG and IgA responses to human papillomavirus type 16 capsid proteins in HPV16-infected women without visible pathology. *Viral Immunol.* 2003;16(2):159-68.
106. Belec L. Défenses non immunes, pré-immunes et immunes du tractus génital féminin contre les infections. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2002;31(6 Suppl):4S45-4S59.
107. Bierl C, Karem K, Poon AC, Swan D, Tortolero-Luna G, Follen M, et al. Correlates of cervical mucosal antibodies to human papillomavirus 16: results from a case control study. *Gynecol Oncol.* 2005;99(3 Suppl 1):S262-8.
108. McGrath JW, Strasburger VC, Cushing AH. Secretory IgA in cervical mucus. *J Adolesc Health.* 1994;15(5):423-5.
109. Monroy OL, Aguilar C, Lizano M, Cruz-Talonia F, Cruz RM, Rocha-Zavaleta L. Prevalence of human papillomavirus genotypes, and mucosal IgA anti-viral responses in women with cervical ectopy. *J Clin Virol.* 2010;47(1):43-8.
110. Palacio-Mejía LS, Rangel-Gómez G, Hernández-Avila M, Lazcano-Ponce E. Cervical cancer, a disease of poverty: mortality differences between urban and rural areas in Mexico. *Salud Publica Mex.* 2003;45:315-25.
111. Adler M. Sexual health. *BMJ.* 2003;327(7406):62-3.
112. Área de vigilancia del VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2012. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida; 2014
113. Grupo de trabajo sobre ITS. Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005-diciembre 2008. Centro Nacional de Epidemiología, 2010.
114. Díaz A, Díez M, Cano R. Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. *Bol. Epidemiol. Semanal.* 2012;20(7):63-9.
115. Calatrava M, López-Del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Med Clin.* 2012;138(12):534-40.

116. Sexually transmitted infections in Europe 1990-2009 [consultado 18 Mar 2014]. Disponible en: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526 SUR STI in Europe 1990-2009.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526_SUR_STI_in_Europe_1990-2009.pdf).
117. Cacho J, Sanz F, Antonia Blanco M. La enfermedad silenciosa por Chlamydia trachomatis: necesidad urgente de detección y tratamiento en mujeres. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2001;19(9):419-21.
118. US Preventive Task Force. Screening for chlamydial infection: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2007;147(2):128.
119. Workowski KA, Berman S. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. *MMWR Recomm Rep*. 2010;59(RR-12):1-110.
120. Oakeshott P, Kerry S, Aghaizu A, Atherton H, Hay S, Taylor-Robinson D, et al. Randomised controlled trial of screening for Chlamydia trachomatis to prevent pelvic inflammatory disease: the POPI (prevention of pelvic infection) trial. *BMJ*. 2010;340:c1642.. doi: 10.1136/bmj.c1642
121. Bender N, Herrmann B, Andersen B, Hocking JS, van Bergen J, Morgan J, et al. Chlamydia infection, pelvic inflammatory disease, ectopic pregnancy and infertility: cross-national study. *Sex Transm Infect*. 2011;87(7):601-8.
122. Bosch FX, Broker TR, Forman D, Moscicki AB, Gillison ML, Doorbar J, et al. Comprehensive control of human papillomavirus infections and related diseases. *Vaccine*. 2013;31 Suppl 7:1-31.
123. Cortés Bordoy J. Vacunación frente al virus del papiloma humano. Documento de consenso 2011 de las sociedades científicas españolas. *Semergen*. 2012;38(5):312-26.
124. Meisels A, Roy M, Fortier M, Morin C, Casas-Cordero M, Shah KV, et al. Human papillomavirus infection of the cervix: the atypical condyloma. *Acta Cytol*. 1981;25(1):7-16.
125. Syrjanen KJ, Surjanen SM. Histological evidence for the presence of condylomatous epithelial lesions in association with laryngeal squamous cell carcinoma. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec*. 1981;43(4):181-94.
126. Vayrynen M, Romppanen T, Koskela E, Castren O, Syrjanen K. Verrucous squamous cell carcinoma of the female genital tract. Report of three cases and survey of the literature. *Int J Gynaecol Obstet*. 1981;19(5):351-6.

