



Análisis de variables relacionadas con el comportamiento sexual juvenil en la Ciudad Autónoma de Melilla

~ Tesis Doctoral ~

Esperanza Romero Estudillo

Universidad de Granada

Facultad de Ciencias de la Salud

Granada, 2014

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Esperanza Romero Estudillo
ISBN: 978-84-9125-023-4
URI: <http://hdl.handle.net/10481/39787>



Facultad de Ciencias de la Salud · Facultad de Enfermería (Melilla)

Universidad de Granada

2014



UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Ciencias de la Salud · Facultad de Enfermería (Melilla)

DRA. INMACULADA GARCÍA GARCÍA

Departamento de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Granada

DR. EMILIO GONZÁLEZ JIMÉNEZ

Departamento de Enfermería
Facultad de Enfermería (Melilla)
Universidad de Granada

CERTIFICAN:

Que los trabajos de investigación que se exponen en la memoria de Tesis Doctoral: "ANÁLISIS DE VARIABLES RELACIONADAS CON EL COMPORTAMIENTO SEXUAL JUVENIL EN LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA", han sido realizados bajo nuestra dirección por la licenciada D^a. Esperanza Romero Estudillo, en el Departamento de Enfermería de la Universidad de Granada, encontrándola conforme para ser presentada y aspirar al Grado de Doctor por el tribunal que en su día se designe.

DRA. INMACULADA GARCÍA GARCÍA

DR. EMILIO GONZÁLEZ JIMÉNEZ

LA DOCTORANDA:

ESPERANZA ROMERO ESTUDILLO

Parte de los resultados recogidos en la presente Tesis Doctoral han dado lugar a la siguiente aportación científica:

Artículo publicado:

Romero-Estudillo, E., González-Jiménez, E., Mesa-Franco, M.C. y García-García, I. (2014). Gender-based differences in the high-risk sexual behaviours of young people aged 15-29 in Melilla (Spain): a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 745. doi: 10.1186/1471-2458-14-745.

A mis padres

AGRADECIMIENTOS

Ha llegado el momento de poner fin a este trabajo, y sin lugar a dudas, de agradecer a todas las personas la ayuda y el apoyo que me han prestado durante todos estos años:

A mis directores de tesis, Dra. Inmaculada García García y Dr. Emilio González Jiménez, por aceptar tutelarme, pero sobre todo por estar siempre y en cada momento que os he necesitado. Sin vosotros no hubiera sido posible.

A la Dra. Inmaculada García por los mejores consejos, por la gran ayuda y por las valiosas aportaciones metodológicas, requisitos indispensables para el desarrollo de esta investigación. Gracias por tu inestimable dedicación.

Al Dr. Emilio González por su constancia y seguimiento. Su actitud rigurosa y su ánimo han sido un estímulo constante que me ha mantenido motivada durante todo este periodo. Gracias por tu disponibilidad y por enseñarme todo lo que sabes.

A la Dra. Carmen Mesa Franco por el apoyo recibido desde tantos años atrás, por buscar a los mejores directores y por formar parte de este magnífico equipo. Sé que la amistad que nos une ha sido la clave para ello, e imagino el esfuerzo que te ha supuesto ya que no estabas en tus mejores momentos... Gracias amiga por tu ayuda.

A las Instituciones locales por abrirme sus puertas y poner a mi disposición los recursos necesarios para la recogida de información.

Especialmente a los/as adolescentes y jóvenes que han aportado los datos necesarios para la realización de este trabajo. Gracias por vuestro tiempo, confianza y sentimientos.

A las compañeras del Centro de Salud, que de una u otra manera, me habéis ayudado. Gracias por vuestro apoyo.

A mi comadre Paqui Sánchez por tantas manifestaciones de cariño y por sentirla tan cerca aún en la distancia. A mi comadre Milagros Ortega por estar disponible siempre, gracias por esa ayuda indispensable en el día a día. A mi amiga Inma Remartínez por seguir y apoyar mis proyectos aunque estemos lejos. A mis amigos Carmen Guerrero y Francisco Navarro porque aunque nos hayamos visto muy poco en estos años sé que estáis ahí. A mi amiga África Trujillo por su apoyo incondicional. A mi amiga Teresa Serrano por sus palabras de aliento.

Y como no podía ser de otra manera, un especial reconocimiento a mi familia. A Diego por ayudarme a que este sueño se haga realidad. A mis hijos, Curro, Rocío, Macarena, María y Bárbara; a mis yernos David y José, y a mi nuera Deborah. A Marcelo, como otro hijo. A mis nietas Alejandra y Sofía, a mi nieto Joselito que acaba de nacer, y a los otros/as dos que vienen de camino. A todos muchas gracias por ese derroche de cariño y por comprender que mamá o la abuela está en "modo tesis".

SIGLAS UTILIZADAS

- **AAP:** American Academy of Pediatrics
- **ACAI:** Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE
- **AE:** Anticoncepción de Emergencia
- **AMM:** Asociación Médica Mundial
- **AP:** Atención Primaria
- **AROPE:** At Risk Of Poverty and/or Exclusion
- **CA:** Coito Anal
- **CCAA:** Comunidades Autónomas
- **CDC:** Centers for Disease Control
- **CE:** Constitución Española
- **CETI:** Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes
- **CIDH:** Comisión Interamericana de Derechos Humanos
- **CIJ:** Comisión Internacional de Juristas
- **CO:** Coito Oral
- **CS:** Cartera de Servicios
- **CSIC:** Consejo Superior de Investigaciones Científicas
- **DST:** Debut Sexual Temprano
- **DSAP:** Distrito Sanitario de Atención Primaria
- **EASP:** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **EDO:** Enfermedades de Declaración Obligatoria
- **EE.UU.:** Estados Unidos
- **EMIS:** Encuesta On-line Europea para Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres
- **END:** Embarazo No Deseado
- **ENSR:** Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
- **ENI:** Encuesta Nacional de Inmigrantes

- **EPA:** Encuesta de Población Activa
- **EpS:** Educación para la Salud
- **EROS:** Escala Revisada de Opinión Sexual
- **ERPE:** personas En Riesgo de Pobreza y/o Exclusión
- **ESC:** European Society of Contraception and Reproductive Health
- **ESO:** Educación Secundaria Obligatoria
- **ETS:** Enfermedades de Transmisión Sexual
- **FIGO:** Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
- **FJ:** Forma Joven
- **FP:** Formación Profesional
- **FPFE:** Federación de Planificación Familiar de España
- **GeSIDA:** Grupo de Estudio de SIDA
- **HSH:** Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres
- **HTS:** Relaciones Heterosexuales
- **ICEC:** Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia
- **IES:** Institutos de Enseñanza Secundaria
- **INE:** Instituto Nacional de Estadística
- **INGESA:** Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
- **INJUVE:** Instituto de la Juventud
- **INSALUD:** Instituto Nacional de Salud
- **ITS:** Infección de Transmisión Sexual
- **IVE:** Interrupción Voluntaria del Embarazo
- **LGBT:** Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transgénero
- **LOCE:** Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza
- **LOE:** Ley Orgánica de Educación
- **LOGSE:** Ley Orgánica General del Sistema Educativo

- **LOMCE:** Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa
- **MEC:** Ministerio de Educación y Ciencias
- **MENAs:** Menores Extranjeros No Acompañados
- **MSM:** Mujeres que tienen Relaciones Sexuales con Mujeres
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
- **OIT:** Organización Internacional de Trabajo
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud
- **OSM:** Orientaciones Sexuales Minoritarias
- **PAE:** Proceso de Atención de Enfermería
- **PANP:** Penetración Anal No Protegida
- **PCPI:** Programas de Cualificación Profesional Inicial
- **PIDESC:** Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- **PNS:** Plan Nacional sobre el SIDA
- **SAS:** Servicio Andaluz de Salud
- **SEC:** Sociedad Española de Contracepción
- **SEGO:** Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- **SESPAS:** Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

- **SIVE:** Sistema Integrado de Vigilancia Exterior
- **SNS:** Sistema Nacional de Salud
- **SOS:** Sexual Opinion Survey
- **SSPA:** Sistema Sanitario Público de Andalucía
- **STC:** Sentencia del Tribunal Constitucional
- **TAR:** Tratamiento Antirretroviral TBC: Tuberculosis
- **UDI:** Usuario de Drogas Inyectadas
- **UE:** Unión Europea
- **UN:** United Nations
- **UNED:** Universidad Nacional de Educación a Distancia
- **UNESCO:** United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
- **UNFPA:** Fondo de Población de las Naciones Unidas
- **UNICEF:** Fondo de las Naciones Unidas para la infancia
- **USPSTF:** United States Preventive Services Task Force
- **VG:** Violencia de Género
- **VHA:** Virus de la Hepatitis A
- **VHB:** Virus de la Hepatitis B
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- **VPH:** Virus del Papiloma Humano
- **WAS:** Asociación Mundial de Sexología
- **WHO:** World Health Organization

ÍNDICE

10	::	SIGLAS
14	::	ÍNDICE
17	::	INTRODUCCIÓN
25	::	I. MARCO TEÓRICO
[26]		CAPÍTULO 1.1 Adolescencia y juventud
[31]		CAPÍTULO 1.2 Salud y estilo de vida
[35]		CAPÍTULO 1.3 Salud sexual y sexualidad
[37]		1.3.1 Edad de inicio de las relaciones sexuales
[40]		1.3.2 Uso consistente del preservativo
[44]		1.3.3 Conocimientos sobre la sexualidad
[49]		1.3.4 Actitudes hacia la sexualidad
[52]		1.3.5 Embarazo no deseado
[56]		1.3.6 Anticoncepción de emergencia
[59]		1.3.7 Interrupción voluntaria del embarazo
[64]		1.3.8 Infecciones de transmisión sexual
[68]		1.3.8.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
[74]		CAPÍTULO 1.4 El género como factor de influencia en la conducta sexual
[82]		CAPÍTULO 1.5 La orientación sexual como factor de influencia en el comportamiento sexual
[89]		CAPÍTULO 1.6 La educación para la salud afectivo-sexual
[99]		CAPÍTULO 1.7 Contextualización del estudio: Melilla ciudad de fronteras
[100]		1.7.1 La inmigración
[102]		1.7.2 La educación
[106]		1.7.3 El desempleo
[109]		1.7.4 La tasa de natalidad
[111]		1.7.5 La estructura sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva
115	::	II. JUSTIFICACIÓN
119	::	III. OBJETIVOS
[121]		3.1 Objetivo general
[121]		3.2 Objetivos específicos

123 :: IV. METODOLOGÍA**[124] 4.1 Diseño del estudio****[124] 4.2 Población y muestra objeto de estudio****[125] 4.3 Criterios de inclusión de la muestra****[125] 4.4 Variables del estudio**

[125] 4.1.1 Variables sociodemográficas

[125] 4.1.2 Variables psicológicas y de comportamiento sexual

[125] a) ESTADOS BIOLÓGICOS PREVIOS DETERMINANTES

[125] b) SITUACIONES SOCIALES DETERMINANTES

[126] c) SITUACIONES MOTIVACIONALES DETERMINANTES

[126] d) CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE VIH/SIDA

[126] e) ACTITUDES POSITIVAS O NEGATIVAS HACIA LA SEXUALIDAD

[126] 4.5 Consideraciones ético-legales del estudio**[126] 4.6 Fases del estudio**

[127] 4.6.1 Primera fase

[127] 4.6.1.1 SOLICITUD DE PERMISOS A LAS INSTITUCIONES

[127] 4.6.1.2 REUNIONES CON LAS DIRECCIONES DE CENTROS EDUCATIVOS

[127] 4.6.2 Segunda fase

[127] 4.6.2.1 REUNIONES INFORMATIVAS CON PADRES-TUTORES

[128] 4.6.2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO A MENORES

[128] 4.6.3 Tercera fase

[128] 4.6.3.1 RECOGIDA DE DATOS

[139] 4.7 Análisis estadístico**141 :: V. RESULTADOS****193 :: VI. DISCUSIÓN****215 :: VII. CONCLUSIONES****223 :: VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS****293 :: IX. ANEXOS**

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas más decisivas del ciclo vital y en la que tiene lugar la consolidación de algunos comportamientos relacionados con los estilos de vida (Hernando, Oliva y Pertegal, 2013). Para Balanza (2003), la adolescencia supone el desencuentro definitivo con la niñez y el indefinido encuentro con la etapa adulta. Las transformaciones físicas, psicológicas y sociales que se producen pueden ocasionar un gran desconcierto y aislamiento (Mitjans, 2005). No sólo cambian los cuerpos, también las mentes, incluso los/as adolescentes pueden sufrir una intensa extrañeza de ellos mismos (Sosman, 2010). Lameiras-Fernández y Faílde (1998) señalan que en esta etapa se delimitan, instauran y refuerzan de manera definitiva los patrones de conducta hasta la incorporación del adolescente al grupo de adultos.

En ocasiones, determinados comportamientos pueden resultar inapropiados en los/as adolescentes, y tanto la salud mental como la física se pueden afectar para el resto de sus vidas (Casas y González, 2005). Tal es el caso de la salud sexual y reproductiva, cuando los estilos de vida se asocian con serios problemas sociales en la esfera de la sexualidad (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández, Faílde, Bimbela y Alfaro, 2008; Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro y Dafonte, 2002; Lema, Salazar, Varela y Tamayo, 2009; Mesa, Barella y Cobeña, 2004; Velásquez y Bedoya, 2010).

Si bien, algunas conductas propias de la adolescencia pueden resultar difíciles de tratar por la impulsividad, la inmediatez y la baja percepción del riesgo (García-Vega, Menéndez, Fernández y Cuesta, 2012), éstas se complican cuando carecen de información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los métodos anticonceptivos (Lameiras-Fernández y Faílde, 1998; Lameiras-Fernández, Rodríguez-Castro, Calado y González, 2004; Piña, Lozano, Vázquez y Carrillo, 2010a; Rodríguez y Díaz-González, 2011). Igualmente, cuando presentan actitudes negativas hacia la sexualidad y hacia la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Carpintero y Fuertes, 1994; Fisher, Byrne, White y Kelley, 1988; Lameiras-Fernández,

1998), o consumen drogas (López-Amorós, Schiaffino, Moncada y Pérez, 2010; Teva-Álvarez, Bermúdez y Buela-Casal, 2009a).

En este sentido, diversos estudios describen que el inicio temprano de las relaciones sexuales (Bermúdez, Castro, Madrid y Buela-Casal, 2010a; Velásquez y Be-doya, 2010), la baja percepción del riesgo ante la falta sistemática del preservativo (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2008), las relaciones sexuales con múltiples parejas (Bermúdez et al., 2010a), el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas (López-Amorós et al., 2010; Teva-Álvarez et al., 2009a), y la deficiente e inadecuada información sobre la transmisión y prevención de las ITS, son factores de riesgo en este grupo de población (Gamarra-Tenorio y Iannacone, 2010; Lameiras-Fernández y Faílde, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2004; Piña et al., 2010a; Rodríguez y Díaz-González, 2011).

De Irala, Osorio, Carlos, Ruiz-Canela y López-del Burgo (2011), señalan que la edad de inicio de las relaciones sexuales es una variable particularmente importante para el diseño de políticas de salud pública. Además, la prematuridad para el debut sexual que se observa en los países occidentales, ante la mayor liberación de las prácticas sexuales, (García-Vega et al., 2012) se asocia a otras conductas de riesgo (Bermúdez et al., 2010a; Rodríguez y Díaz-González, 2011). Calatrava, López-del Burgo y De Irala (2012), revelan el debut sexual temprano (DST) de los/as adolescentes europeos, con una aproximación de la edad entre varones y mujeres para la primera relación coital.

Según la Sociedad Española de Contracepción (SEC, 2011), aproximadamente un 39.0% de las personas jóvenes españolas reconocen tener relaciones sexuales sin protección pese a conocer los riesgos a los que se exponen. Aunque refieren más preocupación por evitar un embarazo no deseado (END) (87.5%), que por sufrir una ITS (43.0%), o contraer la infección por el VIH (24.0%), es notable el uso inconsistente del preservativo, o la falta del mismo. García-Carpintero, Gonçalves y Dutra (2014), informan sobre diferencias significativas en relación al uso de los métodos de barrera según el género. Los varones, cuando el debut sexual es con una pareja ocasional,

ante la creencia generalizada de que el preservativo es un método masculino, lo utilizan más que las mujeres.

En la Ciudad Autónoma de Melilla, los datos que se extraen del estudio (Romero-Estudillo, 2010) con 332 participantes entre los 15 y 29 años, el 77.7% tienen relaciones sexuales con penetración a la media de edad de los 16,7 años, y el 77.5% afirman usar el preservativo en el debut sexual. En la vida sexual activa el 69.8% de los/as iniciados/as tienen prácticas sexuales con parejas ocasionales, y siempre usan de manera consistente el preservativo en estos encuentros casuales el 56.8% de los/as participantes iniciados sexualmente.

Otra problemática para la salud sexual, en este caso de las mujeres, es el empleo de la anticoncepción hormonal. La SEC (2014a) informa que el mayor porcentaje de usuarias españolas de este método se concentra entre los 20 y los 30 años, y un 27.3% no utilizan ningún plan anticonceptivo porque no lo desean o por encontrarse en el grupo de embarazadas. Existen estudios al respecto, que indican del mal uso del método anticonceptivo elegido o el incumplimiento del mismo como la causa del END en la adolescencia (Bermúdez et al., 2010a; SEC, 2014a; Velásquez y Bedoya, 2010).

Esta situación, entre otras, marca también una diferencia en relación a la variable género, y sitúa a las mujeres en una posición de mayor vulnerabilidad ante la posibilidad de realizar una interrupción voluntaria del embarazo (IVE) o un parto en una edad prematura (Blanco et al., 2010; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011a). Además, los nacimientos de madres adolescentes provocan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal, por diversas complicaciones (Blázquez-Morales, Sobeida, Torres-Fermán, Pavón-León, Gogea-coechea-Trejo y Blázquez-Domínguez, 2011).

Los resultados que ofrece el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2011), muestran diferencias significativas en relación a las tasas de END según el lugar de residencia de la adolescente. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2014a) informa de un total de 109 casos de IVE en la Ciudad Autónoma

de Melilla durante el año 2012, de los cuales el 10.0% corresponden a la franja de edad entre los 15 y 19 años, el 33.0% de los casos ocurren entre los 20 y 24 años, el 28.4% entre los 25 y 29 años, y el resto de los casos de IVE transcurren entre los 30 y 44 años. En su mayoría están solteras y el 30.2% de las chicas tienen al menos una experiencia anterior de IVE.

Por otra parte, desde el punto de vista epidemiológico adquieren cada vez más relevancia las denominadas ITS, patologías de etiología infecciosa diversa (Díez y Díaz, 2011), donde el reservorio siempre es el hombre y la transmisión se realiza a partir de las personas infectadas por contacto directo durante la relación sexual (Rodríguez, Melwani, Sanz y Pérez-Arellano, 2010a). Para Vallès, Carnicer-Pont y Casabona (2011), la epidemiología de las ITS está cambiando y en los últimos años se observa una reemergencia de la sífilis y de las infecciones por el VIH. Los datos existentes en los países de la Unión Europea (UE) exponen en la mayoría de ellos un descenso progresivo hasta principios de la década de los noventa (Savall, 2005). Sin embargo, los cambios sociales que se suceden y las consecuencias derivadas de los comportamientos sexuales tras la aparición del VIH en 1981, son factores determinantes para la progresión de las mismas (Terraza-Estrada, 2011). Como en otros países europeos, en España la sífilis resurge y afecta mayoritariamente a los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), generalmente de otros países (Díaz y Díez, 2012) y coinfectados del VIH (Grupo de Trabajo sobre ITS, 2014; Puerta et al., 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) señala una falta de competencia para el ejercicio de una sexualidad responsable y no protegida como la causa de vulnerabilidad en las personas jóvenes frente a la exposición del VIH (Teva-Álvarez et al., 2009a; Velásquez y Bedoya, 2010). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2011a) coincide al señalar que el colectivo juvenil está en el centro de la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Más de dos millones de adolescentes en edades comprendidas entre los 10 y 19 años están infectados/as por el VIH (OMS, 2013a), y las tasas de mortalidad en la

adolescencia no disminuye en la misma medida que en otros grupos de población. Aunque el número total de defunciones relacionadas con el VIH se reduce en un 30.0% entre los años 2005 y 2012, las muertes ocasionadas por el virus entre los/as adolescentes aumentan en un 50.0% durante el mismo periodo (OMS, 2013a).

Desde el inicio de la epidemia en España se notifican un total de 83.171 casos de SIDA (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013). Con respecto al 2011, en el año 2012 los casos descienden un 5.0%, principalmente por el descenso continuado en la transmisión de usuarios de drogas inyectadas (UDI) (16.0%). La proporción de casos de SIDA en personas cuyo país de origen no es España aumenta progresivamente desde el año 1998 hasta alcanzar el 31.0% en 2012. En los últimos cinco años, la tuberculosis (TBC) de cualquier localización sigue siendo la enfermedad indicativa de SIDA más frecuente, y afecta al 26.0% de los casos de SIDA (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013).

Según datos publicados en el primer semestre de 2012 por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2013a), en la Ciudad Autónoma de Melilla existen 90 casos de SIDA diagnosticados desde el comienzo de la epidemia en 1981. Se corresponden a la transmisión de UDI el 62.2%, a las relaciones heterosexuales (HTS) el 17.7%, y al contacto de HSH el 10.2%. El 2.2% de las personas afectadas por el SIDA corresponden a cada de una de las demás categorías de transmisión (transfusiones sanguíneas y transmisión vertical madre-hijo). La mayoría de los casos de SIDA afectan a los varones (INE, 2013a).

En la actualidad las enfermedades causantes de más muertes prematuras están relacionadas con los estilos de vida en la adolescencia (OMS, 2011; Vázquez y Ponce, 2009), susceptibles de ser tratadas desde los programas de Educación para la Salud, (EpS), especialmente, desde los patrones diferenciales de género y cultura (García-Vega, Menéndez, Fernández y Rico, 2010). Por ello, esta investigación es una aproximación al mundo de los/as adolescentes y jóvenes de la Ciudad Autónoma de Melilla para conocer sus hábitos y sus problemas -si los hubiere-, en la esfera de la

sexualidad. Analizar la realidad de sus necesidades afectivo-sexuales puede facilitar la intervención de Enfermería dirigida a la promoción de la salud sexual, con el fin de evitar los END, la IVE y prevenir las ITS, sobre todo la infección del VIH. Diversos estudios avalan la eficacia de Enfermería en las intervenciones sobre el estilo de vida, al reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad crónica o al ayudar en el manejo terapéutico cuando ya existe (García-García, Cañadas-De la Fuente, González-Jiménez, Fernández y García-García, 2011; González-Jiménez, 2012; Mora, 2012).

Para Piña, Robles y Rivera (2007), el diseño e implementación de los programas dirigidos a modificar comportamientos sexuales requiere, no sólo, tener en cuenta el contexto sociocultural, sino también, el análisis de otras variables facilitadoras como los estados biológicos previos a la relación sexual y las situaciones sociales en las que se realizan esas conductas de riesgo. Es necesario describir y explicar los comportamientos de riesgo sexual relacionados con la personalidad, la motivación y el contexto social en el que ocurre la relación (Piña et al., 2007).

Bermúdez, de los Santos-Roig y Buéla-Casal (2006), plantean evaluar la falta de conocimientos y las ideas erróneas sobre el VIH, junto con otros factores como la autoeficacia, la susceptibilidad y las actitudes negativas hacia las consecuencias del VIH-SIDA porque se asocian a la adquisición y transmisión del virus. Fisher et al. (1988), hallan evidencia empírica para defender que aquéllas personas con actitudes más positivas hacia la sexualidad (erotofílicas), se diferencian de aquéllas con actitudes más negativas (erotofóbicas), en que las primeras están más informadas y emiten conductas más seguras en la esfera de la sexualidad porque tienen más habilidades para las prácticas que no implican riesgos.

Ante la situación descrita, pensamos que es necesario analizar en las personas jóvenes de la Ciudad Autónoma de Melilla, las conductas sexuales, los conocimientos, la percepción del riesgo, la autoeficacia y, las actitudes relacionadas con la sexualidad y el virus del SIDA (Robles, Piña y Frías, 2006a). Conocer los comportamientos sexuales de los diferentes grupos culturales y tener en cuenta otras variables como

las motivaciones, creencias y valores que tienen sobre la sexualidad, el género y sus implicaciones en la salud, van a facilitar una intervención preventiva de Enfermería adaptada al entorno cultural (Espada, Quiles y Méndez, 2003). La profesión de Enfermería como ciencia y disciplina debe proyectarse hacia la adolescencia para predecir sus problemas y adelantarse a ellos mediante un abordaje de promoción de la salud y fomento de autocuidados (Martínez et al., 2013a).

I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.1

Adolescencia y juventud

Adolescencia y juventud son períodos muy particulares que merecen una esmerada atención desde un enfoque multidisciplinario e interdisciplinario (Ros, Morandi, Cozzetti, Lewintal, Cornellá y Surís, 2001). Son una construcción social, cultural y relacional con una marcada influencia histórica en sus denotaciones y delimitaciones (Dávila León, 2004). Concretamente, el colectivo de personas jóvenes es un producto cultural de las sociedades desarrolladas (Elías, Guridi, Dorta, Noda y Reyes, 2006), que encierra en sí mismo un conjunto de prácticas y hábitos particulares, con exigencias y responsabilidades diversas (Mitjans, 2005).

La definición y delimitación de la adolescencia es compleja y no existe un criterio unificado (Alpízar y Bernal, 2003; OMS, 1998; Sosa, 2005). Así, se establecen las diferencias a partir de unos límites cronológicos. La adolescencia incluye hasta los 19 años y la juventud hasta los 24 años. Sin embargo, la denominación de “grupo juvenil” o “jóvenes” se establece por la OMS (1999) para la población comprendida entre los 10 y los 24 años, donde están incluidos los adolescentes (10 a 19 años) y los jóvenes (20 a 24 años). Igualmente, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2003) utiliza la denominación de “personas jóvenes” que comprende ambas etapas.

Alpízar y Bernal (2003), revelan que estos términos se tratan como sinónimos en algunas teorías, mientras que en otras se traza una línea divisoria a partir de determinadas características que diferencian a las personas, bien por los cambios psicofísicos, o por los eventos significativos que acontecen como el inicio de la actividad sexual. Para Blanco, Jordán, Pachón, Sánchez y Medina (2011), las transformaciones y los cambios físicos del adolescente son los aspectos que más destacan e influyen en la reconstrucción constante de la propia personalidad.

Los chicos y chicas entran en una etapa de búsqueda de la propia identidad en el intento de dejar de ser niños o niñas para convertirse en adultos (Palacios, 1993; Weissmann, 2012). Diversos autores (Ros et al., 2001), señalan en la adolescencia un acelerado desarrollo físico que conduce a la madurez sexual, emocional y social, en la que los padres, maestros, amigos y medios de comunicación tienen un importante papel en la definición de valores y en los patrones de conducta (Caricote, 2009).

Sierra, Reyes y Córdoba (2010), en el estudio que realizan sobre la autodeterminación, identidad, autonomía e individualidad de los/as adolescentes, revelan la sensación de soledad que experimentan al mismo tiempo que se separan del núcleo familiar y se integran en el grupo de amigos. Con estos iguales adquiere especial relevancia lo relativo a la transmisión de la cultura adolescente, ya que ejerce influencia en el control individual y en la difusión de la responsabilidad a través de las formas de ocio, de las conductas adecuadas y de riesgo o trasgresión. La función social indeterminada del adolescente se expresa mediante dudas e inestabilidad emocional, lo que favorece la influencia de las personas de edad similar (Orgaz, Segovia, López de Castro y Tricio, 2005).

No obstante, aunque muchos adolescentes atraviesan esta etapa sin experimentar especiales dificultades, en otros, los problemas aparecen en tres áreas principales. Por un lado, se advierten conflictos con los padres (Laurson, Coy y Collins, 1998; Parra y Oliva, 2007), por otro, la inestabilidad emocional que presentan (Larson y Richards, 1994), y sobre todo por las conductas de riesgo que realizan (Arnett, 1999). Autores como Calatayud y Serra (2009), consideran que el impacto que se produce en el inicio de la adolescencia va a depender de los recursos personales de los que se disponga, de los recursos familiares, de los recursos sociales, del sistema sanitario y de los servicios religiosos. Todos los factores anteriores se sugieren como predictores de una adolescencia problemática (Calatayud y Serra, 2009).

Para algunos autores, las nuevas formas que tienen ciertos adolescentes de mirar y de ver el mundo son conductas de riesgo que se interpretan como peligro, re-

beldía, delincuencia y enfermedad. Esta imagen negativa que se debate sobre la naturaleza -más o menos conflictiva-, de la adolescencia desde principios del siglo pasado (Oliva 2007), sigue estando presente en la sociedad actual (Casco y Oliva, 2004). Pero la evidencia empírica acumulada a lo largo de las últimas décadas no apoya esta perspectiva y, presenta una realidad menos dramática de los/as adolescentes al valorarlos como una fuente de recursos y de cambios para conseguir mejoras sociales (Gonçalves de Freitas, 2004).

Por otra parte, al analizar las posibles causas de la conflictividad en la adolescencia, y teniendo en cuenta el importante papel que desempeñan los factores socio-culturales (Oliva, 2003), destacan los cambios hormonales que se producen. Si bien, algunos estudios cuestionan esta influencia al considerar mínimos los efectos directos de los andrógenos y los estrógenos sobre la conducta adolescente (Graber y Brooks-Gunn, 1996; Spear, 2007). Por el contrario, Oliva (2007) describe que son los cambios neurológicos los que más influyen en el surgimiento y mantenimiento de las conductas de asunción de riesgos durante la adolescencia. Investigaciones recientes demuestran a través de las técnicas de neuroimagen que el cerebro adolescente no funciona como el del adulto hasta, aproximadamente, mediados de la segunda década de la vida (Berg-Kelly, 2011).

Así, la maduración del cerebro durante la adolescencia tiene lugar en varios procesos paralelos. En primer lugar, hay un crecimiento desproporcionado del área del hipocampo (área que controla las emociones) entre los 10 y los 15 años. En este periodo, la intensidad de las emociones y las sensaciones aumentan considerablemente (Pliszka et al., 2006). Después, y a medida que el crecimiento del cerebro es más lento, en el área prefrontal se advierte un cambio alrededor de los 23 años que influye en la función ejecutiva, la planificación temporal y el control de las emociones (Steinberg, 2007).

Berg-Kelly (2011) señala la existencia de un vacío entre el momento en que las emociones son más altas y su control más deficiente, lo que ocurre por razones meramente evolutivas y donde la educación tiene escasa influencia. Paralelamente

a este proceso, tiene lugar un aumento de la mielinización de las neuronas y una “poda” de las sinapsis. Según esta autora, es alrededor de los 25 años cuando las principales “autopistas” del cerebro se construyen para asegurar una rápida transferencia de la información y provocar un rápido proceso cognitivo (Berg-Kelly, 2011).

Señalar, que en la sociedad occidental no está definida la finalización de la adolescencia, aunque existe consenso en relacionarla con la aceptación de las propias responsabilidades sociales, con unas interacciones con los demás de manera adecuada, y con la búsqueda de un rol profesional (Tesouro, Palomanes, Bonachera y Martínez, 2013).

En relación al término joven, según la Constitución Española (CE) (Cortes Generales, 1978) en su artículo 12, jurídicamente, una persona deja de serlo a los 18 años, que es cuando se le atribuye la plenitud de derechos en esa edad para ser adulto. Psicológicamente, una persona es adulta cuando llega a su madurez psicobiológica (Zacarés y Serra, 1996), lo que suele suceder entre los 20 y los 21 años, si se han seguido los procesos estándares de socialización (Rodríguez Molinero, 2005). Sociológicamente, se deja de ser joven cuando la persona se incorpora a la vida adulta y adopta una condición de individuo completamente emancipado y autónomo (Melo y Miret, 2010).

Por tanto, el concepto de juventud lo componen tres aspectos fundamentales, por una lado, dejar de convivir con los padres y fundar un hogar independiente, por otro, conseguir un trabajo estable que permita la independencia financiera y, eventualmente, formar un núcleo familiar con pareja e hijos (Garrido y Requena, 1996; Gil Calvo, 1985 y 2001; Gillis, 1981; Jones, 1995).

Sin embargo, actualmente ocurre un hecho novedoso y es que los hijos/as no se independizan de la familia hasta edades que superan los límites cronológicos dictados por la OMS (1998) para la adultez. Según Rodríguez Molinero (2005), los/as jóvenes españoles se emancipan tarde por razones de estudio, carestía de vivienda y, en algunos casos, por comodidad; así, las mujeres se independizan alrededor de los 28

años y los varones alrededor de los 30 años. Esta situación propicia la aparición de un nuevo término, los *adultescentes*, lo que conlleva a una especial problemática socio-familiar ante la maduración biológica pero no psicosocial (Rodríguez Molinero, 2005).

Como indica el informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2010), la probabilidad del desempleo juvenil en España es aproximadamente 3.5 veces mayor que en los adultos, con más dificultad para encontrar empleo y apenas oportunidad de emanciparse antes de los 30 años, a pesar de que tienen mayor nivel de formación que sus padres (Navarro, 2012). Melo y Miret (2010) mantienen esa misma franja de edad en la transición de la juventud al mundo adulto. En el estudio que realizan en jóvenes españoles desde 1981 a 2001, señalan la existencia de un retraso de 6 años para ambos sexos, con el mismo retardo, o más, en la edad de tener hijos, aproximadamente a los 30 años. Melo y Miret, 2010 defienden que el aumento de la esperanza de vida que se viene sucediendo en España es el motivo de estas prórrogas.

CAPÍTULO 1.2

Salud y estilo de vida

Hasta mediados del siglo XX el concepto de salud tiene un carácter negativo y reduccionista basado en la ausencia de enfermedad, a partir de entonces se conceptualiza como un estado positivo de bienestar (Stone, 1988). Estar sano es la capacidad de mantener un estado de armonía ajustado a la edad y a las necesidades sociales. Así, la salud es un recurso para la vida y no el objetivo de ésta (Hernán, Ramos y Fernández, 2001a). Para Moreno, Garrosa y Gálvez (2005), este pensamiento, no exento de críticas, supone por primera vez una perspectiva positiva en el que el término salud equivale a bienestar y unifica en la misma reflexión las áreas física, mental y social. Justamente, a partir de esta nueva configuración surgen otras definiciones más operativas, donde se concibe la salud como la búsqueda que hace el individuo, no sólo para evitar estar enfermo, sino, para encontrar un sentido de felicidad y bienestar a su vida (Moreno et al., 2005).