127. Hoots BE, Palefsky JM, Pimenta JM, Smith JS. Human papillomavirus type distribution in anal cancer and anal intraepithelial lesions. *Int J Cancer*. 2009;124(10):2375-83.
128. Malik H, Khan FH, Ahsan H. Human papillomavirus: current status and issues of vaccination. *Arch Virol*. 2014;159(2):199-205.
129. Villa LL, Ault KA, Giuliano AR, Costa RL, Petta CA, Andrade RP, et al. Immunologic responses following administration of a vaccine targeting human papillomavirus Types 6, 11, 16, and 18. *Vaccine*. 2006;24(27-28):5571-83.
130. Romanowski B, de Borja PC, Naud PS, Roteli-Martins CM, De Carvalho NS, Teixeira JC, et al. Sustained efficacy and immunogenicity of the human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: analysis of a randomised placebo-controlled trial up to 6.4 years. *Lancet*. 2009;374(9706):1975-85.
131. Belza MJ, Koerting A, Suárez M. Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. En: FIPSE, editor. *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales España 2003*.
132. Saura S, Fernandez de Sanmamed MJ, Vicens L, Puigvert N, Mascort C, García J. Percepción del riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual en población joven. *Aten Primaria*. 2010;42(3):143-8.
133. Weinhardt LS, Carey MP, Maisto SA, Carey KB, Cohen MM, Wickramasinghe SM. Reliability of the timeline follow-back sexual behavior interview. *Ann Behav Med*. 1998;20(1):25-30.
134. Gascón J, Navarro B, Gascón F, Pérula de Torres L, Jurado A, Montes G. Conocimientos de los adolescentes sobre el sida y las enfermedades de transmisión sexual. *Aten Primaria*. 2003;32(4):216-22.
135. Sánchez M, Gil G, Naranjo J, Espinosa L, De Cruz MC. Sexualidad y sida: grado de conocimiento y actitud de los escolares. *Med Fam (And)*. 2001;3:223-30.
136. East L, Jackson D, O'Brien L, Peters K. Use of the male condom by heterosexual adolescents and young people: literature review. *J Adv Nurs*. 2007;59(2):103-10.
137. Lescano CM, Vazquez EA, Brown LK, Litvin EB, Pugatch D. Condom use with "casual" and "main" partners: what's in a name? *J Adolesc Health*. 2006;39(3):443 e1-7.

138. Lopez-Sosa C. Incidencia de las infecciones de transmisión sexual en el contexto de la sexualidad humana. En *Sexualidad Humana: Una aproximación integral*. Castelo-Branco C, editor. Madrid: Panamericana; 2005. 75-85 p.
139. Kirby D. The effects of school sex education programs: a review of the literature. *J Sch Health*. 1980;50(10):559-63.
140. Reader EG, Carter RP, Crawford A. Aids-knowledge, attitudes, and behaviour: a study with university students. *Health Educ J*. 1988;47(4):125-7.
141. García F, Alfaro A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. 2001(14)p8. Disponible en <http://ruidera.uclm.es:8080/jspui/handle/10578/3782001>
142. Delgado M. La fecundidad joven y adolescente en España. Granada:Editorial Universidad de Granada; 2000.
143. Teva I, Bermúdez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Rev Esp Salud Publica*. 2009;83(2):309-20.
144. Lameiras M, Failde J. Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Anál Modific Conduc*. 1998;23(93):27-63.
145. Serrano I, Dueñas J, Bermejo R, Coll C, Doval J, Lete I, et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. *Prog Obstet Ginecol*. 2005;48(6):283-8.
146. Lazarus JV, Moghaddassi M, Godeau E, Ross J, Vignes C, Ostergren PO, et al. A multilevel analysis of condom use among adolescents in the European Union. *Public Health*. 2009;123(2):138-44.
147. Guiahi M, Maguire K, Ripp ZT, Goodman RW, Kenton K. Perceptions of family planning and abortion education at a faith-based medical school. *Contraception*. 2011;84(5):520-4.
148. Secura GM, Madden T, McNicholas C, Mullersman J, Buckel CM, Zhao Q, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;371(14):1316-23.

149. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. Counting it up: the public costs of teen childbearing — key data. The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy. 2013.

150. Hernández A. La Universidad española en cifras. Madrid: Conferencia de rectores de las Universidades Españolas (CRUE); 2008.

151. Michavila F. La Universidad española en cifras. Madrid: Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas (CRUE); 2012.

152. Meneses C, Romo N, Uroz J, Gil E, Markez I, Giménez S, et al. Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. *Trast Adict.* 2009;11(1):51-63.

153. Gil García E, Romo Avilés N. Conductas de riesgo en adolescentes urbanos andaluces. *Miscelanea Comillas.*2008;66:493-09.

154. Moreno C, Ramos P, Rivera F, Jimenez A, García I. Desarrollo adolescente y salud en España. Resumen del estudio Health Behaviour in Schoolaged Children (HBSC–2010). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.2012.

155. Orji EO, Esimai OA. Sexual behaviour and contraceptive use among secondary school students in Ilesha south west Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* 2005;25(3):269-72.

156. Encuesta Nacional de Dinamica Demográfica. 2009. Méjico. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Diseno_muestral.

157. Santana F, Ovies G, Verdeja OL, Fleitas R. Características de la primera relación sexual en adolescentes escolares de Ciudad de La Habana. *Rev Cub Salud Pública.* [serie en internet] Sep 2006[citado 26 Oct 13]; 32(3).Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864006>

158. González F. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del Sisben de un municipio del departamento de Cundinamarca. *Act Colom Psicol.* 2004(12):59-68.

159. Meneses C, Olivares JU, Giménez S. Comportamientos de riesgo en los adolescentes madrileños. *Misc Comillas: Revista de Ciencias Humanas y Sociales.* 2008;66(129):461-92.