Briceño-León (2000) declara que la salud es una síntesis de multiplicidad de procesos, de lo que ocurre con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y con la economía internacional. La OMS (2007a) señala que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, independientemente de raza, religión, ideología política, condición económica o social, que está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos, y en las constituciones de diferentes países del mundo. Definición que Juárez (2011) corrobora, además de añadir, que no existe inconveniente en intervenir en los problemas de salud, a pesar de los diferentes enfoques teóricos, ya que se trata de estudiar el modelo más adecuado en cada momento, en cada individuo y en cada comunidad.

Sin embargo, no hay un límite exacto entre salud y enfermedad, se trata de un binomio *salud-enfermedad* (Moreno et al., 2005), que representa la unión de dos términos opuestos que se entrelazan y se diferencian al mismo tiempo. Ciertos acontecimientos fisiológicos o patológicos ocurren discretamente durante etapas de latencia, mientras los cuales, más o menos alargados, se funciona, al menos aparentemente, de manera saludable. Por ello, determinadas personas se etiquetan como sanas y a otras se las califica de enfermas por razones meramente prácticas, como es el caso para el cálculo de las tasas de morbilidad (Moreno et al., 2005). Ni la salud ni la enfermedad son estáticas ni estacionarias. Detrás de toda condición de salud o enfermedad está el riesgo de su alteración más o menos constante (Alcántara, 2008).

Por otra parte, en la complejidad del proceso salud-enfermedad, los agentes psicosociales se admiten como causantes en la participación de alterar la vulnerabilidad del individuo y exponerlo a situaciones de enfermar (Caricote, Figueroa de Sánchez y Granado, 2009; Grimaldo, 2010). Factores personales, ambientales y sociales, que surgen no sólo del presente sino también de la historia interpersonal del individuo, pueden actuar como determinantes de la salud (Caricote et al., 2009; Fernández del Valle, 1996; OMS, 1986; Perea, 2004; Rodríguez Marín, 1995; Roth, 1990). Por tanto, el concepto de salud evoluciona y se adapta, según el momento histórico, a las culturas, al sistema social y al nivel de conocimientos (Perea, 2004).

Además, en la medida que estos factores puedan provocar un impacto importante en la salud, según estén presentes o ausentes, van a constituir un factor de riesgo o de protección, e inducir a prácticas saludables y no saludables que interactúan entre sí (Elliot, 1993; Flórez-Alarcón, 2007; OMS, 1989; Roth, 1990). Este nuevo paradigma revela que la calidad del bienestar psicológico y físico, dependen principalmente de los hábitos de vida (Pons y Gil, 2008). Así, las condiciones de vida, en un sentido amplio, asociado a unos patrones de conductas individuales, mantenidos en el tiempo y en unas circunstancias más o menos constantes, pueden instaurarse como factores de riesgo o de protección para la salud (Abel, 1991; Elliot, 1993; OMS, 1989; Roth, 1990).

De esta manera, a partir de la segunda mitad del siglo XX, el nuevo concepto de estilo de vida se hace recurrente en diversas disciplinas como las ciencias biomédicas, sociológicas y en psicología de la salud (Infante, Pérez y Díaz, 2005). Es un término que sugiere pautas de comportamiento reiteradas y estructuradas como respuesta habitual ante una situación que se constituye en una práctica de vida, y que tiene relación directa con la salud (Rodríguez Marín, 1995). Sanabria-Ferrand, González y Urrego (2007), reconocen que en el estilo de vida individual de las personas, los procesos de aprendizaje son decisivos, bien por imitación de modelos familiares, o de grupos formales o informales. Asimismo, se expresan en la conducta y en las motivaciones, pero sobre todo, indican el modo personal en el que el individuo se realiza como ser social (Vives, 2007).

Por ello, el estilo de vida es un proceso complejo, multifactorial y dinámico (Vives, 2007), que incluye aspectos materiales, psicosociales e ideológicos (valores y creencias), que se vincula a la forma de vivir del grupo social de pertenencia (Álvarez, 2010). Los comportamientos se adquieren y se modifican a nivel individual y grupal, son mediadores entre lo psicológico y lo social, facilitan el proceso de interacción, de identidad e influencia, y están en la base de la formación, del mantenimiento y/o en la posibilidad del cambio de actitudes (Álvarez, 2010).

Factores como la familia, la educación y la calidad de vida, en general, participan en el estado de bienestar de las personas (Senado, 1999). Especial interés tiene la familia en su relación con la salud al cumplir la finalidad del bienestar físico y mental de sus integrantes (Louro, 2003). La familia por su función socializadora, no sólo transmite los valores ideológicos, también hace una interpretación particular de las pautas culturales que adapta a la biografía de la descendencia y, en este sentido, es un agente social determinante y fundamental para el bienestar (Portero, Cirne y Mathieu, 2002). Según Engels, Finkenauer, Meeus y Dekovic (2001), las personas jóvenes necesitan aprender a desprenderse de sus padres para ser autónomos y para construir su propia red de relaciones sociales, pero a pesar de que los/as jóvenes adquieren cada vez más independencia, los padres continúan teniendo un papel importante en el ajuste social y emocional de los hijos/as.

En los últimos años se observa una tendencia creciente de investigaciones que centran su interés en el estudio de los hábitos de vida y sus repercusiones en la salud. Martínez-Sabater, Llorca-Tauste, Blasco-Roque, Escrivá-Aznar, Martínez-Puig y Marzá (2013b), defienden que el cambio existente en el patrón de mortalidad y morbilidad de la etapa adulta de los países desarrollados obedece a la presencia de hábitos y situaciones de riesgo adquiridos en la adolescencia. Becoña, Vázquez y Oblitas (2004), coinciden en que las principales causas de muerte ya no son las enfermedades infecciosas, sino las conductas que se derivan de los estilos de vidas pocos saludables. Para Mora (2012), el estilo de vida es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población, de hecho, está como primera línea de actuación en la mayoría de las guías de prácticas clínicas de la asistencia de Atención Primaria (AP).

En el caso que nos ocupa, los estilos de vida se relacionan con serios problemas sociales respecto a la sexualidad (Lameiras-Fernández 1998; Lameiras-Fernández et al., 2008; Lameiras-Fernández et al., 2002; Lema et al., 2009; Mesa et al., 2004; Velásquez y Bedoya, 2010). El DST, las prácticas sexuales desprotegidas, la actividad sexual con parejas ocasionales, entre otras, resultan perjudiciales para la salud de las personas jóvenes (Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez y March, 2002; Caricote, 2006; Caricote, 2009).

Martínez-Villarreal (2013) refiere que a pesar de los grandes avances tecnológicos en infraestructura social, comunicación y servicios de salud, no existen resultados satisfactorios en la salud sexual de los/as jóvenes. Hoy más que nunca, se tiene información sobre los riesgos y la forma de protección, pero por alguna circunstancia social, emocional y/o cognitiva, el colectivo juvenil no modifica sus conductas y prácticas en el ejercicio de la sexualidad (Martínez-Villarreal, 2013). Por tanto, el concepto de salud es un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende de la competencia estrictamente médica, al estar relacionada no sólo con la biología y la psicología, sino también con la economía y la política, en tanto que es un asunto individual y colectivo al mismo tiempo (Alcántara, 2008).

CAPÍTULO 1.3

Salud sexual y sexualidad

La OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS, 2000), se refieren a la salud sexual como la experiencia del proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Así, se demuestra en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales, lo que propicia un estado de armonía que enriquece la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad, o de ambos. El logro de la salud sexual está determinado mediante el reconocimiento y la garantía de los derechos sexuales. Para la WAS (2008), la salud sexual es el ingrediente clave en la salud y en el bienestar porque promueve la responsabilidad individual y social a través de interacciones sociales equitativas.

La sexualidad es una dimensión de la personalidad impregnada de las mismas características biopsicosociales y espirituales de la persona desde que nace (Carballo, 2006; García y Martín, 2011; OMS, 2000; Sahagún, 2003; Sosman, 2010). Por ello, la sexualidad se expresa en la relación que tiene la persona consigo misma y con los demás a través de los vínculos emocionales, donde la sociedad tiene un papel importante en la asignación de los roles sexuales, del erotismo y del ejercicio voluntario o no de la fertilidad. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. Por tanto, la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales (OMS/OPS/WAS, 2000).

De este modo, la sexualidad incluye aspectos como las relaciones sexuales, el sexo, el erotismo, el género, la orientación sexual y la reproducción. Asimismo, las

creencias, deseos, fantasías, actitudes, valores, comportamientos, roles y relaciones interpersonales, se pueden manifestar sin necesidad de que todos estos aspectos ocurran al mismo tiempo ni de la misma forma. La influencia biológica no es una variable exclusiva de la sexualidad, también depende del medio ambiente y del contexto sociocultural donde se desarrolla (OMS, 2006).

En este sentido, la conducta sexual es su manifestación y depende de diversos aspectos del desarrollo biológico, psicológico, social y cultural (Carballo, 2006; García y Martín, 2011; Sahagún, 2003; Sosman, 2010). Según Jessor (1993), la conducta sexual se puede manifestar por la percepción que tiene el/la joven sobre lo que hace su grupo de iguales o lo que cree que se espera de su conducta. Para Espada et al. (2003), la conducta sexual de riesgo es la exposición a una situación que puede ocasionar daños a la propia salud o a la de otra persona, fundamentalmente, a través de la posibilidad de contagiarse por una ITS, o mediante el embarazo a una edad prematura.

Por tanto, los problemas de salud sexual son aquellos trastornos físicos y psicológicos que se desarrollan a partir de que dos personas, independientemente de su preferencia sexual, realizan prácticas sexuales en las que es posible que ocurra un intercambio de fluidos o secreciones de los órganos genitales (Robles et al., 2006b). Las ITS, principalmente VIH/SIDA, el END, y en muchos casos, como consecuencia, la IVE, son ejemplos de estos problemas de salud sexual que suceden en las personas jóvenes (Santos-Preciado, Villa-Barragán, García-Avilés, León-Álvarez, Quezada-Bolaño y Tapia-Conyer, 2003).

La Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2000) indica la aplicación del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ya que entre los factores determinantes de la salud se encuentran los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, el acceso a la información sexual, la planificación familiar, la igualdad de género y la prevención de las ITS, con especial atención en el colectivo juvenil como grupo vulnerable (ONUSIDA, 2011a; ONU, 2000). Igualmente, la OMS (2007a) señala que el derecho a la salud no se limita

sólo al hecho de estar sano, incluye actuaciones sobre los factores determinantes que contiene la propia definición. Así, en España se regula este derecho mediante la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), al reconocer que la salud sexual es el estado de bienestar físico, psicológico y socio-cultural relacionado con la sexualidad, libre de coerción, discriminación y violencia.

Por lo anteriormente expuesto, a continuación se analizan algunas variables que influyen en la salud sexual y sexualidad de las personas jóvenes:

1.3.1 Edad de inicio de las relaciones sexuales

La edad de inicio de las relaciones sexuales es una variable particularmente importante para los diseños de políticas de salud pública (De Irala et al., 2011). En los países occidentales se observa, especialmente la adolescencia, una mayor liberación de las conductas sexuales (García-Vega et al., 2012), y entre ellas, ocupa un lugar destacado el inicio temprano de la actividad sexual (Bermúdez et al., 2010a; Rodríguez y Díaz-González, 2011).

Calatrava et al. (2012), señalan que la edad del debut sexual entre varones y mujeres europeos se aproxima, sobre todo en España, con un incremento del número de parejas sexuales en la adolescencia. En general, los varones europeos tienen más parejas sexuales que las mujeres. De Sanjose et al. (2008), señalan que la proporción de mujeres jóvenes con múltiples parejas sexuales está aumentando. Por otra parte, Calatrava et al. (2012), hallan un descenso del uso consistente del preservativo en la juventud europea en una proporción alrededor del 15.0% al 20.0%, lo que coincide con otros trabajos en Estados Unidos (EE.UU.) (Harvey y Henderson, 2006) y en América Latina (Gutiérrez, Bertozzi, Conde-González y Sánchez-Alemán, 2006).

En el estudio reciente de Espada, Morales y Orgilés (2014), se establece la edad de los 15 años como valor central para el inicio de las relaciones coitales de los/as espa-

ños. Debut promedio descrito en otros estudios previos (Teva-Álvarez et al., 2009a). Según Teva-Álvarez, Bermúdez y Buena-Casal (2009b), los chicos debutan sexualmente a los 14.8 años y las chicas a los 15 años. Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez-Queija (2004) obtienen resultados similares (15.3 años los varones y 15.5 años las mujeres). Cutié, Laffita y Toledo (2005), señalan que cuánto más precoz sucede la primera actividad coital, los riesgos se multiplican (De Sanjose et al., 2008; Louie et al., 2009).

En la comunidad autónoma de Andalucía, los/as adolescentes debutan en la actividad sexual coital a una media de edad de 14 años, y en la misma proporción de chicos que de chicas, aunque la mayor precocidad es en los varones (Rodríguez y Traverso, 2012). Hidalgo, Garrido y Hernández (2000), señalan una diferencia aproximada de 1 año antes para el inicio sexual de los varones adolescentes madrileños (15.4 años los chicos y 16.1 años las chicas). Se asume en general que las mujeres se aproximan más al estereotipo del comportamiento masculino para el debut sexual, especialmente, en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios (García-Vega et al., 2010a).

Otros estudios muestran como el inicio temprano de las relaciones sexuales coitales, es por sí mismo, un comportamiento de riesgo para las ITS y los END (Bermúdez et al., 2010a; Cutié et al., 2005; Olasode, 2007) al estar relacionado con un menor uso del preservativo (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2008), y un mayor número de parejas sexuales (Bermúdez et al., 2010a). En el estudio reciente de Bermúdez, Ramiro-Sánchez y Ramiro (2014), hallan diferencias explicativas en el comportamiento sexual en función de las variables sociodemográficas, edad, sexo y orientación sexual.

De Irala et al. (2011), en el estudio con 7.011 jóvenes, salvadoreños, peruanos y españoles, en un rango de edad entre los 15 a los 19 años, refieren que la media de edad para el inicio de las relaciones sexuales coitales de los/as españoles es de 16 años, mientras que los/as salvadoreños y peruanos se inician 1 año antes. Otros estudios en Colombia registran edades promedios de 13.5 a 16 años (Mendoza et al., 2012). Holguín, Mendoza, Esquivel, Sánchez, Daraviña y Acuña (2013), obtienen

resultados similares pero con diferencias significativas a favor de los varones colombianos que se inician 1 año antes que las mujeres.

Lavielle-Sotomayor, Jiménez-Valdez, Vázquez-Rodríguez, Aguirre-García, Castillo-Trejo y Vega-Mendoza (2014), en el estudio con 909 estudiantes mejicanos de nivel superior, encuentran que la edad promedio de inicio sexual está entre los 14 y 15 años. A lo largo de la vida sexual activa el 24.4% de estos iniciados/as tienen más de tres parejas sexuales y el 48.2% no utilizan el preservativo en las relaciones con parejas ocasionales. Yotobieng, Halpern, Mitchell y Adimora (2009), revelan que cada año de retraso en el debut sexual aumenta la probabilidad de hacer uso del preservativo en 1.4 veces.

En cuanto a los motivos que llevan al DST, Olasode (2007) destaca el predominio que ejercen las actitudes negativas hacia la sexualidad y la baja autoestima que presentan algunos/as adolescentes. Entre las variables facilitadoras para estas actitudes negativas se encuentran, la pertenencia a una familia desestructurada, la influencia del grupo de iguales y carecer de conocimientos sobre la sexualidad. Lavielle-Sotomayor et al. (2014), coinciden al señalar que en las familias disfuncionales, donde la expresión del afecto está deteriorada, existe una alta probabilidad de emitir conductas de riesgo debido a la alteración de la salud emocional que sufre el/la adolescente en esos casos.

García-Merita, Tomás, González, Castillo, Mars y Solá (2012), en el estudio que realizan con jóvenes españoles/as sobre el consumo de sustancias tóxicas, obtienen resultados de consumidores en edades comprendidas entre los 13 y 15 años de edad, hecho que los autores relacionan con el adelanto en el debut sexual antes de los 16 años. Sin embargo, a pesar de que Espada, Morales y Orgilés (2013) también obtienen una relación significativa entre la edad de inicio sexual y el consumo de alcohol, no alcanzan los mismos resultados con otras sustancias tóxicas como el cannabis, la cocaína y otras drogas de síntesis. Rodríguez y Traverso (2012), consiguen resultados de consumo de alcohol y drogas, justo antes de la primera relación sexual, en aquellos/as adolescentes más precoces y con un historial personal de más parejas sexuales.

En definitiva, el DST se considera un buen predictor del incremento del número de parejas y de encuentros sexuales desprotegidos (Dancy, Crittenden y Ning, 2010; Li, Huang, Cai, Xu, Huang y Shen, 2009; Velásquez y Bedoya, 2010). El DST se asocia a una pobre planificación familiar, a una mayor tasa de fecundidad y a un mayor riesgo de contraer una ITS (Mendoza et al., 2012). Para Espada et al. (2013), el DST en los/as adolescentes es un indicador de estar bajo la influencia de sustancias tóxicas.

Destacar, la importancia que para Marston y King (2006) tiene el parámetro de la media de edad en el debut sexual, ya que puede generar en los/as jóvenes una falsa sensación de que la mayoría de sus iguales están iniciados en las relaciones sexuales e influir en el comportamiento sexual del resto de pares. Por ello, es importante que los estudios científicos de salud sexual y los medios de comunicación que los divulguen tengan en cuenta este aspecto al dar a conocer los resultados (Marston y King, 2006).

1.3.2 Uso consistente del preservativo

Los preservativos pertenecen a la categoría de métodos reversibles y de barrera entre la diversidad de anticonceptivos (Somogy y Mora, 2011). Son un conjunto de medios físicos y/o químicos que se emplean sobre el aparato genital femenino o masculino para impedir el contacto de los fluidos genitales durante la relación sexual (Coll, 2006):

- El preservativo masculino es un dispositivo de látex o de intestino de oveja que, colocado en el pene en erección, evita el depósito de espermatozoides en el canal vaginal durante la eyaculación (Monzó, 2006). Entendido exclusivamente como método anticonceptivo, tiene valores suficientes para que los/as jóvenes lo usen porque es fiable, inocuo, fácil de conseguir y por su seguridad en relaciones sexuales discontinuas (Madrid, 2009).

- El preservativo femenino es de poliuretano y consta de una vaina con dos anillos en los extremos, el interno que se adapta al fondo del saco vaginal posterior, y el externo que queda abierto al exterior cubriendo parte de la zona perineal (Monzó, 2006).

Sobre el preservativo femenino, el trabajo mediante grupos de discusión en una muestra de estudiantes universitarios/as del noroeste de España (Lameiras-Fernández, Ricoy, Carrera, Faílde y Núñez-Mangana, 2011), destacan que las mujeres enfatizan en mayor medida que los varones la satisfacción y las ventajas obtenidas con la utilización de este método. Como particularidades beneficiosas resaltan la alta resistencia a la rotura, y entre los inconvenientes apuntan los problemas ligados a su colocación y estética. En este estudio se corrobora la necesidad de continuar desarrollando intervenciones de formación encaminadas a la promoción de este método preventivo, sin excluir el empleo de otros, y reforzar la incorporación de otras estrategias educativas que permitan el avance para eliminar los estereotipos de género asociados al uso del condón (Lameiras-Fernández et al., 2011). El estudio previo de Lameiras-Fernández, Núñez-Mangana, Rodríguez-Castro, Bretón-López y Agudelo (2007), señalan la escasa implantación del uso del preservativo femenino en las relaciones sexuales de los/as jóvenes universitarios activos sexualmente, pero consideran que la disposición al uso y los altos beneficios percibidos son esperanzadores.

Según Martínez Salmean (2010), las encuestas de juventud que periódicamente realiza el Equipo Daphne son bastante contundentes en cuanto al uso del preservativo masculino en España, y aunque los/as jóvenes españoles doblan el uso con respecto a otros países, como Francia, Alemania, Reino Unido e Italia, éste se utiliza de manera inconsistente y los que dicen utilizarlo como método anticonceptivo no lo hacen en todas sus relaciones sexuales, por lo que se exponen a riesgos de ITS y END. Un 36.0% de los/as jóvenes españoles/as reconocen que se exponen a determinados riesgos en las relaciones coitales, y un 15.3% del total de mujeres de la muestra están en riesgo de un END, principalmente por el uso inconsistente del preservativo (Coll, 2009).

En Andalucía, el estudio sobre conductas sexuales en una muestra de 2.225 adolescentes en edades comprendidas de 12 a 17 años (Rodríguez y Traverso, 2012), el preservativo es el anticonceptivo más usado seguido de los anovulatorios. El 2.0% de los iniciados/as sexualmente no usa ninguno y el 4.0% practican la marcha atrás. Un 16.6% de la muestra activa sexualmente reconocen haber recurrido a la píldora del día después (Rodríguez y Traverso, 2012).

Otro estudio de opinión realizado a población española por el Instituto de la Juventud (INJUVE, 2008) sobre el uso del preservativo masculino en relación a la variable formación académica y género, los resultados revelan que los varones con mejor nivel académico hacen mayor uso del preservativo, mientras que las mujeres son especialmente vulnerables por la falta de cultura en el uso del mismo. Diéguez, López, Sueiro y López (2005), coinciden con el estudio anterior pero asocian además la variable edad, y obtienen mejores resultados en los/as jóvenes más mayores y con estudios superiores. Señalan que estas variables son explicativas de una conducta de protección sexual al demostrar la influencia que ejerce la formación universitaria en los/as sujetos más mayores.

Resultados coincidentes obtienen Castro, Bermúdez, Buela-Casal y Madrid (2011), al señalar el carácter protector de la variable adaptación escolar. A mayor rendimiento en la escuela es más tardío el inicio de las relaciones y viceversa. Igualmente, la autoeficacia en el uso del preservativo es una variable protectora al ofrecer menos probabilidades de tener relaciones sexuales coitales. Los autores señalan el carácter preventivo que tienen estas variables en los comportamientos de riesgo frente al VIH.

En cuanto a las creencias vinculadas al uso del preservativo masculino, Lameiras-Fernández et al. (2004), informan que los/as jóvenes españoles sexualmente activos asocian el preservativo al uso como método anticonceptivo y no como método preventivo. Herrera y Campero (2002), declaran que en la negociación del preservativo se asume que las mujeres, a diferencia de los hombres, siempre quieren usarlo. No obstante, unas prácticas sexuales basadas en la noción del amor romántico im-

plica, para muchas chicas, un ideal de reciprocidad con la pareja, sin condiciones, ni infidelidades, en la que el condón se interpreta como señal de desconfianza, haya o no fundamentos para tenerla. El resultado es la imposibilidad de pensar en la necesidad de sexo más seguro y menos aún de practicarlo (Herrera y Campero, 2002).

En relación al uso del preservativo en el debut sexual con penetración según la orientación sexual, el reciente estudio de García-Carpintero et al. (2014), revela que los métodos de barreras son más utilizados en varones y adolescentes, sobre todo, cuando el debut sexual es con una pareja ocasional -persona desconocida o que se conoce muy poco-. Para Faílde, Lameiras-Fernández y Bimbela (2008), las chicas al asociar más que los chicos la actividad sexual a los afectos y al compromiso, usan menos el preservativo en las relaciones estables (Petersen y Hyde, 2010; Reis, Ramiro, Gaspar de Matos y Diniz, 2013).

Esa falsa sensación de seguridad que otorga la afectividad y la confianza con la pareja sexual regular, se describe también en el estudio reciente de Uribe, Andrade, Zacarías y Betancourt (2013), al informar que cuanto mayor es el enamoramiento en la mujer, menor es el uso del preservativo, lo que indica que disminuye la percepción del riesgo en las relaciones sexuales basadas en el amor romántico. Por el contrario, Piña et al. (2010a), obtienen mayores resultados de riesgo percibido ante el incremento del preservativo en las relaciones sexuales con parejas desconocidas, aunque con motivaciones diferentes según el género (los chicos para evitar una ITS y las chicas para evitar un END).

Lameiras-Fernández et al. (2008), consideran importante favorecer en los/as jóvenes la percepción del riesgo, aunque esta variable por sí sola no es suficiente para emitir un comportamiento seguro. Se necesita un cambio de conducta y demostrar autoeficacia para el uso del preservativo, pero también, presentar actitudes positivas hacia la sexualidad y hacia la infección del VIH (Piña y Urquidi, 2004) de manera simultánea con la percepción del riesgo (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al, 2008). Según Piña (2009) el uso del preservativo requiere que la persona esté motivada y se incline a hacer algo, o se comporte de una determinada

manera, porque ha aprendido que dicha práctica tiene consecuencias positivas -evitar la infección del VIH-, en una situación donde es socialmente valorada.

Está comprobado que aunque los/as adolescentes tengan la intención de utilizar el preservativo en sus próximas relaciones sexuales, posean las habilidades sociales para ir a comprarlo, negociarlo con la pareja sexual y saber usarlo correctamente, puede ocurrir que no siempre lo utilicen de manera consistente (Jiménez, 2010; Robles, Piña y Moreno, 2006c; Turck y Hocking, 2005). Las ideas erróneas y los mitos que existen en relación al uso del condón y al tipo de pareja que tienen en ese momento, a veces lo impide (Juan, 2011).

El Ministerio de Sanidad y Política Social (2009a) y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, amplían su colaboración en salud sexual y reproductiva mediante la información acerca de los métodos anticonceptivos y sobre la prevención de las ITS en el acto de dispensación. Entre estas acciones destaca el fomento del uso de preservativos masculino y femenino, la venta de envases a precio asequible, y el asesoramiento sexual a los/as jóvenes y adolescentes a través de las oficinas de farmacia (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009a).

1.3.3 Conocimientos sobre la sexualidad

A pesar de que la literatura científica sobre este aspecto es inequívoca y rotunda en relación a que la información no es suficiente para favorecer cambios de conducta y estilos de vida saludables, ésta constituye un prerrequisito necesario para poder desarrollar una actividad sexual segura y protegida (Dávila y Piña, 2008; Lameiras-Fernández y González, 1993; Güemes, Mondragón, Madrigal, Ponce, González y Jiménez, 2011). La falta de conocimientos e información se relaciona de forma directa con una actitud negativa hacia los métodos de protección de las prácticas de riesgo (Santín, Torrico, López y Revilla, 2003). Para Espada, Huedo-Medina, Orgilés, Secades, Ballester y Remor (2009), evaluar los conocimientos del VIH en adolescentes, es fundamental como factor mediador de las conductas sexuales inseguras.

Orejón de Luna y González (2010), realizan una revisión de estudios publicados en EE.UU., Europa y Australia, en los que evalúan las competencias cognitivas, sociales, conductuales y los resultados de salud sexual y reproductiva en jóvenes menores de 20 años. Concluyen que los/as estudiantes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos comportamientos de riesgo sexual. Estos autores señalan que fomentar el desarrollo de las capacidades saludables en el ámbito social y conductual, así como favorecer unos conocimientos adecuados y la capacidad para aprenderlos, son factores de protección en la salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes (Orejón de Luna y González, 2010).

Alemán, Cortés y Pérez-Cuevas (2013), en el trabajo que analizan los conocimientos y comportamientos sexuales en una muestra mejicana de 300 estudiantes de enfermería sobre la planificación familiar y las ITS, obtienen el resultado de que los/as estudiantes de mayor edad y de cursos superiores son los/as que más y mejores conocimientos tienen, circunstancia que no se refleja en comportamientos saludables. De hecho, el 40.0% de los/as estudiantes afirman no haber utilizado el preservativo en su primer encuentro sexual por la espontaneidad de la situación o porque no quisieron protegerse. A pesar de la formación académica sobre los métodos para evitar los END y las ITS, el 10.0% de los/as estudiantes reconocen carecer de la información suficiente para el uso consistente del preservativo, y un 5.0% consideran que no corren riesgo al rechazar el uso del condón en la actividad sexual coital.

Piña y Rivera (2009) declaran que la probabilidad del uso consistente y eficiente del preservativo será mayor cuando en todos y cada uno de los encuentros sexuales se utiliza. La competencia para el uso del condón se demuestra cuando además de saber y conocer los riesgos, se ponen en práctica estos comportamientos de manera congruente, es decir, se utiliza el preservativo en todas las relaciones sexuales coitales. Piña (2004) sostiene la insuficiente consistencia que tienen los conocimientos y lo importante que es tener en cuenta otras variables. Las mujeres son más competentes que los hombres al tener más conocimientos sobre la infección por VIH pero alcanzan peores resultados en conductas sexuales saludables. Puede que una persona considere favorable o desfavorable el uso del preservativo, y otra muy dife-

rente es que la persona justifique como motivo para no usarlo que le resulta desagradable, o que a su pareja no le gusta usarlo (Piña et al., 2007; Robles et al., 2006a).

Teva-Álvarez et al. (2009a), con el fin de conocer las diferencias en conductas de riesgo para la infección por el VIH y las ITS en adolescentes españoles, según el tipo de centro educativo, la edad y el sexo de los/as adolescentes, destacan la necesidad de una educación sexual adaptada al ciclo vital y dirigida al fomento de conductas de prevención, pero antes de que se inicien en las relaciones sexuales con penetración. Los resultados de este estudio muestran más conductas sexuales de riesgo en el varón con más edad, de escuela privada y consumidor de algún tipo de droga en el último encuentro sexual.

El consumo abusivo de alcohol y drogas vinculado a la cultura del ocio, situaciones recreativas nocturnas, es un importante predictor para las conductas sexuales de riesgo. De hecho, la ingesta tóxica de alcohol adquiere mayor significación en las prácticas coitales inseguras que las variables edad y sexo (Becoña, Juan, Calafat y Ros, 2008). Por ello, las diferencias significativas en relación a las variables sociodemográficas sugieren una educación adaptada al entorno sociocultural (Teva-Álvarez et al., 2009a). Al respecto, Uribe, Covarrubias y Andrade (2008) plantean que la cultura es un factor que favorece la formación de creencias y valores, lo que puede mediar en la conducta sexual. Marin, Kirby, Hudes, Coyle y Gómez, (2006) señalan que la presión de los amigos influye negativamente en el uso del preservativo (Uribe et al., 2008).

Guerrero Masiá, Guerrero, García y Moreno (2008), en el trabajo que realizan con adolescentes valencianos, revelan el elevado porcentaje de falsas creencias asociadas a la imposibilidad de embarazo durante el periodo menstrual, o como consecuencia de juegos sexuales sin protección. La desinformación que presentan los/as adolescentes valencianos sobre el desarrollo morfológico del feto en los primeros tres meses de gestación, el gran desconocimiento que tienen en relación a los síntomas asociados a las ITS y las vías de contagio de las mismas, expresa la baja

concienciación del adolescente respecto a la gravedad de las ITS, y por tanto, la importancia que adquieren los conocimientos para evitar comportamientos de riesgo.

En otro estudio realizado con adolescentes asturianos/as sobre la influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual (García-Vega et al., 2010), la mayoría de los/as encuestados afirman estar bien o muy bien informados/as sobre educación sexual. Declaran que los conocimientos se originan a través de los amigos/as o de contextos no formales como los medios de comunicación. El debut más temprano en las relaciones coitales se encuentra en los varones (14.9 años), que presentan también un mayor número de conductas sexuales de riesgo, menor percepción del riesgo y más actitudes positivas hacia la sexualidad, aunque la chicas se aproximan bastante al comportamiento sexual de los chicos.

Lameiras-Fernández et al. (2008), coinciden al demostrar que no existe relación en el hecho de tener un mayor nivel de conocimientos sobre la sexualidad o sobre la seguridad de los métodos preventivos, y la mayor frecuencia del uso consistente del preservativo masculino. Díaz-Loving y Torres (2009) señalan que los conocimientos sobre la anticoncepción es una condición fundamental porque si se desconocen los métodos, el lugar donde adquirirlos, las vías de administración, las ventajas y desventajas de cada uno de ellos, difícilmente se pueden utilizar de manera consistente y segura en todas las relaciones sexuales. Un hallazgo recurrente en diversas investigaciones es la falta de correspondencia en los/as adolescentes entre los conocimientos, el uso del preservativo y otros métodos anticonceptivos (Amado, Vega, Jiménez y Piña, 2007; Piña y Rivera, 2009).

La última encuesta nacional publicada por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009b) a jóvenes entre los 16 y 24 años, revela que la información que tienen sobre la sexualidad procede de la madre y de los amigos. No obstante, los chicos prefieren recibir la información del padre y las chicas de la madre. En general, las mujeres demandan más información que los hombres excepto en los casos de prevención de ITS y cuestiones sobre cómo obtener y dar placer, sin apenas diferencias por grupos de edades. Para las mujeres, la anticoncepción es el tema sobre el que

les hubiese gustado recibir más información. Igualmente, al 29.2% de los participantes de ambos sexos les hubiera gustado recibir información sobre violencia y/o abusos sexuales. Para el 11.0% de los hombres y el 13.0% de las mujeres la información que han recibido sobre sexualidad no les resulta de utilidad. Además, un 12.3% de mujeres y un 10.5% de hombres refieren que no han recibido ninguna información sobre sexualidad (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009b).

En el estudio sociosanitario de adolescentes y jóvenes gallegos en edades comprendidas entre los 13 y 21 años, Varela y Paz (2010) señalan que la fuente de información sobre sexualidad varía según el género, y es el entorno familiar el que influye más en las mujeres (57.6%) que en los varones (44.4%); sin embargo, la información obtenida por internet es más representativa en los varones (30.8%) que en las mujeres (15.8%). Añaden que la información sexual que ofrece el centro educativo es muy escasa según manifiestan el 39.1% de los varones y el 37.6% de las mujeres (Varela y Paz, 2010).

En relación a las nuevas fuentes de información que utilizan los/as jóvenes, el reciente informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (Larrañaga, Martín y Bacigalupe, 2014), muestra que se incrementa el interés en el colectivo juvenil por adquirir información a través de las redes sociales, mientras la escuela y los servicios de salud pierden importancia. Estudios realizados tanto en el ámbito nacional (Garmendia, Garitaonandia, Martínez y Casado, 2011), como internacional (Horvath, Alys, Massey, Pina, Scally y Adler, 2013), analizan las consecuencias de estas fuentes de información y señalan que los contenidos son poco objetivos y nada rigurosos, además de advertir de otro hecho novedoso como la pornografía, de fácil acceso en internet y que se establece como fuente relevante de conocimiento sobre sexualidad, con el riesgo añadido de la reproducción de estereotipos machistas, violentos y poco o nada tolerantes con la diversidad sexual.