160. López F, Carcedo R, Fernández Rouco N, Blázquez M, Kilani A. Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *An Psicol.* 2011;27(3):791-99
161. Varela M, Paz J. Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Rev Int Androl.* 2010;8(2):74-80.
162. Castelo-Branco C, Parera N, Mendoza N, Perez-Campos E, Lete I. Alcohol and drug abuse and risky sexual behaviours in young adult women. *Gynecol Endocrinol.* 2014;30(8):581-6.
163. Moreno C, Ramos P, Rivera f, Muñoz -Tinoco V, Sanchez-Queija I, Granado M, et al. Desarrollo adolescente y salud en España. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2006). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.; 2011.
164. Teva, I. Avances en la evaluación y análisis de los factores psicológicos que explican las conductas de riesgo del VIH en adolescentes. [tesis doctoral]. Granada: Editorial de la Universidad de Granada, facultad de Psicología; 2009.
165. Romero de Castilla R, Cerezo L, Cañete R. Adolescentes y fuentes de información de sexualidad: preferencias y utilidad percibida. *Aten Primaria.* 2001;27(1):12-7.
166. Faílde Garrido JM, Lameiras Fernández M, Bimbela Pedrola JL. Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gac Sanit.* 2008;22(6):511-9.
167. Primera encuesta nacional sobre sexo. Encuesta MITOFSKY. México 2004. Disponible en:<http://www.sociologia.uson.mx/lecturas/encuestasobresexoenmexico.pdf>
168. Lindberg LD, Maddow-Zimet I. Consequences of sex education on teen and young adult sexual behaviors and outcomes. *J Adolesc Health.* 2012;51(4):332-8.
169. Haydon AA, Herring AH, Prinstein MJ, Halpern CT. Beyond age at first sex: patterns of emerging sexual behavior in adolescence and young adulthood. *J Adolesc Health.* 2012;50(5):456-63.
170. López-Olmos J. Infecciones vaginales y lesiones celulares cervicales (III). Características de la sexualidad. *Clin Invest Ginecol Obstet.* 2012;39(3):90-101.
171. Tian LH, Peterman TA, Tao G, Brooks LC, Metcalf C, Malotte CK, et al. Heterosexual anal sex activity in the year after an STD clinic visit. *Sex Transm Dis.* 2008;35(11):905-9.

172. Houston AM, Fang J, Husman C, Peralta L. More than just vaginal intercourse: anal intercourse and condom use patterns in the context of "main" and "casual" sexual relationships among urban minority adolescent females. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007;20(5):299-304.
173. Navarro Y, Carrasco AM, Sanchez JC, Torrico E. Comportamientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Arch Hispanoamericanos Sex.* 2004;10(2):167-82.
174. Mesa M, Barella J, Cobeña M. Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Aten Primaria.* 2004;33(7):374-80.
175. Biggs MA, Foster DG. Misunderstanding the risk of conception from unprotected and protected sex. *Womens Health Issues.* 2013;23(1):e47-53.
176. Kalichman SC, Johnson JR, Adair V, Rompa D, Multhauf K, Kelly JA. Sexual sensation seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *J Pers Assess.* 1994;62(3):385-97.
177. Arribas Mir L, Duarte Vallejo S, Saavedra Ruiz A. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. *Aten Primaria.* 2004;34(9):499-503.
178. Sieving RE, McRee AL, McMorris BJ, Beckman KJ, Pettingell SL, Bearinger LH, et al. Prime time: sexual health outcomes at 24 months for a clinic-linked intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *JAMA Pediatr.* 2013;167(4):333-40.
179. Yago T, Tomás C. Variables sociodemográficas relacionadas con embarazo no deseado en mujeres de 13-24 años. *Rev Esp Salud Publica.* 2014; 88:395-406.
180. Marcell AV, Wibbelsman C, Seigel WM. Male adolescent sexual and reproductive health care. *Pediatrics.* 2011;128(6):e1658-e76.
181. Stewart FH, Brown BA, Raine TR, Weitz TA, Harper CC. Adolescent and young women's experience with the vaginal ring and oral contraceptive pills. *J Pediatric Adolesc Gynecol.* 2007;20(6):345-51.
182. Terrell LR, Tanner AE, Hensel DJ, Blythe MJ, Fortenberry JD. Acceptability of the vaginal contraceptive ring among adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011;24(4):204-10.