En definitiva, el papel que desempeña la información sobre los comportamientos sexuales es solamente una condición necesaria para lograr cambios hacia una sexualidad saludable, pero la información por sí sola es completamente insuficiente para conseguirlos (Robles et al., 2006c).

1.3.4 Actitudes hacia la sexualidad

Fisher et al. (1988), definen la erotofobia-erotofilia como la disposición aprendida y desarrollada a partir de los diferentes procesos de socialización -familia, escuela, amigos/as, publicidad y medio sociocultural-, a responder ante estímulos sexuales a lo largo de un continuo que se extiende desde un polo negativo (erotofobia) hasta otro positivo (erotofilia). Carpintero y Fuertes (1994) defienden que las actitudes pueden cambiar en función de la edad y del sexo de las personas.

Según Diéguez, Di, Sueiro y Chas (2003), las actitudes sexuales son una de las variables a tener en cuenta en el estudio de los comportamientos sexuales, ya que si estas se conocen se pueden predecir las conductas sexuales de riesgo y hacer la intervención que se considere oportuna. Los beneficios para la salud sexual en relación a las actitudes positivas y con manifestaciones de comportamientos sexuales saludables se describen en el estudio de Sierra y Buela-Casal (2004), en el que señalan la importancia de evaluar las variables sociodemográficas para el diseño de programas de educación sexual, o bien para intervenir en el cambio de actitudes sexuales negativas.

En otros estudios se describen la influencia que ejercen las actitudes negativas hacia la sexualidad con afectación sobre el deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres (Sierra, Zubeidat, Carretero-Dios y Reina, 2003; Zubeidat, Ortega y Sierra, 2004). Ortega, Ojeda, Sutil y Sierra (2005), en el estudio sobre la culpabilidad sexual relacionada con las prácticas masturbatorias, además de señalar un mayor nivel de culpabilidad en aquellos/as adolescentes con actitudes negativas, sin experiencias masturbatorias y no iniciados sexualmente, evocan al poder coercitivo que ciertos

dispositivos sociales todavía parecen mantener con este tipo de prácticas (Ortega, Zubeidat y Sierra, 2006).

Lameiras-Fernández et al. (2007), en el estudio sobre el uso del preservativo femenino en una muestra de 330 estudiantes de la Universidad de Vigo, hallan diferencias entre chicos y chicas, y señalan que las personas que presentan actitudes negativas hacia la sexualidad son más reacias a la adquisición de información sobre métodos anticonceptivos. Así, en los varones las actitudes erotofílicas frente a la sexualidad se expresan en la disposición que tienen de probar el preservativo femenino en las próximas relaciones, y en las chicas se manifiesta por las ventajas que asocian al coste del mismo; aunque su uso no está muy extendido, estas actitudes predicen comportamientos preventivos.

Igualmente, los estudios sobre las actitudes en función de las creencias religiosas demuestran la gran influencia que ejerce la moral religiosa en la forma que tienen las personas practicantes de experimentar su sexualidad. Las distintas confesiones religiosas, en especial la judeo-cristiana, se asocia con actitudes erotofóbicas y sentimientos de culpabilidad, sobre todo en aquellas personas que practican a diario, con respecto a aquellas otras más despegadas que practican una vez a la semana, al mes, o al año, o con respecto a aquellas otras personas no practicantes (Diéguez et al., 2003; Lameiras-Fernández y Faílde, 1998).

En el estudio de Ortega et al. (2005), se describe la influencia que ejerce el lugar de residencia en relación al tipo de actitudes frente a la sexualidad. Así, las personas residentes en contextos rurales presentan más actitudes negativas que las que viven en poblaciones con más de 50 mil habitantes, al exhibir unas conductas más erotofílicas. Asimismo, se obtiene asociación actitudinal hacia la sexualidad con las ideologías políticas, y las personas que en el estudio de Diéguez et al. (2003) se autodefinen como de derecha muestran actitudes más negativas (erotofóbicas) que las de izquierda (erotofílicas).

Fisher et al. (1988), obtienen el resultado de que las personas que tienen pareja puntúan más alto en erotofilia que las que carecen de ella, lo cual es coherente con el hecho de que la presencia de actitudes positivas hacia la sexualidad favorece las relaciones de pareja y la búsqueda de sensaciones; no obstante, la erotofilia es una variable predictora para el uso de métodos anticonceptivos, negociarlo y expresarlo en conducta más seguras, ya que la persona con actitudes positivas se anticipa en mayor medida a la probabilidad de tener relaciones sexuales y puede gestionar previamente el uso de preservativo. Estudios posteriores a este coinciden en señalar que los varones se muestran más erotofílicos que las mujeres (Carpintero y Fuertes, 1994; Lameiras-Fernández y Faílde, 1998).

Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva-Álvarez y Buela-Casal (2007), en el estudio que realizan para evaluar la búsqueda de sensaciones sexuales, la preocupación por la infección del VIH y algunas conductas sexuales de riesgo en una muestra de 182 adolescentes en edades comprendidas entre 13 y 18 años, los varones tienen puntuaciones más elevadas que las mujeres en búsqueda de sensaciones sexuales. Así, los/as adolescentes con alguna experiencia sexual previa informan de un mayor número de parejas sexuales, y aquellos/as con una pareja sexual ocasional en el último contacto sexual muestran mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones sexuales con mayor riesgo para la infección del VIH y del END.

El estudio reciente de Reis et al. (2013), revela que aunque las mujeres presentan un buen nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA, con actitudes positivas razonables e intención hacia los comportamientos preventivos, no siempre realizan conductas saludables, ya que intervienen otras variables como las motivaciones y las habilidades para el uso del preservativo. Circunstancia, que en las mujeres no favorece un comportamiento preventivo al no percibir el riesgo en las relaciones coitales con parejas afectivas y de confianza. Para Díaz-Loving y Torres (2009) es una prioridad determinante desarrollar creencias positivas sobre el uso del preservativo para que se pueda negociar su uso en todo tipo de relaciones sexuales.

Así, la experiencia de una sexualidad saludable y satisfactoria requiere, entre otras variables, la existencia de actitudes sexuales erotofílicas (Sierra, Ortega y Gutiérrez-Quintanilla, 2008). Premisa que exige adoptar una perspectiva integrada de salud sexual (Machado y Gaspar de Matos, 2011).

1.3.5 Embarazo no deseado

Para Routi (1994), el embarazo adolescente es la gestación que ocurre en mujeres hasta los 19 años de edad, independientemente de su edad ginecológica y sin el deseo y/o planificación previa. Es un acontecimiento que supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica de la joven porque además de condicionar su estilo de vida, va a constituir un problema tanto social como médico (Lete, De Pablo, Martínez y Parrilla, 2001; Martínez Bueno, 2002; Triviño, Muñoz, Trenchs, Valls y Luaces, 2011).

Los nacimientos de madres adolescentes provocan mayores tasas de morbilidad y mortalidad, tanto materna como perinatal, con el riesgo de morir o sufrir complicaciones graves por toxemia, hipertensión arterial, anemia grave, parto prematuro o placenta previa (Blázquez-Morales et al., 2011). La evidencia existente de complicaciones en la gestante adolescente se asocia con un estilo de vida poco saludable y con la presencia de comportamientos de riesgo que influyen en un crecimiento inadecuado del feto, entre otras consecuencias. Además, cuanto más joven es la madre, por debajo de los 20 años, mayor es el riesgo de muerte para el bebé en el primer año de vida (Blázquez-Morales et al., 2011; Oviedo, Lira, Iburgüengoitia y Ahued, 2005; Padilla de Gil, 2000).

Garaigordobil, Cruz y Pérez (2003), plantean que la responsabilidad de la salud y las prácticas de autocuidados están estrechamente vinculadas a las configuraciones cognitivas formadas individualmente o compartidas culturalmente. En el caso de las adolescentes embarazadas, se alteran debido al trance de la propia etapa evolutiva, junto a los sentimientos de culpa, ira, baja autoestima y situación de estrés en la

que se encuentran por el estado de gestación. Lara et al. (2012), refieren que es frecuente la aparición de síntomas depresivos en la progenitora adolescente, lo que supone un riesgo significativo para la salud mental del lactante. Por otra parte, la irrupción de la maternidad y paternidad en esas edades convierte a la pareja en una “familia adolescente”, lo que transforma las dinámicas de ambas familias. Además, las condiciones socioeconómicas, la distribución de roles, las tareas y las responsabilidades del cuidado del hijo, son variables que se asocian a la cronificación de la vulnerabilidad (Celedón y Garri, 2014).

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2007), entre los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), EE. UU., seguido de Nueva Zelanda, presentan las tasas más elevadas de fecundidad en adolescentes. En Europa Oriental, la tasa más alta se declara en la Federación Rusa. En Europa Occidental, está representada por las adolescentes de Reino Unido. En España, la tasa de fecundidad en edades de 15 y menos años hasta los 19 años es de 44.86 (nacimientos por 1.000 mujeres de 15 y menos años hasta los 19 años). La Ciudad Autónoma de Melilla representa la más elevada de todo el país con una tasa de 114.78 nacidos por 1.000 mujeres de 15 y menos años hasta los 19 años (INE, 2013b).

Desde este punto de vista, los comportamientos de riesgo como la mayor precocidad en el inicio de la actividad sexual (Bermúdez et al., 2010a; Velásquez y Bedoya, 2010), la falta de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el no usar de manera consistente el preservativo (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2008), y la incierta educación afectivo-sexual (Arribas y Del Cura, 2010), aumenta la vulnerabilidad de las jóvenes e incrementa las tasas de exposición a un embarazo en la adolescencia (Velásquez y Bedoya, 2010).

Diversos estudios señalan otros factores desencadenantes de los END como las relaciones sexuales con múltiples parejas, el abuso de alcohol y las sustancias psicoactivas (Calafat, Juan, Becoña, Mantecón y Ramón, 2009; López-Amorós et al., 2010; Piña y Rivera, 2009; Piña et al., 2010a; Teva-Álvarez et al., 2009b). En el estu-

dio de Blázquez-Morales et al. (2011), se describe la incapacidad que presentan las adolescentes consumidoras de alcohol y otras sustancias tóxicas para efectuar acciones de autocuidados, frecuentemente asociado a otras problemáticas como una alimentación inadecuada, inactividad física y/o relaciones sexuales desprotegidas.

En la investigación que se realiza con jóvenes gallegos/as sobre la asociación entre consumo de drogas (alcohol, cocaína o éxtasis) y las relaciones sexuales, Becoña et al. (2011), sugieren que el policonsumo de tóxicos ofrece mayor probabilidad de adelantar el inicio de las relaciones sexuales y de incrementar el número de parejas ocasionales. Atribuyen como agente etiológico la alteración cognitiva que originan estas sustancias en la toma de decisiones, con una disminución de la percepción del riesgo y una mayor posibilidad de practicar relaciones sexuales sin protección, y como consecuencia, con un mayor incremento de la vulnerabilidad para el END y las ITS (Becoña et al., 2011).

Desde el análisis sociodemográfico, en una investigación por comunidades autónomas (CCAA) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC, 2011), se relaciona la incidencia de embarazos en madres adolescentes con el grado de desarrollo de la comunidad autónoma de residencia. Aquellas comunidades españolas que tienen un mayor índice de estudios superiores, renta per cápita y participación femenina en el mercado laboral como Navarra, Madrid y País Vasco, tienen tasas inferiores de fecundidad adolescente; por el contrario, otras más desfavorecidas como Andalucía, Extremadura y Murcia están más afectadas por el END y muestran un menor desarrollo de la trayectoria vital de las jóvenes, con menos nivel de estudios y una gran dificultad para encontrar un empleo estable (CSIC, 2011).

Por otra parte, en España la legislación sobre salud reproductiva tiene una historia reciente, desigual y lenta (Arribas y Del Cura, 2010; Gómez et al., 2011). Los antecedentes del descenso de la natalidad se hacen evidentes en la segunda mitad del siglo XIX, y las zonas más industrializadas, por tanto, más ricas desde el punto de vista cultural y económico -Cataluña y el País Vasco-, son las que imprimen un mayor control de la natalidad y de utilización de medios anticonceptivos en esa época (Me-

rino, Jiménez y Sánchez, 1994). A partir de la Ley 45/1978 (Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1978) es cuando se despenaliza el uso de los métodos anticonceptivos reversibles, y se permite la venta y el uso de los mismos.

Cinco años más tarde, en 1983, se legalizan los métodos irreversibles (bloqueo tubárico y vasectomía), y queda despenalizada totalmente la utilización de métodos anticonceptivos (Merino et al., 1994). Así, los cambios sociales que acontecen en España ocasionan la creación de los centros de planificación familiar, financiados, en un principio, por Diputaciones, Ayuntamientos y otros Organismos, tanto públicos como privados, para el desarrollo de programas y campañas orientadas principalmente a la difusión de métodos anticonceptivos y dentro de las relaciones de pareja (Merino et al., 1994).

Posteriormente, con la Ley Orgánica 9/1985 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) se despenaliza el aborto en tres supuestos:

- 1) Que esté en riesgo la salud física psíquica de la embarazada.
- 2) Que el embarazo sea consecuencia de una violación, previamente denunciada.
- 3) Que se presuma que el feto tenga al nacer graves taras físicas o psíquicas.

En los dos últimos supuestos, la interrupción se hace dentro de las 12 o 22 primeras semanas de gestación, respectivamente, y no se establece plazo para el primer supuesto. Según Delgado y Barrios (2007), más del 90.0% de los abortos en mujeres españolas responden al primer supuesto, y se acogen al mismo hasta el 99.0% de las embarazadas menores de 25 años.

En el estudio que realizan Alonso, Piñana, Cánovas, Luquín, Muñoz y Piñana (2011), sobre el END en adolescente en un área de salud de la comunidad de Murcia, la máxima incidencia ocurre entre los 17 y 18 años, etapa etaria en la que coincide la mayor demanda de la AE y de la IVE; por el contrario, la menor incidencia de END se obtiene entre los 13 y 14 años. Los autores señalan el fracaso de las medidas dirigidas a evitar el END. Estiman la recomendación de la libre dispensación de pre-

servativos en los centros sanitarios o juveniles, junto a una efectiva educación sexual para evitar la IVE (Alonso et al., 2011).

1.3.6 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia (AE) se corresponde con un conjunto de intervenciones para prevenir el END cuando se ha tenido una relación sexual sin protección (Allen, Goldberg y Grimes, 2009). En ocasiones, se utilizan como sinónimos los términos "anticoncepción poscoital" y "píldora del día después", lo que se considera incorrecto (Toro, 2011), ya que estos términos no expresan el momento indicado para usarlo, lo más importante es que su administración está indicado sólo en casos de emergencia (Toro, 2011). Por tanto, no sustituye a los métodos anticonceptivos de uso regular (Clemente, Puente, López, Laso, Aranda y Puiggali, 2011; Fuentes, López y Alonso, 2008) y es el plan B dentro de la planificación familiar, por lo que se incluye en el contexto de la medicina preventiva y ofrece la oportunidad de evitar el END y prevenir la IVE (OMS, 2010; Rincón y Monterrosa, 2010).

Uno de los aspectos más controvertidos de la AE es su mecanismo de acción. El que más se utiliza es el de la función hormonal para actuar en el proceso ovulatorio (inhibición o retraso), alterar el endometrio y/o la función espermática (motilidad o capacitación), e impedir la fecundación (Kesseru, Larrañaga y Parada, 1973; Munuce, Nascimento, Rosano, Faundes y Bahamondes, 2006). En consecuencia, según la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el Consorcio Internacional sobre la Anticoncepción de Emergencia (ICEC) (2011), este tipo de anticoncepción no es abortiva al actuar antes de que el óvulo fecunde. Se recomienda su uso el mismo día de la relación sexual no protegida o en los cinco días posteriores (120 horas). Su efectividad es mayor cuando la administración es más próxima a la relación coital. En las primeras doce horas previene el 95.0% de los END (Toro, 2011).

El estudio que realiza la SEC (2011) a 6.200 mujeres en edades comprendidas entre los 14 y 50 años, el 14.1% de las participantes han recurrido a la AE en alguna ocasión por un problema con el anticonceptivo habitual, principalmente con el pre-

servativo, o por no utilizar un método anticonceptivo. Aunque para la mayoría de las mujeres del estudio la AE no es el anticonceptivo habitual, para el resto sí lo es. Aymerich, Planes, Gras y Vila (2011), en un trabajo similar con adolescentes catalanas en edades comprendidas entre los 16 y 19 años, alcanzan el resultado de que el uso reiterado de la AE se asocia con las mujeres que tienen mayor número de parejas sexuales, lo que es indicador de un comportamiento de riesgo sexual.

La World Health Organization (WHO, 2009), señala que la eficacia anticonceptiva se evalúa midiendo el número de embarazos que se producen durante un período específico de uso de un método anticonceptivo, pero con una considerable diferencia, por un lado, está la eficacia del uso teórico que depende de las características propias del método y, por otro, depende del uso práctico que se le dé, que generalmente obedece a las modalidades de uso (Arribas y Del Cura, 2010).

Según United Nations (UN, 2009), la tasa que se emplea de anticonceptivos en Europa es del 70.5%, con un claro predominio de los métodos reversibles. La píldora anticonceptiva hormonal ocupa el primer lugar en países como Francia, Reino Unido, Suecia, Noruega y Alemania, mientras que el preservativo lo hace en España. En cambio, Italia se caracteriza la práctica de la marcha atrás. La prevalencia de uso de la píldora anticonceptiva en España está muy próxima a la de EE.UU., pero en las españolas está limitado su uso por los mitos y falsas creencias relacionadas con el aumento de peso, dolor de cabeza, cáncer e infertilidad. Estas falsas afirmaciones y la autodisciplina que exige la autoadministración de la píldora diaria son las que descalifican su empleo (Gómez, Bretín y Puente 2011).

En la encuesta del Equipo Daphne (2011), queda recogido -desde los primeros estudios en 1997-, el incremento considerable del uso de métodos anticonceptivos de las mujeres españolas en edad fértil, y señala un uso más bajo en los extremos de la vida fértil (de 15 a 19 años y de 45 a 48 años). Otras iniciativas más recientes como la del "doble método" (uso combinado del preservativo y un método hormonal como la píldora), se están utilizando en las franjas de edad más jóvenes. Sin embargo, las españolas siguen manteniendo una elevada exposición al riesgo, ya

que una quinta parte de ellas manifiestan no utilizarlo en todas sus relaciones y argumentan aspectos como la interferencia del método en el momento de la relación (35.8%), lo imprevisto de la misma (50.3%), o el estado de euforia del momento (9.9%) (Equipo Daphne, 2011).

Fuentes et al. (2008), en relación a la AE en las jóvenes gallegas solicitantes, defienden la necesidad de incrementar los conocimientos y el correcto uso de los métodos anticonceptivos. Recomiendan difundir la existencia de la AE como recurso alternativo ante el coito desprotegido e insisten en su uso excepcional -se trata de un método de emergencia que no debe usarse como anticonceptivo habitual-, debido al aumento en menores de edad y jóvenes reincidentes. Muestra de ello es el trabajo que realizan Clemente et al. (2011), mediante un programa de intervención educativa en la unidad de urgencias de un hospital catalán sobre la AE. La intervención educativa consiste en ofrecer información a las jóvenes que solicitan la AE sobre los efectos secundarios de la misma y sobre su no indicación como anticonceptivo habitual, además de someter a las jóvenes a un control ginecológico como parte de la educación sanitaria. Señalan unos resultados satisfactorios al disminuir considerablemente la reincidencia de END (Clemente et al., 2011).

En el estudio comparativo y transversal de dos grupos de adolescentes mejicanas (494 mujeres primigestas y 494 mujeres que nunca estuvieron embarazadas) de Ramírez-Aranda et al. (2013), se analizan los factores de protección y de riesgo del embarazo adolescente, y obtienen el hallazgo de que la edad promedio está en la adolescencia tardía (15 a 19 años). El factor protector principal relacionado con la ausencia de embarazo adolescente es un proyecto de vida como el empleo, estar escolarizada, pertenecer a una familia estructurada, tener una adscripción religiosa y haber recibido información sobre sexualidad. Se considera un factor de riesgo importante la intención de embarazo que presentan -circunstancia que hallan en el 40.0% de las primigestas y que se duplica en las adolescentes no escolarizadas-, pertenecer a una familia monoparental, y tener antecedentes de embarazo adolescente en la madre o una hermana.

Por último, destacar que la píldora AE se comercializa en España desde marzo de 2001, se prescribe y dispensa en centros sanitarios sin coste económico para las usuarias de las comunidades de Aragón, Asturias, Cataluña, Extremadura, Galicia, Navarra y Baleares (Martínez, Bellart, Coll y Balasch 2005; Vieta y Badia, 2009). Situación que se modifica parcialmente por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2009) al entrar en vigor la regulación que autoriza la dispensación de la AE en las farmacias, sin receta médica, sin límite de edad y con un coste aproximado de 20 euros (Gómez et al., 2011). Los farmacéuticos deben informar acerca de la AE y otros métodos anticonceptivos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2009). A partir de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) existen nuevas políticas en materia educativa e informativa de salud reproductiva y del ejercicio responsable de las relaciones sexuales.

1.3.7 Interrupción voluntaria de embarazo

El debate jurídico sobre el aborto no es nuevo en Europa. Durante los años setenta y ochenta del siglo pasado la intensa controversia sobre este tema conduce a numerosas reformas legales marcadas por el patrón común del reconocimiento de un cierto ámbito de no punibilidad de la IVE (Laurenzo, 2011).

La nueva Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), que entra en vigor el 5 de julio del mismo año, combina el criterio de plazos con el sistema de indicaciones, y trata de ofrecer así las condiciones adecuadas para que las mujeres que decidan someterse a esta práctica de IVE puedan hacerlo de forma libre e informada, sobre todo con garantías jurídicas y sanitarias, y sin que su derecho a la intimidad y su desarrollo personal se vean limitados.

La presente Ley Orgánica 2/2010 pretende acabar con el acceso al aborto de forma discriminada y garantizar su acceso a todas las mujeres que así lo deseen. Por tanto, despenaliza la práctica de la IVE durante las primeras 14 semanas del emba-

razo y hasta la semana 22, en caso de que exista grave riesgo para la vida o la salud de la embarazada o riesgo de graves anomalías para el feto. Cuando se detecten anomalías fetales incompatibles con la vida no hay límite temporal para abortar (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010).

Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010), se persigue una estrategia general, con enfoque de género, que permita a las mujeres decidir de forma exclusivamente libre e individual sobre la continuación de su embarazo durante la primera fase de la gestación. No obstante, también hace referencia a una serie de indicaciones, en caso de graves complicaciones para interrumpir aquellos embarazos que estén más avanzados. Por tanto, esta ley atiende el derecho a la maternidad libremente decidida y parte de la voluntariedad de la mujer para seguir o no adelante con su embarazo, siempre con respeto de la libre disposición de su cuerpo, así como su dignidad y el libre desarrollo de su personalidad, desde la más estricta confidencialidad.

Para González Varas (2010), esta ley presenta el aborto como una prestación sanitaria ordinaria, y su solicitud se formula como cualquier otra y por quién desee que se le practique, incluidas las mujeres de 16 años sin el consentimiento de sus padres, quiénes no actúan como representantes al presumir que la menor tiene capacidad y libertad suficiente para decidir por sí sola sobre estas cuestiones. Sobre la joven recae toda la responsabilidad y si alega conflicto grave puede evitar dar información sobre la decisión que haya tomado a sus padres o representantes legales (González Varas, 2009). Así, la decisión de interrumpir la gestación se equipara a la solicitud de anticonceptivos o píldoras postcoitales en las farmacias.

Por otra parte, esta ley reconoce expresamente el derecho de los profesionales de la salud a objetar en conciencia a la práctica de abortos. Se trata de una previsión que aumenta, en sí misma, la seguridad jurídica de los profesionales, confirma la existencia y posibilidad del ejercicio de un derecho fundamental, bajo el amparo de la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC) 53/1985 (Tribunal Constitucional de España, 1985).

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011a) declara 113.031 IVEs, con un incremento 1.550 casos en edades comprendidas entre los 15 y 44 años. Por grupos de edad no existen variaciones significativas. En comparación con el año anterior a la Ley Orgánica 2/2010 se observa un descenso en la tasa de IVE en las mujeres menores de 20 años, y en la franja de edad entre los 20 a 24 años. Por el contrario, la tasa aumenta en el resto de grupos de edad, de 25 a 29 años, de 30 a 34, de 35 a 39, y en las mujeres mayores de 40 años. El 60.4% de las mujeres que abortan en nuestro país son de nacionalidad española, un 22.3% proceden de América (principalmente América Central y Caribe), y un 5.3% de países africanos.

En España, el número total de IVEs se realizan en 147 centros debidamente autorizados. En el 1.8% de los casos la interrupción se realiza en un centro hospitalario público y en el 98.1% en centros privados, ya sea hospitalario o extrahospitalario. El 35.5% de las jóvenes que abortan en España trabajan, el 22.4% estudian y el 24.3% se encuentran en situación de desempleo. Para el 43.9% de ellas, el motivo de la interrupción es por salud materna y se acogen a la Ley Orgánica 9/1985 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985) -desde el 1 de enero al 4 de julio de 2010-; el 41.1% de los casos se acogen a la Ley Orgánica 2/2010 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) -desde el 5 de julio de 2010-, y para el resto (15.0%) existe grave riesgo para la embarazada y el feto (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014a).

Para Ruiz-Ramos, Ivañez-Gimeno y García León (2012), en el estudio que realizan en Andalucía para describir las variables asociadas con la IVE y las diferencias entre población autóctona y extranjera, obtienen que el riesgo de abortar es inversamente proporcional a la edad de la mujer, y cuanto más joven es la mujer, mayor es el riesgo de que un embarazo termine en una IVE. En el caso de las menores andaluzas de 15 años se producen más abortos que partos; sin embargo, cuando se mide la incidencia, el grupo de 20 a 24 años es el que tiene mayores tasas. Asimismo, subrayan que las tasas de abortos voluntarios, de fecundidad y de fertilidad son más elevadas en las extranjeras procedentes de África subsahariana, con un aumento de los abortos y un descenso de la fertilidad y de la fecundidad (Ruiz-Ramos et al., 2012).

Conviene señalar, que según la Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE (ACAI, 2010), esta práctica es desigual en el territorio español y no ofrece ni la misma información, ni los mismos servicios, ni el mismo presupuesto de la intervención. Melilla junto a La Rioja, Navarra y Ceuta carecen de centros en los que se puedan interrumpir las gestaciones hasta las 12 semanas, lo que supone el 90.0% de los casos. De igual forma, Murcia, Castilla-La Mancha, Extremadura, Castilla y León, y Navarra, no realizan las IVEs en los hospitales públicos, y en aquellos de la red sanitaria pública que se interrumpen las gestaciones suponen un 2.5% de todas las IVEs, la mayoría de las veces se relacionan con situaciones de grave riesgo fetal. Esta situación motiva que la inmensa mayoría de las mujeres se costeen una intervención que paradójicamente está contemplada por el Sistema Nacional de Salud (SNS), cuyo importe oscila entre los 350 y los 400 euros, cuando la edad gestacional es inferior a las 12 semanas, y una cuantía mayor cuando la edad gestacional es superior (ACAI, 2010).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014a), informa de un total de 109 casos de IVEs en la Ciudad Autónoma de Melilla durante el año 2012, de los cuales 10 casos corresponden a la franja de edad entre los 15 y 19 años, 36 casos recaen en la franja etaria entre los 20 y 24 años, 31 casos pertenecen a las chicas entre los 25 y 29 años, y el resto de los casos mujeres entre los 30 y 44 años. En su mayoría están solteras y el 30.2% de ellas tienen al menos una experiencia anterior de IVE. Destacar que en la Ciudad Autónoma de Ceuta, con características sociodemográficas y culturales semejantes a la Ciudad Autónoma de Melilla, al estar situada geográficamente también al norte de África, el total de IVEs durante el mismo período es de 38 casos (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2014a).

La entrada en vigor de la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), supone para la mujer la financiación pública del aborto, la normalización de esta prestación sanitaria y con ello la regularización del aborto no controlado -aquel que tiene lugar al margen de los centros públicos y privados acreditados para la IVE-, o el referido a las IVEs efectuadas por las propias mujeres con el consiguiente riesgo para su salud. Unas interrupciones estimadas en más de un millar de abortos anuales (ACAI, 2011).

La reciente aprobación del anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada (Ministerio de Justicia, 2013), sólo prevé dos supuestos para el aborto, el riesgo para la salud de la madre y cuando el embarazo sea consecuencia de una violación. Así, que el feto tenga algún tipo de patología muy grave o algún tipo de discapacidad no se contempla en la futura ley, a menos que esa situación signifique un riesgo para la madre. Ante este anteproyecto, la SEC (2014b) remite un escrito a los Ministerios de Sanidad y Justicia, en el que hace constar la masiva oposición de la comunidad científica y profesional, e insta a la inmediata retirada de la ley, solicitando que permanezca vigente la ley que está socialmente aceptada a partir de 2010.

El citado documento (SEC, 2014b) está respaldado por más de 125 sociedades científicas y profesionales de Europa y América. Cuenta con el apoyo específico de 59 sociedades españolas, 42 de ámbito estatal -Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE), Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)-, y 17 regionales que rechazan el anteproyecto del Gobierno, a las que se suman las representantes de 26 países europeos encabezadas por la European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC), y las sociedades más representativas de Iberoamérica (SEC, 2014b). Todas ellas destacan la preocupación del anteproyecto de Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada (Ministerio de Justicia, 2013), y señalan el retroceso de décadas en España en materia de salud sexual y reproductiva, y derechos de las mujeres.

La SEC (2014b), alerta de que se va a seguir optando por el aborto, independientemente de las circunstancias afectivas, económicas y sociales que tengan las mujeres. Señala que las leyes restrictivas no van a disminuir las tasas de IVEs, pero sí las van a incrementar. Asimismo, supone que la nueva propuesta va a ilegalizar aproximadamente un 90.0% de los abortos realizados en los últimos años en España (a petición de la mujer), y unas 100.000 mujeres al año tendrán que optar por seguir adelante con END -factor de riesgo gestacional-, interrumpir la gestación fuera de España o recurrir al aborto clandestino e inseguro. No es fácil estimar el porcentaje

de mujeres que usarían este recurso en España si se aprueba la nueva ley, pero puede estar en torno a 50.000 por año (SEC, 2014b).

Por otra parte, los expertos de la SEC (2014b) califican de enorme e innecesario el sufrimiento de impedir el aborto en caso de malformaciones graves -con una incidencia en España de unas 3.000 IVEs al año -. También, señalan las complicaciones físicas que se derivan de un aborto inseguro -hemorragias, infecciones, perforación órganos abdominales/peritonitis y shock hemorrágico y séptico-. Aluden además a las complicaciones crónicas -anemia y debilidad, dolor pélvico crónico, dispareunia, vaginismo y esterilidad-. A todo ello se añaden los problemas familiares y sociales, los costes y hasta la muerte materna (de 47.000 a 60.000 muertes en el mundo por aborto inseguro en 2008). La tasa de letalidad de aborto inseguro es muy variable (30-520/100.000), siendo la del aborto seguro de 0-0.7/100.000 procedimientos en los países desarrollados (SEC, 2014b).

Por último, se informa a través de todos los medios de comunicación -con fecha 23 de septiembre 2014-, de la retirada del anteproyecto de la Ley Orgánica para la protección de la vida del concebido y de los derechos de la mujer embarazada (Ministerio de Justicia, 2013), por falta de consenso. Así, el presidente del Gobierno anuncia en rueda de prensa que la única modificación que hará de la ley actual (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), será en el artículo referido a las embarazadas de 16 y 17 años, ante la obligación de las menores de contar con el permiso de los padres para abortar.

1.3.8 Infecciones de transmisión sexual

Las ITS constituyen una serie de patologías de etiología infecciosa diversa, cuya principal vía de transmisión, desde el punto de vista epidemiológico, es la sexual, incluidos sexo vaginal, anal y oral (Díez y Díaz, 2011; OMS, 2013b). Se conocen más de 30 microorganismos (bacterias, virus y parásitos diferentes) potencialmente responsables, aunque no todos ellos se adquieren exclusivamente por esta vía (Rodríguez et al., 2010a), pueden existir otros mecanismos de contagio, como la perinatal o la

parenteral. El reservorio siempre es el hombre (como ser humano) y la transmisión se realiza a partir de las personas infectadas (con formas clínicas agudas, crónicas o asintomáticas), por contacto directo durante la relación sexual.

Se utiliza el término de ITS en lugar de enfermedades de transmisión sexual (ETS), al incluir la fase asintomática, que puede ser compatible con la existencia de lesiones subclínicas con potencial para la transmisión (Díez y Díaz, 2011). Las ITS suponen a nivel mundial un importante problema de salud pública por la morbilidad que generan y su difícil control (OMS, 2007b).

Según la OMS (2013b) cada día, más de 1 millón de personas contraen una ITS. De las ochos ITS, son infecciones virales incurables la hepatitis B (VHB), el herpes, el VIH y el papiloma virus humano (VPH). La prevalencia de las ITS bacterianas clásicas como la sífilis y gonococia es elevada y causa secuelas graves en países con escasos recursos sanitarios (Rodríguez et al., 2010a). Algunas de las ITS que no tienen posibilidad de tratamiento causal, como el herpes simple y el VPH, son más frecuentes y preocupantes en los países desarrollados (OMS, 2013b; Rodríguez et al., 2010a).

Actualmente se dispone de tratamiento eficaz contra algunas ITS. Así, para el herpes y el VIH, los medicamentos más eficaces disponibles son los antivíricos, que pueden atenuar la evolución de la enfermedad, pero no curarla. Para la hepatitis B, los moduladores del sistema inmunitario (interferón) y los medicamentos antivíricos pueden ayudar a luchar contra el virus y frenar los daños al hígado. Las ITS bacterianas (clamidiasis, gonorrea y sífilis) y una parasitaria (tricomoniasis) son generalmente curables con los eficaces y actuales antibióticos de dosis única (OMS, 2013b).

Los datos epidemiológicos existentes en los países de la UE, ante los cambios sociales que se suceden y como consecuencia de los comportamientos sexuales tras la aparición del VIH (Savall, 2005), muestran en la mayoría de ellos un descenso progresivo de las ITS hasta principios de la década de los noventa. Así, en Reino Unido, Irlanda, Holanda y Suecia se producen incrementos en los casos declarados de gonococia a partir de 1996 (Fenton y Lowndes, 2004). Para Vallès et al. (2011),

la epidemiología de las ITS está cambiando y en los últimos años se observa una reemergencia de la sífilis y de las infecciones por el VIH, junto a la aparición de cepas de gonococos multirresistentes.