183. Moreau C, Trussell J, Bajos N. Contraceptive paths of adolescent women undergoing an abortion in France. *J Adolesc Health*. 2012;50(4):389-94.
184. Shohel M, Rahman MM, Zaman A, Uddin MM, Al-Amin MM, Reza HM. A systematic review of effectiveness and safety of different regimens of levonorgestrel oral tablets for emergency contraception. *BMC Womens Health*. 2014;14:54.
185. Jacob D, Morris J. The estrogenic activity of postcoital antifertility compounds. *Fertil Steril*. 1969;20(2):211-22.
186. Bacic M, Wesselius dCA, Diczfalusy E. Failure of large doses of ethinyl estradiol to interfere with early embryonic development in the human species. *Am J Obstet Gynecol*. 1970;107(4):531.
187. Dueñas JL, Lete I, Arbat A, Bermejo R, Coll C, Doval JL, et al. Trends in contraception use in Spanish adolescents and young adults (15 to 24 years) between 2002 and 2008. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2013;18(3):191-8.
188. Grimes DA, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF, Lopez LM. Fertility awareness-based methods for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 4. Art. No.: CD004860. DOI: 10.1002/14651858.CD004860.pub2.
189. Medina JE, Cifuentes A, Abernathy JR, Spieler JM, Wade ME. Comparative evaluation of two methods of natural family planning in Columbia. *Am J Obstet Gynecol*. 1980;138(8):1142-7.
190. Wade ME, McCarthy P, Abernathy JR, Harris GS, Danzer HC, Uricchio WA. A randomized prospective study of the use-effectiveness of two methods of natural family planning: an interim report. *Am J Obstet Gynecol*. 1979;134(6):628-31.
191. Bogani G, Cromi A, Serati M, Monti Z, Apolloni C, Nardelli F, et al. Impact of School-Based Educational Programs on Sexual Behaviors Among Adolescents in Northern Italy. *J Sex Marital Ther*. 2014:1-5.
192. Informe Durex 2012. Disponible en <http://www.durex.com/es-ES/prensa/Documents/NdP%204%C2%AA%20Fase%20Informe%20Durex%202012.pdf>
193. Esparza M, García C. Factores que influyen en la utilización de preservativos en los varones adolescentes. *Evid Pediatr*. 2009;5:41.

194. Kulczycki A, Kim DJ, Duerr A, Jamieson DJ, Macaluso M. The acceptability of the female and male condom: a randomized crossover trial. *Perspect Sex Reprod Health*. 2004;36(3):114-9.
195. Bounds W. Female condoms. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 1997;2(2):113-6.
196. Lete I, Perez-Campos E. Differences in contraceptive use between Spanish female healthcare providers and Spanish women in the general population aged 23 to 49 years: the HABITS Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2014;19(3):161-8.
197. Stern L, Debevec E, Devaskar S, Morfesis J, Patel A. Differences in contraceptive use between family planning providers and the general population. *Obstet Gynecol*. 2014;123 Suppl 1:14s-5s.
198. Epstein LB, Sokal-Gutierrez K, Ivey SL, Raine T, Auerswald C. Adolescent experiences with the vaginal ring. *J Adolesc Health*. 2008;43(1):64-70.
199. Victor I, Fink RA. Comparing patient telephone callback rates for different hormonal birth control delivery systems. *Am J Ther*. 2006;13(6):507-12.
200. Valles Fernández N, López de Castro F. Anticoncepción en la adolescencia. *Semergen*. 2006;32(6):286-95.
201. Lete I, Doval JL, Perez-Campos E, Sanchez-Borrego R, Correa M, de la Viuda E, et al. Factors affecting women's selection of a combined hormonal contraceptive method: the TEAM-06 Spanish cross-sectional study. *Contraception*. 2007;76(2):77-83.
202. Jones K, Eathington P, Baldwin K, Sipsma H. The impact of health education transmitted via social media or text messaging on adolescent and young adult risky sexual behavior: a systematic review of the literature. *Sex Transm Dis*. 2014;41(7):413-9.
203. Urdl W, Apter D, Alperstein A, Koll P, Schonian S, Bringer J, et al. Contraceptive efficacy, compliance and beyond: factors related to satisfaction with once-weekly transdermal compared with oral contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2005;121(2):202-10.
204. Weisberg F, Bouchard C, Moreau M, Audet MC, Mawdsley S, Dattani D, et al. Preference for and satisfaction of Canadian women with the transdermal contraceptive patch versus previous contraceptive method: an open-label, multicentre study. *J Obstet Gynaecol Can*. 2005;27(4):350-9.

205. Archer DF, Bigrigg A, Smallwood GH, Shangold GA, Creasy GW, Fisher AC. Assessment of compliance with a weekly contraceptive patch (Ortho Evra/Evra) among North American women. *Fertil Steril*. 2002;77(2 Suppl 2):S27-31.
206. Thurman AR, Hammond N, Brown HE, Roddy ME. Preventing repeat teen pregnancy: postpartum depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive pills, or the patch? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007;20(2):61-5.
207. Raine TR, Foster-Rosales A, Upadhyay UD, Boyer CB, Brown BA, Sokoloff A, et al. One-year contraceptive continuation and pregnancy in adolescent girls and women initiating hormonal contraceptives. *Obstet Gynecol*. 2011;117(2 Pt 1):363-71.
208. Bakhru A, Stanwood N. Performance of contraceptive patch compared with oral contraceptive pill in a high-risk population. *Obstet Gynecol*. 2006;108(2):378-86.
209. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, Stockton LL, Schulz KF. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 4. Art. No.: CD003552. DOI: 10.1002/14651858.CD003552.pub4
210. Estudio poblacional sobre uso y opinión de la píldora postcoital 2013. Sociedad Española de Contracepción (SEC) [Internet]. 28/10/2014. Disponible en: http://sec.es/descargas/ENC_2013_pildorapostcoital.pdf.
211. Van Look PF, von Hertzen H. Emergency contraception. *Br Med Bull*. 1993;49(1):158-70.
212. Trussell J, Raymond EG. Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. Office of Population Research at Princeton University. 2010.
213. Sedgh G, Henshaw S, Singh S, Ahman E, Shah IH. Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. *Lancet*. 2007;370(9595):1338-45.
214. Craig AD, Dehlendorf C, Borrero S, Harper CC, Rocca CH. Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: disparities by race/ethnicity and age. *Womens Health Issues*. 2014;24(3):e281-9.
215. Lete I, Coll C, Bermejo R, Doval J, Dueñas J, Martínez-Salmeán J, et al. Fuentes de información sobre los métodos anticonceptivos (con especial referencia a la anticoncepción oral): resultados de una encuesta española. *Prog Obstet Ginecol*. 2001;44(1):28-32.