En España, según el Grupo de Trabajo sobre ITS (2014), se observa un descenso en el número de casos de sífilis y gonococia desde 1995 hasta el 2001. A partir de entonces la incidencia de sífilis se incrementa con una estabilización en niveles altos en el año 2009, y también para la infección de gonococia. Como en otros países europeos, los más afectados por la sífilis son los HSH (Díaz y Díez, 2012; Grupo de Trabajo sobre ITS, 2014), con una media de edad de 34 años para la sífilis y 30 años para la gonococia, poseen estudios secundarios o superiores y más de la mitad de ellos son españoles. Los afectados originarios de otros países provienen principalmente de Latinoamérica, y la mayor incidencia de estas ITS ocurre en las mujeres, más jóvenes (32 y 29 años) y a través de la vía heterosexual. La mayoría de las personas con sífilis o gonococia están coinfectadas por el VIH (75,5%) (Grupo de Trabajo sobre ITS, 2014; Puerta et al., 2010).

Por tanto, los flujos migratorios y los HSH son aspectos a tener en cuenta en la propagación de las ITS (Vázquez, 2011). Los inmigrantes, especialmente, aquellos que por su situación de ilegalidad están desempleados, sin recursos económicos y con dificultades para acceder al sistema sanitario son un grupo de riesgo importante (Tornero, Mafe, Castejón y Alonso, 2009). Vulnerabilidad que se manifiesta cuando expresan que la única salida que tienen es el sexo comercial (Caro-Murillo, Catalán y Valero, 2010). La proporción de personas que ejercen la prostitución en España es superior entre los extranjeros que los españoles; sin embargo, sólo existen diferencias en la proporción de clientes de prostitución en los diagnósticos de sífilis. Por el contrario, el porcentaje de sífilis y gonococia en relaciones coitales no protegidas, con un contacto esporádico, es superior en los españoles frente a los extranjeros. Igualmente, es superior en españoles los casos de sífilis en las relaciones coitales con pareja estable (Grupo de Trabajo sobre ITS, 2014).

Por su parte, el sistema de información de enfermedades de declaración obligatoria (EDO) en España, incluye las infecciones por gonococia, sífilis, sífilis con-

génita y la hepatitis B, que se realiza de forma numérica y con periodicidad semanal; los casos de hepatitis B y sífilis congénita requieren una información ampliada (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996). Apoola et al. (2006), señalan además la importancia de la búsqueda activa de los casos entre los contactos de las personas afectadas por ITS para cesar la transmisión de las mismas, y prevenir la reinfección del paciente, tarea complicada, tanto por razones prácticas como por los aspectos éticos y emocionales que le rodean.

En la actualidad, aunque los diferentes indicadores epidemiológicos muestran un importante incremento de las ITS en la población general, al ser la población joven la más activa sexualmente y con más conductas de riesgo (Vives y Sarquella, 2011), se considera una etapa vulnerable en la que hay que incidir en las medidas educativas y promocionar las relaciones sexuales seguras con el uso del preservativo (Díez y Díaz 2011). Los adolescentes sexualmente activos presentan un mayor riesgo de infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* (Godoy, 2011) con un elevado riesgo de infección por el VPH (Forhan et al., 2009).

En el estudio longitudinal y retrospectivo de Solares, Enríquez y Rodríguez (2009), cuya muestra está constituida por las adolescentes que acuden a consulta ginecobstétrica de patología cervical, obtienen una elevada incidencia del VPH en las participantes al cumplir la mitad de ellas criterios (lesiones subclínicas de infección) para análisis histológico (biopsia), y donde la infección por VPH está presente en el 60.9% de la muestra. Entre los factores de riesgo sexual de las adolescentes, Solares et al. (2009), describen un inicio de la actividad sexual antes de los 17 años y más de 2 parejas sexuales; el 57.2% de ellas tienen experiencia previa de IVE, y usan poco o nunca los preservativos. Resultados coincidentes con otro estudio en EE.UU., en el que se señala que la primera infección por el VPH tiene una incidencia elevada entre los 15 y los 19 años de edad, motivo por el que recomiendan la vacunación contra el VPH en las niñas preadolescentes (Forhan et al., 2009).

Para la OMS (2007b; 2013c), las ITS facilitan la transmisión del VIH y aumentan la capacidad infectiva del virus y su susceptibilidad, por lo que se considera de suma importancia el diagnóstico y tratamiento tempranos de las ITS. Igualmente, diagnosticar precozmente la infección por el VIH permite disminuir la morbimortalidad de las personas afectadas (Aldaz et al., 2007), y modificar las conductas que favorecen su transmisión. Agustí, Fernández, Mascortc, Carrillo y Casabona (2013), señalan que el diagnóstico temprano de las ITS debería formar parte de las estrategias preventivas de la infección por VIH. Por ello, al ser este virus uno de los agentes infecciosos más mortíferos del mundo (OMS, 2013a; 2013c), se le dedica un epígrafe específico:

1.3.8.1 Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH destruye el sistema inmunitario y debilita los sistemas de vigilancia y defensa del organismo. Situación que entraña una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir. La fase más avanzada de la infección por el VIH se conoce como SIDA, lo que puede tardar entre 2 y 15 años en manifestarse, dependiendo de la persona, y se define por la aparición de ciertos tipos de cáncer, infecciones u otras manifestaciones clínicas graves (OMS, 2013c; 2013d).

El VIH se puede transmitir por el contacto con diversos fluidos corporales de personas infectadas, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales. No es posible contagiarse por contactos de tipo cotidiano como puedan ser los besos, abrazos o apretones de manos, o por el hecho de compartir objetos personales, alimentos o bebidas. Hay ciertos comportamientos que incrementan el riesgo de que una persona contraiga el VIH, entre ellos, practicar coito anal (CA) o vaginal sin protección (OMS, 2013d). Así, para la prevención de la misma, se recomienda el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos y femeninos durante la penetración vaginal o anal. Los datos demuestran que los preservativos masculinos de látex tienen un efecto protector del 85.0% o más contra la transmisión del VIH y otras ITS (OMS, 2013c).

La evolución de la infección por el VIH, desde que aparece en 1981, acarrea más de 36 millones de muertes (OMS, 2013c), aunque debido a un mayor acceso a los medicamentos utilizados en el tratamiento y a los programas de prevención (OMS, 2013a; 2013c), en el año 2010 se evitan 700.000 muertes relacionadas con el SIDA (ONUSIDA, 2011a). Así, al mejorar el sistema inmunitario de los enfermos y cambiar el curso de la infección, esta progresa hasta la cronicidad (Afani et al., 2006; Folch, Casabona, Muñoz, González y Zaragoza, 2010; ONUSIDA, 2013).

El Informe de ONUSIDA (2013), el panel de expertos del Grupo de Estudio de SIDA (GeSIDA) y el Plan Nacional sobre el SIDA (PNS) (2014), declaran sobre la epidemia mundial del SIDA, que el avance y el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) alargan la vida de las personas afectadas al reducir la carga vírica y, por consiguiente, el potencial de transmitir el virus (ONUSIDA, 2011a). Este aumento de la esperanza de vida, si bien ayuda a disminuir las tasas de mortalidad relacionadas con el SIDA en varios países y regiones del mundo, también incrementa la prevalencia del VIH. En la actualidad más personas que nunca viven con el VIH, y aunque el número de nuevas infecciones sea cada vez menor, por cada persona que inicia el tratamiento, dos contraen el virus (ONUSIDA, 2010a). El nuevo informe emitido por ONUSIDA (2014) señala que 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en todo el mundo no saben que son VIH-positivas.

En el año 2012 se producen 2.3 millones de nuevos casos de infección por el VIH en adultos y niños, lo que representa una caída del 33.0% desde el año 2001 (ONUSIDA, 2013). Los datos confirman que se está produciendo un descenso en la incidencia del VIH y del SIDA a nivel mundial. En los tres últimos años, el número de infecciones nuevas por VIH desciende en un 13.0% (ONUSIDA, 2014). En el Caribe, desciende un 40.0% desde el año 2005; por el contrario, aumentan las infecciones nuevas por VIH en un 7.0% en Oriente Próximo y en el norte de África, y un 5.0% en Europa del Este y Asia Central en el mismo periodo (ONUSIDA, 2014).

No obstante, a pesar de los logros recientes, los beneficios son inconsistentes porque la aparición, el desarrollo y las manifestaciones de la infección dependen de

factores biológicos, sociales, culturales y económicos, lo que ejerce una influencia más negativa en los países menos desarrollados (ONUSIDA, 2011b). Igualmente, la respuesta a la infección requiere un nuevo pacto mundial de solidaridad y responsabilidad común para garantizar el acceso universal a los servicios de lucha contra el VIH. Conseguir cero nuevos casos de infección por el VIH, cero discriminaciones y cero muertes relacionadas con el SIDA es el objetivo del milenio (ONUSIDA, 2010b; 2011b).

Según ONUSIDA (2011a) a treinta años de la epidemia del SIDA, los jóvenes están en el centro de la epidemia y sobre ellos recaen la mitad de los nuevos casos. Factores como la edad del debut sexual (OMS, 2011; Teva-Álvarez et al., 2009a), cada vez más temprana, demuestra la vulnerabilidad de los jóvenes ante la infección por VIH y señalan a esta población como la más afectada. Además, este inicio temprano en la actividad sexual con penetración se relaciona con un mayor número de parejas sexuales y un menor uso del preservativo tras el cumplimiento de años (Castro, Bermúdez y Buela-Casal, 2009; Bermúdez, Castro, Gude y Buela-Casal, 2010b). Para Velásquez y Bedoya (2010), esta vulnerabilidad de los jóvenes tiene su origen en la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable y no protegida.

ONUSIDA (2011b) informa de la existencia aproximada de 34 millones de afectados, y que África Subsahariana es la región sobre la que recae un 69.0% de las nuevas infecciones anuales diagnosticadas a nivel mundial. Referente a las nuevas infecciones por VIH, en Europa Oriental y Asia Central, las tasas aumentan considerablemente y el número de personas que vive con VIH casi se triplica desde el año 2000, alcanzando un estimado total de 1.4 millones en 2009 (ONUSIDA, 2011b). Los factores que contribuyen a su incremento son, por un lado, la transmisión del VIH en los UDI, con un comportamiento sexual sin protección, y por otro, un sistema de salud y de bienestar social precario que desalienta a los afectados para solicitar servicios de prevención y tratamiento (ONUSIDA, 2011b). Además, la venta de sexo y la homosexualidad masculina, a menudo, consideradas prácticas ilegales en muchos países, les conduce a la estigmatización y exclusión social (ONUSIDA, 2010a). Por ello, en el Informe de UNICEF (2010) queda recogido un llamamiento para proteger los derechos y la dignidad, especialmente de los niños y jóvenes de

Europa Oriental y Asia Central, como medida prioritaria para el descenso en las nuevas infecciones por el VIH.

En Europa Occidental, España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia del SIDA (Bermúdez y Teva-Álvarez, 2003; ONUSIDA, 2007; 2008), que si bien mejora respecto a décadas pasadas, la tasa es superior a la media de la UE (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013). En 2011 se notifican 2.763 nuevos diagnósticos de VIH, y el 83.0% de estas primoinfecciones son hombres con una media de edad de 35 años. La transmisión de los HSH es la más frecuente (54.0%), seguida de vía HTS (31.0%), y la transmisión de los UDI (5.0%) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2012).

Con respecto al año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), notifica en junio de 2013, 3.210 nuevos diagnósticos de VIH en España, de los cuales el 85.0% se corresponde con hombres con una media de edad de 36 años; la vía de transmisión sexual para la infección por el VIH se mantiene en el mismo orden que el año anterior. Sin embargo, estos datos dan un giro con respecto a las primoinfecciones de los españoles ofrecidas por ONUSIDA (2009) con el predominio de la transmisión HTS (34.7%), seguida de la transmisión de los UDI (32.0%), y la de los HSH (30.0%).

En relación a los HSH, diversos estudios señalan que un 30.0% de las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico, lo que supone un riesgo añadido, tanto para su propia salud, como para las personas con las que tienen relaciones sexuales (Bermúdez, Castro y Buela-Casal, 2009a; ONUSIDA, 2009). A pesar de que la prueba para la determinación del VIH en España es gratuita y confidencial, casi un 50.0% de las personas diagnosticadas por primera vez durante el año 2011 presentan indicios de diagnóstico tardío (Bermúdez et al., 2009a).

Desconocer la situación de la infección por el VIH supone que las personas no se beneficien del TAR de alta eficacia e incrementa la probabilidad de desarrollar el SIDA. Esta situación los coloca en un nivel de mayor vulnerabilidad con respecto a los pacien-

tes que se diagnostican precozmente e inician el tratamiento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014b). Además, supone un riesgo fundamental, tanto para la propia salud del portador, como para las personas con las que tienen relaciones sexuales al estar transmitiendo la infección sin saberlo (Bermúdez et al., 2009a).

Otro aspecto a tener en cuenta son los nuevos diagnósticos de infección por el VIH en personas originarias de otros países (aproximadamente el 35.0% de las nuevas infecciones anuales por el VIH) (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2013). El grupo más afectado es el de los latinoamericanos con el 18.0% de los nuevos casos de infección, y correspondiendo a las mujeres inmigrantes más del 60.0% de los nuevos diagnósticos del género femenino. Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2013), los españoles son mayoritarios en todas las categorías de transmisión; por el contrario, en la heterosexual, casi el 50.0% son inmigrantes, principalmente de origen latinoamericano y subsahariano. También el porcentaje de inmigrantes es alto entre los diagnósticos en HSH, tras los de origen español (71.0%), destacan los de origen latinoamericano (20.0%).

En relación a la prevalencia del SIDA en España por CCAA, y en función de la tasa de extranjeros residentes en ellas, Cataluña, Madrid, País Vasco, Andalucía y Baleares son las zonas con mayor número de casos de SIDA y donde más inmigrantes viven (Bermúdez et al., 2009a). En el estudio con adolescentes residentes en España, activos sexualmente en los últimos seis meses y con pareja estable, Bermúdez et al (2010b), señalan que los varones latinoamericanos presentan más conductas inseguras, y un mayor riesgo de infección para las ITS/VIH que los autóctonos.

Igualmente, la conducta sexual de riesgo de los latinos se reitera en el análisis de las publicaciones científicas desde 1998 a 2007 que realizan Castro et al. (2009), en el estudio de las variables que influyen en la emisión de los comportamientos sexuales de riesgo. El impacto de la inmigración, los riesgos asociados a ella y la doble condición de riesgo que impregna el hecho de ser adolescente e inmigrante, colectivo cada vez más numeroso dentro de los latinoamericanos, es lo que los determina como grupo vulnerable. Las conclusiones que se extraen de los estu-

dios mencionados coinciden con el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2013), al observar una tendencia ascendente en los últimos años en el porcentaje de los nuevos diagnósticos del VIH en los latinos, mientras que se estabiliza en otros grupos, como en el de los subsaharianos.

Según datos publicados en el primer semestre de 2012 por el INE (2013a), en la Ciudad Autónoma de Melilla existen 90 casos de SIDA diagnosticados desde el comienzo de la epidemia en 1981. Corresponden a la transmisión de UDI el 62.2% de los casos de SIDA, al contacto HTS el 17.7%, y a la vía de transmisión de los HSH el 10.2%. El 2.2% corresponde a cada de una de las demás categorías de transmisión (transfusiones sanguíneas y transmisión vertical madre-hijo). El 78.8% de los casos de SIDA diagnosticados en Melilla afecta a los varones y el 21.1% a las mujeres.

Lameiras-Fernández, Núñez, Rodríguez, Bretón-López y Agudelo (2005), señalan que hay que potenciar el uso del preservativo femenino, ya que junto con el preservativo masculino, cumplen la doble función, preventiva y anticonceptiva, necesarias para hacer frente a la epidemia del VIH/SIDA. A pesar de las múltiples campañas de promoción del preservativo masculino todavía se realizan conductas sexuales de riesgo (Lameiras-Fernández et al., 2005). Bretón-López y Buela-Casal (2005) creen la necesidad de evaluar dichas campañas para el desarrollo de instrumentos que puedan medir la eficacia preventiva de las mismas.

CAPÍTULO 1.4

El género como factor de influencia en la conducta sexual

Según la OMS, OPS, WAS (2000), el género es la suma de valores, actitudes, roles, prácticas o características culturales basadas en el sexo. De este modo, la sociedad asigna diferentes papeles a la mujer y al hombre en distintos contextos sociales (OMS, 2002). La diferencia existente en las oportunidades y los recursos de unos y otras influyen en la toma de decisiones y en el disfrute de los derechos humanos, incluso en los relacionados con la protección de la salud y la demanda de atención en caso de enfermedad. Así, estas desigualdades en las relaciones de género interactúan con otras variables sociales y económicas, y ofrecen una exposición a los riesgos diferenciada. Cada vez se dispone de más datos que demuestran los múltiples vínculos entre el género y la salud (OMS, 2002).