216. Hernando V, Álvarez M, Arriola L, Arroyo S, Ballester E, Bermúdez P, et al. Conocimientos y uso de anticonceptivos en la población inmigrante latinoamericana en la Comunidad Autónoma de Madrid. *Bol Epidemiol Semanal*. 2005;13(4):37-48.
217. Parish SJ, Rubio-Aurioles E. Education in sexual medicine: proceedings from the international consultation in sexual medicine, 2009. *J Sex Med*. 2010;7(10):3305-14.
218. Coleman E, Elders J, Satcher D, Shindel A, Parish S, Kenagy G, et al. Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *J Sex Med*. 2013;10(4):924-38.
219. Shindel AW, Parish SJ. Sexuality education in North American medical schools: current status and future directions. *J Sex Med*. 2013;10(1):3-17.
220. Bitzer J. Oral contraceptives in adolescent women. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2013;27(1):77-89.
221. Langer LM, Zimmerman RS, Katz JA. Which is more important to high school students: preventing pregnancy or preventing AIDS? *Fam Plann Perspect*. 1994:154-9.
222. Cooper ML, Agocha VB, Powers AM. Motivations for condom use: do pregnancy prevention goals undermine disease prevention among heterosexual young adults? *Health Psychol*. 1999;18(5):464-74.
223. Donald M, Lucke J, Dunne M, O'Toole B, Raphael B. Determinants of condom use by Australian secondary school students. *J Adolesc Health*. 1994;15(6):503-10.
224. Stone N, Hatherall B, Ingham R, McEachran J. Oral sex and condom use among young people in the United Kingdom. *Perspect Sex Reprod Health*. 2006;38(1):6-12.
225. Espada JP, Guillen-Riquelme A, Morales A, Orgiles M, Sierra JC. Validación de una escala de conocimiento sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente. *Aten Primaria*. 2014;46(10):558-64.
226. Panchaud C, Singh S, Feivelson D, Darroch JE. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Fam Plann Perspec*. 2000;32(1):24-32, 45.
227. Muñoz-Silva A, Sanchez-Garcia M, Martins A, Cristina N. Gender differences in HIV-related sexual behavior among college students from Spain and Portugal. *Span J Psychol*. 2009;12(2):485-95.

228. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2012. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2013.
229. Louie KS, de Sanjose S, Diaz M, Castellsague X, Herrero R, Meijer CJ, et al. Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *Br J Cancer*. 2009;100(7):1191-7.
230. De Sanjose S, Cortes X, Mendez C, Puig-Tintore L, Torne A, Roura E, et al. Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008;140(2):234-40.
231. Kouznetsov L, Zippel SA, Kuznetsov AV. What is the accurate knowledge of the German population regarding sexual HIV transmission? *Int J Public Health*. 2009;54(3):193-5.
232. Towards better sexual health. Health Promotion Agency; 2002.
233. Donati S, Andreozzi S, Medda E, Grandolfo ME. Salute riproduttiva tra gli adolescenti: conoscenze, attitudini e comportamenti. Istituto Superiore di Sanità ; 2000. Disponible en: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_778_allegato.pdf
234. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2012. Centers for Disease Control and Prevention. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/stats12/Surv2012.pdf> .
235. Forhan SE, Gottlieb SL, Sternberg MR, Xu F, Datta SD, McQuillan GM, et al. Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*. 2009;124(6):1505-12.
236. Kleppa E, Holmen SD, Lillebo K, Kjetland EF, Gundersen SG, Taylor M, et al. Cervical ectopy: associations with sexually transmitted infections and HIV. A cross-sectional study of high school students in rural South Africa. *Sex Transm Infect*. 2014.[Epub ahead of print]. Disponible en: <http://sti.bmj.com/content/early/2014/10/03/sextrans-2014-051674.full.pdf+html>
237. Shew ML, Ermel AC, Weaver BA, Tong Y, Tu W, Kester LM, et al. Association of Chlamydia trachomatis infection with redetection of human papillomavirus after apparent clearance. *J Infect Dis*. 2013;208(9):1416-21.

238. Bellaminutti S, Seraceni S, De Seta F, Gheit T, Tommasino M, Comar M. HPV and Chlamydia trachomatis co-detection in young asymptomatic women from high incidence area for cervical cancer. *J Med Virol*. 2014;86(11):1920-5.

239. Jensen KE, Thomsen LT, Schmiedel S, Frederiksen K, Norrild B, van den Brule A, et al. Chlamydia trachomatis and risk of cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or worse in women with persistent human papillomavirus infection: a cohort study. *Sex Transm Infect*. 2014;90(7):550-5.

240. Chiavarini M, Cicognola L, Salmasi L, Angeli G, Minelli L. [Knowledge about sexual health in Italian adolescents girls and women: the need for intergenerational communication]. *Ig Sanita Pubbl*. 2014;70(4):363-80.

241. Beshers SC, Murphy JM, Fix BV, Mahoney MC. Sex Differences Among College Students in Awareness of the HPV Vaccine and Vaccine Options. *J Am Coll Health*. 2014:0.

242. Pan XF, Zhao ZM, Sun J, Chen F, Wen QL, Liu K, et al. Acceptability and Correlates of Primary and Secondary Prevention of Cervical Cancer among Medical Students in Southwest China: Implications for Cancer Education. *PLoS One*. 2014;9(10):e110353.

243. Wen Y, Pan XF, Zhao ZM, Chen F, Fu CJ, Li SQ, et al. Knowledge of human papillomavirus (HPV) infection, cervical cancer, and HPV vaccine and its correlates among medical students in Southwest China: a multi-center cross-sectional survey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(14):5773-9.

244. Montgomery MP, Dune T, Shetty PK, Shetty AK. Knowledge and Acceptability of Human Papillomavirus Vaccination and Cervical Cancer Screening among Women in Karnataka, India. *J Cancer Educ*. 2014.

245. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard AC, Leocmach Y, et al. Disparities of Perceptions and Practices Related to Cervical Cancer Prevention and the Acceptability of HPV Vaccination According to Educational Level in a French Cross-Sectional Survey of 18-65 Years Old Women. *PLoS One*. 2014;9(10):e109320.

246. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, Barone G, Jacquard AC, Regnier V, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14 - 18 year old daughters: a quantitative-qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:1034.

247. Coles VA, Patel AS, Allen FL, Keeping ST, Carroll SM. The association of human papillomavirus vaccination with sexual behaviours and human papillomavirus knowledge: a systematic review. *Int J STD AIDS*. 2014.[Epub ahead of print] Disponible en: <http://std.sagepub.com/content/early/2014/10/08/0956462414554629.long>
248. Hendry M, Lewis R, Clements A, Damery S, Wilkinson C. "HPV? Never heard of it!": a systematic review of girls' and parents' information needs, views and preferences about human papillomavirus vaccination. *Vaccine*. 2013;31(45):5152-67.
249. Fishman J, Taylor L, Kooker P, Frank I. Parent and Adolescent Knowledge of HPV and Subsequent Vaccination. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1049-56.
250. Anderson TA, Schick V, Herbenick D, Dodge B, Fortenberry JD. A study of human papillomavirus on vaginally inserted sex toys, before and after cleaning, among women who have sex with women and men. *Sex Transm Infect*. 2014;90(7):529-31.
251. Repiso-Jimenez JB, Fernandez-Morano T, Rivas-Ruiz F, de Troya-Martin M. Análisi de pacientes con infección genital por *Chlamydia trachomatis* en la consulta de enfermedades de transmisión sexual. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(8):774-9.
252. Lee YM, Dancy B, Florez E, Holm K. Factors related to sexual practices and successful sexually transmitted infection/HIV intervention programs for Latino adolescents. *Public Health Nurs*. 2013;30(5):390-401.
253. Cook RL, Thompson EL, Kelso NE, Friary J, Hosford J, Barkley P, et al. Sexual behaviors and other risk factors for oral human papillomavirus infections in young women. *Sex Transm Dis*. 2014;41(8):486-92.
254. Samkange-Zeeb F, Mikolajczyk RT, Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases among secondary school students in two German cities. *J Community Health*. 2013;38(2):293-300.
255. Sales JM, Brown JL, Diclemente RJ, Davis TL, Kottke MJ, Rose ES. Age differences in STDs, sexual behaviors, and correlates of risky sex among sexually experienced adolescent African-American females. *J Pediatr Psychol*. 2012;37(1):33-42.

7 Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Salud Reproductiva

PRETEST

POSTEST

Edición Curso Extraordinario: _____

Sexo	Hombre <input type="checkbox"/>	Mujer <input type="checkbox"/>
-------------	---------------------------------	--------------------------------

Edad	_____ años
-------------	------------

Titulación de grado a la que pertenece		
Rama de conocimiento	OPCIÓN A: Artes y Humanidades	
	OPCIÓN B: Ciencias	
	OPCIÓN C: Ciencias de la Salud	
	OPCIÓN D: Ciencias Sociales y Jurídicas	
	OPCIÓN E: Ingeniería y Arquitectura	
Especificar titulación:		

A.- HÁBITOS SEXUALES

A.1.- En relación a las relaciones sexuales...		SÍ	NO
1	¿Tienes o has tenido relaciones sexuales con penetración?		

A.2.- Respecto a la primera vez que tuviste relaciones sexuales con penetración...		SÍ	NO
2	¿Utilizaste algún método anticonceptivo la primera vez?		
3	La primera vez usé la marcha atrás		
4	La primera vez usé condón		
5	La primera vez usé píldora		
6	La primera vez fue por amor		
7	La primera vez fue por placer		
8	La primera vez fue porque estaba bebido		
9	La primera vez fue por probar		
10	¿A qué edad fue la primera?	Menor 16	Mayor 16

A. 3.- Cuando mantienes relaciones sexuales dirías que lo haces por...		0%	25%	50%	75%	100%
11	Mantener a mi pareja					
12	Por amor					
13	Por placer					
14	Porque considero que es lo normal					

A.4.- Tipo de relaciones sexuales actuales		SÍ	NO
15	Coito vaginal		

16	Coito anal		
17	Felatio		
18	Cunilingus		

A. 5.- En las relaciones sexuales coitales...		0%	25%	50%	75%	100%
19	Utilizo un método anticonceptivo el ...¿%?... de las veces					

A.6.- El método anticonceptivo que uso es...		SÍ	NO
20	Preservativo femenino		
21	Preservativo masculino		
22	Marcha atrás		
23	Píldora		
24	Aro		
25	Parche		
26	DIU		
27	Preservativo + píldora		
28	Ninguno		
29	He abortado		
30	La píldora postcoital		

B.- CONOCIMIENTOS SOBRE ANTICONCEPCIÓN

B.1.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?		SÍ	NO	NS/NC
31	Píldora			
32	Óvulos vaginales y cremas espermicidas			
33	Preservativos/ condón			
34	Marcha atrás			
35	DIU			
36	Diafragma			
37	Método ogino			
38	Anillo			
39	Los parches			
40	Implantes			
41	La píldora postcoital			
42	La esponja anticonceptiva			

B.2.- ¿La definición siguiente es correcta?		V	F	NS/NC
43	Píldora: hormonas anticonceptivas			
44	Óvulos vaginales y cremas espermicidas: sust. química que anula el espermatozoide			
45	Preservativo/condón: funda elástica para el pene			
46	Preservativo: funda elástica para la vagina			
47	Marcha atrás: no eyacular en vagina			
48	DIU: artefacto de plástico que se pone en el cuello del útero			

49	Diafragma: artefacto de metal u hormonas que va en el útero			
50	Método ogino: método de fechas fértiles			
51	Anillo: funda de plástico con hormonas que va en la vagina			
52	Parches: hormonas que se llevan por dentro de la piel			
53	Implantes: barras con hormonas que se introducen en la piel			
54	Píldora postcoital es un abortígeno			
55	RU-486 es la píldora postcoital			
56	Píldora postcoital sólo es efectiva en las primeras 12 horas			

C.- CONOCIMIENTOS ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

C.1.- ¿Cuáles de estas enfermedades se pueden transmitir sexualmente?		SÍ	NO	NS/NC
57	Sífilis			
58	Hongos			
59	Gonorrea			
60	Herpes			
61	SIDA			
62	Hepatitis B y C			
63	Clamydias			
64	Verrugas genitales			
65	Cándidas			

C.2.- Acerca del Papilomavirus (HPV)...		V	F	NS/NC
66	Su transmisión es sexual			
67	Se transmite por compartir ropa u objetos			
68	La transmisión es por vía bucal			
69	La transmisión es por vía vaginal			
70	La transmisión es por vía anal			
71	El virus afecta tanto a hombres como mujeres			
72	Es una infección que afecta sólo a las mujeres			
73	Los hombres pueden tener también lesiones			
74	La vacunación protege frente a la infección futura por HPV			
75	El HPV puede producir cáncer de cérvix			

C.3.- ¿Cuáles de estas prácticas sexuales pueden dar lugar las ITS?		SÍ	NO	NS/NC
76	Heteromasturbación recíproca con la mano			
77	Besos húmedos y/o intercambio de saliva			
78	Penetración del pene en el ano sin preservativo			
79	Penetración del pene en la vagina sin preservativo			
80	Compartir las duchas			
81	Chupar el pene (felatio)			
82	Compartir un vaso, un plato, cuchara, tenedor, etc.			
83	Chupar la vagina (cunilingus)			

C.4.- ¿Cuáles de estos métodos evitan las ITS?		SÍ	NO	NS/NC
84	Píldora			
85	Óvulos vaginales			
86	Preservativos/ condón			
87	Marcha atrás			
88	DIU			
89	Diafragma			
90	Método ogino			
91	Anillo			
92	Los parches			
93	Implantes			
94	La píldora postcoital			
95	El preservativo femenino			

D.- INFORMACIÓN RECIBIDA

D.1.- Recibiste conocimientos en el entorno familiar sobre...		SÍ	NO
96	Sexualidad		
	Anticoncepción		
	¿Crees que fueron o han sido suficientes?		

D.2.- Recibiste conocimientos en el colegio/escuela sobre...		SÍ	NO
97	Sexualidad		
	Anticoncepción		
	¿Crees que fueron o han sido suficientes?		

D.3.- Tipo de Centro donde cursó Enseñanzas anteriores			
98	Colegio público		Colegio privado

8 Glosario

Glosario 1. INJUVE

El Instituto de la Juventud es un organismo público, adscrito al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, cuya actividad principal se dirige a promover actuaciones en beneficio de los y las jóvenes. Los objetivos del INJUVE son:

- Promover la igualdad de oportunidades entre los y las jóvenes
- Propiciar la participación libre y eficaz de la juventud en el desarrollo político, económico, social y cultural de España.
- Impulsar la colaboración con los restantes departamentos ministeriales y las demás administraciones públicas, cuyas actividades inciden sobre sector de la población.

En el desarrollo de estos objetivos tiene una especial relevancia la colaboración con los distintos Ministerios, con los organismos de juventud de las comunidades autónomas y con los ayuntamientos, a través de la FEMP, para lo cual existen mecanismos específicos de trabajo. Al mismo nivel de importancia se sitúa la colaboración con el movimiento asociativo juvenil, en este caso, a través del Consejo de la Juventud de España. El Consejo Rector del organismo asegura la participación de las asociaciones juveniles en las políticas gubernamentales en materia de juventud.

Enlace en

<http://www.injuve.es/>

Glosario 2. Health Behaviour in School-Aged Children(HBSC)

El *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) o Estudio sobre las conductas saludables de jóvenes escolarizados es un proyecto auspiciado por la OMS en el que participan más de 40 países occidentales.

En este proyecto, cada cuatro años se realiza una recogida de datos a través de un cuestionario con el objetivo principal de obtener una visión global de los estilos de vida en la adolescencia y disponer de orientaciones sobre como promocionar la salud en esta población. En este estudio, siguiendo las directrices de la OMS, se entiende por salud el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. Por este motivo el cuestionario recoge datos relativos a diferentes ámbitos: relaciones familiares, relaciones con los iguales, el contexto escolar, ajuste psicológico, alimentación y dieta, consumo de sustancias y actividad sedentarias.

Glosario 3. Equipo Daphne

Enlace

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/saludJovenes/adolesSalud.htm>

Glosario 4. Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria

El Instituto Carlos III (ISCIII) coordina sus actividades de servicio con la AGE, las CCAA y los organismos internacionales competentes, por medio de la red de vigilancia epidemiológica, la red de laboratorios de referencia, la red de laboratorios de alerta biológica. Asimismo oferta servicios de identificación y caracterización de agentes

infecciosos, de determinación de contaminantes ambientales y la disponibilidad de un bio-banco para muestras de enfermedades raras.

Glosario 5. Fundación para la Innovación y la prospectiva en Salud en España. FIPSE

Es una Entidad privada de investigación sanitaria y de tipo social, que se constituye sin ánimo de lucro, con fines de interés general y cuyo objetivo es la búsqueda de soluciones innovadoras a los problemas y necesidades reales de los sistemas de salud, con incidencia directa en las personas y en la sociedad en su conjunto. FIPSE supone la continuación de los trabajos realizados por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España, constituida en diciembre de 1998 a iniciativa del entonces Ministerio de Sanidad y Consumo y con la participación de las principales compañías que investigan y comercializan antirretrovirales, ampliando su alcance al ámbito general de la innovación en Salud.

Objetivos

El fin principal de la Fundación es poner en marcha iniciativas de innovación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud (SNS). Son fines generales de la Fundación:

- 1) Establecer cauces de colaboración entre las empresas del sector de las ciencias y tecnologías de la salud, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y las actividades de I+D+i llevadas a cabo en el ámbito del SNS.
- 2) Impulsar proyectos de carácter traslacional y fomentar la transferencia tecnológica y del conocimiento para poner en valor la I+D en el ámbito de la salud y cubrir el vacío de instrumentos de innovación existentes para acercar

los resultados de los proyectos de investigación prometedores a la sociedad en su conjunto, con objeto de mejorar la salud de los ciudadanos.

- 3) Potenciar la innovación como resultado de la investigación española sobre la infección por VIH/sida.
- 4) Cuantas otras actividades de innovación en Salud puedan contribuir a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

Enlace en <http://www.fipse.es/>

Glosario 6. Grupo de trabajo respecto vacunación HPV. Sociedades científicas españolas participantes en documento consenso vacunación HPV

Asociación Española de Coloproctología (AECOP): Dr. Javier Cerdán.

Asociación de Microbiología y Salud (AMYS): Dr. Ramón Cisterna.

Asociación Española de Pediatría (AEP), Comité Asesor de Vacunas: Dr. David Moreno-Pérez.

Asociación Española de Urología (AEU): Dres. Manuel Esteban y Jesús Salinas.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO): Dr. Javier Cortés.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN): Dra. Esther Redondo.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG): Dra. Isabel Jimeno Sanz.

Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM): Dr. Antonio González Martín.

Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvicofacial (SEORL): Dr. Miquel Quer.