El género es una construcción cultural que permite estudiar cómo se internalizan las normas culturales por hombres y por mujeres, y por consiguiente, cómo se expresan sus prácticas sexuales (OMS, 2002). Tener en cuenta el género como categoría de análisis permite identificar los determinantes psicosociales de actitudes y prácticas sexuales que pueden perjudicar la salud (Yago y Tomás, 2013). Organismos Internacionales y Comunidades Científicas recomiendan incluir la categoría género en los estudios de investigación (OMS, 2002; Yago y Tomás, 2013).

Diversos estudios señalan que en las sociedades y grupos poblacionales con actitudes machistas (Larrañaga, Yubero y Yubero, 2012), basadas en un modelo patriarcal, es mayor la incidencia de END y de ITS asociados a la violencia de género (VG) (Dunkle y Decker, 2013). En Botswana, como en otras zonas del sur de África, el com-

portamiento sexual masculino y femenino se ve afectado por diferentes factores. Entre los hombres, tener educación secundaria aumenta las probabilidades de ser sexualmente activos, probablemente porque estos hombres hacen más atractivas las relaciones. Entre las mujeres, en cambio, estar en la escuela reduce significativamente las probabilidades de ser sexualmente activas. Este hallazgo es consistente con la política de expulsión de la escuela -1 año-, a las alumnas embarazadas (Meekers y Ahmed, 2000). Barrón, Martínez-Iñigo, De Paul y Yela (1999), declaran que el género femenino es más vulnerable a los comportamientos de riesgo. La vida sexual está regulada por la cultura, que incluye o excluye, permite o prohíbe, su acceso al poder y al placer (Nieto, 2003).

En el estudio de Bermúdez, Teva-Álvarez y Buela-Casal (2009b), sobre la búsqueda de sensaciones, estrés social y estilos de afrontamiento, en una muestra de 4.456 estudiantes españoles de Educación Secundaria Obligatoria (ESO), los varones adolescentes son más activos para explorar nuevas emociones con más estrés social que las mujeres. Las chicas presentan mejor nivel de afrontamiento en relación con los demás y en conductas de evitación de riesgos que los chicos, lo que puede explicar el efecto de estas variables en los comportamientos de riesgo sexual según el género. López, Carcedo, Fernández-Rouco, Blázquez y Kilani (2011), coinciden en que los varones sexualizan mucho más las relaciones y hacen una búsqueda más activa de contactos sexuales que las mujeres, a la vez que expresan más abiertamente el interés sexual. Para Maté y Acarín (2011), las chicas sienten en mayor medida que las relaciones sexuales se establecen con una pareja estable y valoran más la fidelidad que los chicos (Faílde et al., 2008).

No obstante, a pesar de los cambios sociales de las últimas décadas, el mito del amor romántico está generalizado (Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García, 2008; Schäfer, 2008), y se sigue transmitiendo en el proceso de socialización. Según Juan (2011), estas creencias marcan las pautas socioculturales en las relaciones sexuales de pareja. Sistema de valores imperantes, sobre lo que es adecuado y/o está socialmente aceptado (Nieto, 2003), y que constituyen básicamente una concepción pa-

triarcal en lo que a las relaciones entre los hombres y las mujeres se refiere (Moreno, González y Ros, 2007).

Ferrer, Bosch y Navarro (2010a), estiman que las mujeres españolas continuarían creyendo en mayor medida que los varones en el mito del amor romántico, aunque tienen menos miedo a estar solas y/o no estar emparejadas. En los varones gana importancia tener pareja y, sobre todo, la consideración de que la ruptura con la pareja es un fracaso. Igualmente, el nivel de aceptación de los celos románticos en la sociedad española, aunque presenta ligeros cambios, es un dato a tener en cuenta ya que perpetua la estructura de poder y la desigualdad en las relaciones amorosas, además de consagrar elementos como la pasividad, la subordinación, la idealización o la dependencia del otro (Ferrer, Bosch, Navarro y Ferreiro, 2010b).

El análisis de asociación sobre la prácticas sexuales y el romanticismo en varias CCAA (Baleares, Galicia y Valencia), muestra que se utiliza menos el preservativo en el marco de las relaciones románticas, y alcanza mayor significación en las mujeres porque se perciben más seguras con esas parejas de confianza, lo que motiva el rechazo de las medidas preventivas (Calafat et al., 2009, Faílde et al., 2008). Al mismo tiempo, al ser el preservativo un método considerado masculino se utiliza en mayor medida por los varones que por las mujeres (García-Carpintero et al., 2014).

Por el contrario, Navarro, Carrasco, Sánchez y Torrico (2004), en el estudio que realizan con adolescentes alicantinos, señalan que la mayor significación de riesgo para el uso del preservativo recae sobre los chicos al presentar una actitud más negativa que las chicas. Amparados en la creencia de su mayor impulso sexual masculino perciben menos las situaciones de riesgo. Por tanto, conforme aumentan las actitudes machistas y románticas en los jóvenes, mayor es la tendencia a rechazar las medidas preventivas en las relaciones sexuales (Larrañaga et al., 2012).

Muñoz-Silva, Sánchez-García, Martius y Nunes (2009), en el estudio sobre la adopción de conductas sexuales seguras en jóvenes españoles y portugueses, reportan que existen diferencias de género aplicables en ambos países. Concluyen

que las mujeres jóvenes tienen una actitud más positiva y mayor control conductual percibido e intención de uso de preservativos que los hombres. Sin embargo, presentan más riesgos que sus homólogos masculinos al expresar que utilizan en menor proporción el preservativo como método anticonceptivo, sobre todo con sus parejas estables. Esta contradicción y disonancia entre lo que se piensa y lo que se hace también se advierten en el estudio de Calafat et al. (2009).

En la misma línea, los resultados con estudiantes universitarios españoles (Larrañaga et al., 2012), reflejan la influencia del género en las actitudes sexuales con un rechazo hacia los métodos anticonceptivos en general y, en particular, hacia los preservativos por las actitudes machistas que se obtienen. Conductas sutiles y cotidianas para controlar a la mujer bajo una cubierta de protección legitimada y de aceptación social en general. En ocasiones, esta situación pasa desapercibida para algunas mujeres e incluso puede ser aceptada (Larrañaga et al., 2012).

Según Rodríguez y Traverso (2012), las diferencias existentes según el género para el uso de preservativo en el debut sexual en adolescentes andaluces, se debe a que los varones lo utilizan en mayor proporción que las mujeres para evitar un END y para evitar una ITS. La motivación de las mujeres para hacer menos uso del condón es por la educación sexual recibida. Este hallazgo se reitera en otros estudios previos (Calafat et al., 2009; Teva-Álvarez et al., 2009b), al describir la seguridad que proporcionan las relaciones de amor y confianza con las parejas sexuales en el género femenino (Faílde et al., 2008).

Para Fierros, Rivera y Piña (2011), la variable edad tiene un papel importante en el género femenino para la negociación del uso del condón. Las mujeres que inician su actividad sexual a edades precoces se encuentran en desventaja debido a su falta de experiencia para decidir con quién, cuándo, cómo y bajo qué circunstancias sociales establecen las relaciones sexuales. Sin embargo, Lameiras-Fernández et al. (2004), en otro estudio sobre el debut sexual en adolescentes españoles, obtienen el resultado de que el sexo desprotegido con la pareja sexual regular es frecuente ante la idea errónea de que carece de riesgos, sobre todo en el género masculino,

motivo por el que ellos utilizan más el preservativo con la pareja sexual ocasional que con la pareja estable.

Ballester, Gil-Llario, Ruíz-Palomino y Giménez-García (2013), establecen las diferencias en el uso del preservativo para la prevención sexual del SIDA en relación a la autoeficacia -elemento importante en la reducción del riesgo-, y el género. La obtención de niveles medio-altos de autoeficacia en una muestra de 3.530 estudiantes universitarios españoles, depende de distintos momentos de la relación sexual. Tanto los hombres como las mujeres se perciben más autoeficaces en las situaciones de posible rechazo o evaluación negativa del condón por parte de la pareja. Las habilidades de autocontrol emocional y conductual cuando tienen que parar la actividad sexual, para la colocación del preservativo, en una situación de máxima excitación sexual, muestra puntuaciones medias-bajas en los varones. Sin embargo, estos se sienten más seguros que las mujeres a la hora de ir a comprarlos, lo que demuestra mayor autoeficacia en el manejo del uso de condón en una situación pública. En cambio, las mujeres presentan más autoeficacia en la capacidad de negociarlo en el ámbito de lo privado. Los autores consideran que esta variable es importante en la prevención del VIH porque contribuye a la emisión de conductas más seguras, y ejerce una influencia destacada sobre la motivación al propiciar que esa conducta preventiva se mantenga (Ballester et al., 2013).

En el caso del uso del preservativo en la vida sexual activa con parejas ocasionales, los varones universitarios mejicanos del trabajo que realizan Piña et al. (2010a), lo utilizan como medida preventiva para obtener la consecuencia positiva de evitar la infección por el VIH, mientras que las mujeres lo usan para conseguir la consecuencia positiva anticonceptiva de evitar el END. En un estudio previo, Uribe et al. (2008), obtienen el hallazgo de que las mujeres de Colima (México) tienen más parejas ocasionales que los varones y utilizan menos el preservativo. Este rechazo al uso del condón es el principal predictor de conducta sexual de riesgo en las mujeres (Uribe, Valderrama, Sanabria, Orcasita y Valderrama, 2009).

Igualmente, Fierros et al. (2011), alcanzan diferencias significativas sobre la actividad sexual con parejas ocasionales en las mujeres universitarias mejicanas, ante la escasa probabilidad de adoptar medidas de protección en los encuentros casuales con personas desconocidas. La motivación de sentirse atraídas y la excitación física del momento al estar bajos los efectos de alcohol o alguna sustancia tóxica, es lo que les impide emitir prácticas sexuales seguras. El abuso de sustancias psicoactivas, previos a la relación de pareja, se asocia a una actividad sexual desprotegida y con un mayor número de parejas ocasionales a lo largo de la vida sexual activa (López-Amorós et al., 2010; Piña et al., 2007; Piña, Ybarra, Alcalá y Samaniego, 2010b; Teva-Álvarez et al., 2009b).

Asimismo, Piña y Rivera (2009), señalan que los varones mejicanos se involucran con parejas sexuales desconocidas al encontrarse en un lugar de adultos (motivación social), y no descartan la posibilidad de la influencia del consumo de tóxicos en estos espacios, -lo que está socialmente aceptado en el género masculino-. Mientras que las mujeres justifican las relaciones casuales porque se sienten atraídas y esto las excita físicamente (motivación biológica) (Piña y Rivera, 2009). En cambio, Maté y Acarín (2011) obtienen motivaciones diferentes para las relaciones casuales en el estudio con jóvenes universitarios/as españoles. Señalan que las mujeres tienen relaciones sexuales fortuitas motivadas por la simpatía y la posición social de la pareja, mientras que en los hombres la motivación es porque se sienten atraídos por el físico de las chicas (Maté y Acarín, 2011).

Romero-Estudillo (2010) obtiene diferencias en función al género para el debut sexual y para la vida sexual activa de los melillenses participantes. La inconsistencia en el uso del preservativo, para ambas situaciones, es más manifiesta en las mujeres que en los varones. En la primera relación sexual las chicas exponen la existencia de una relación afectiva y de confianza con las parejas para no usar el preservativo. En los chicos, es porque les resta sensibilidad y placer a la relación. Referente a la vida sexual activa de los iniciados/as, el patrón de monogamia serial (Bayés, Pastells y Tul-

drà, 1996; Lameiras-Fernández, 1998), en función de la cual, la pareja se sustituye con relativa frecuencia y se es fiel mientras dura la relación, es más habitual en los varones. La motivación para el uso del preservativo en el debut es anticonceptiva para evitar un END seguido de evitar una ITS; no obstante, con las parejas casuales, se invierten las variables con un predominio de la motivación preventiva de evitar una ITS sobre la anticonceptiva de evitar un END, sobre todo en los varones (Romero-Estudillo, 2010).

Uribe, Amador, Zacarías y Villarreal (2012), al analizar las percepciones del uso del condón y de la sexualidad en jóvenes universitarios/as mejicanos, llegan al resultado de que el grupo de mujeres es el que muestra mayor nivel de conocimientos con más habilidad para el uso del preservativo en la primera relación, en la pareja estable y en la pareja ocasional. En el caso del grupo de hombres, la percepción de conocer el uso correcto del condón con la pareja estable no se correlaciona, lo que marca una diferencia de género importante en este aspecto de la sexualidad.

En cambio, para Fernández, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Dufey, Corrêa y Benedetti (2013), los motivos para establecer relaciones sexuales fortuitas difieren en los/as universitarios chilenos. Los autores revelan que en los varones las parejas casuales son más frecuentes porque ellos buscan relaciones sin compromisos, mientras que las mujeres tienen menos necesidad de intimar sexualmente con alguien que conocen desde hace seis meses o menos tiempo. La búsqueda de una pareja estable es similar en ambos grupos, pero en el género femenino destaca la amabilidad y la responsabilidad de las relaciones, y en el masculino la alta autoestima y la apertura ideológica que tienen de la sexualidad.

Señalar como predictores del riesgo en relación al género, las actitudes sexistas y desiguales entre los varones y las mujeres inmigrantes participantes en el análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos/as e inmigrantes latinoamericanos/as en España (Bermúdez et al., 2010a). Actitudes que sitúan a las latinoamericanas en una posición de desventaja por la dificultad que demuestran para negociar el uso del preservativo. Según Bermúdez et al. (2010a), los/as latinos residentes tienen más

parejas sexuales que los/as autóctonos y utilizan menos el preservativo, tanto con parejas estables como con las parejas ocasionales. Además de la edad, nivel socioeconómico, grado de conocimientos, normas culturales, historia familiar, legislación y patrones de comportamiento de los diversos grupos étnicos, el género ejerce una poderosa influencia en los comportamientos sexuales y en las prácticas anticonceptivas (Ilkkaracan y Jolly, 2007).

CAPÍTULO 1.5

La orientación sexual como factor de influencia en el comportamiento sexual

La Comisión Internacional de Juristas (CIJ, 2007) en los Principios de Yogyakarta, se refiere a la orientación sexual como a la variable independiente del sexo biológico o de la identidad de género. Así, cada persona puede sentir una profunda atracción emocional, afectiva y sexual por personas de un género diferente al suyo, de su mismo género o de más de un género. Es un concepto complejo cuyas formas cambian con el tiempo y difieren entre las diferentes culturas que sugiere la capacidad de mantener relaciones íntimas y sexuales con personas (CIJ, 2007).

Diversos autores coinciden en que la orientación sexual determina la dirección de los intereses eróticos (González, Martínez, Leyton y Bardi, 2004) hacia las personas del sexo opuesto, del mismo sexo o de ambos sexos. La orientación sexual es un aspecto ineludible relacionado con la identidad sexual (Valenzuela, 1993; Vargas, 2013), donde la atracción hacia un tipo particular de personas se expresa en las áreas de lo emotivo, romántico, sexual y afectivo (Vargas, 2013).

Sentimientos, atracciones y conductas sexuales que el sujeto asume socialmente (Savin-Williams y Cohen, 2004) como resultado de la relación existente entre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales (Valenzuela, 1993; Almonte, 2006), históricos y culturales y sexuales (Zucker, 2001). Igualmente, experimentar placer en una conducta homosexual no equivale a ser homosexual, como tampoco experimentar placer en una conducta heterosexual equivale a ser heterosexual (González et al., 2004), porque la identificación con la propia orientación sexual puede cambiar a lo largo de la vida de un mismo sujeto como una expresión más de su sexualidad.

Desde el ámbito de las ciencias de la salud, preguntar por el sexo asignado al nacer y cómo se autoidentifica una persona en términos de identidad de género es fundamental porque contribuye al trabajo científico. Según la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, 2012), demostrar que hay personas que son más vulnerables que otras a la ITS favorece las políticas de salud pública en materia de prevención, tratamiento y recursos. No obstante, ante la polémica científica de cómo indagar sobre la orientación sexual existen diferentes posturas. Para Campo-Arias, Díaz-Martínez y Ceballos-Ospino (2009), si se trata de diseñar estrategias preventivas para el VIH es recomendable preguntar sólo por el comportamiento sexual. Si la finalidad es conocer algunos riesgos psicosociales de personas no heterosexuales es preferible abordar exclusivamente la orientación sexual.

Rodríguez-Larralde y Paradisi (2009), refieren que a pesar de los diferentes métodos existentes para medir la orientación sexual de un individuo (medidas fisiológicas con técnicas invasivas para evaluar la respuesta sexual, encuestas autoadministradas, o preguntar a través de comunicación telefónica), los cuestionarios demuestran su validez, lo que se confirma a través de los numerosos estudios sobre orientación sexual que se realizan y se siguen realizando usando esta metodología.

La encuesta autoadministrada es la forma más válida y fiable para investigar comportamientos vulnerables en poblaciones de todas las edades (Brener, Billy y Grady, 2003). Pero surgen dudas respecto a la confiabilidad de las respuestas al indagar de forma directa sobre orientación sexual en adolescentes. Así, Feldman, Bird, Hoven, Moore y Bin (2000) proponen preguntar de forma indirecta para conseguir datos más íntegros.

En el estudio de Campo-Arias et al. (2009), analizan la concordancia entre las dos formas de investigar la orientación sexual en adolescentes colombianos (directa e indirecta), y encuentran una baja relación entre ambos métodos, por lo que la elección de uno u otro depende del contexto en el que se vaya a utilizar. Otros autores como Savin-Williams y Ream (2007), señalan que ante la complejidad de la orien-

tación sexual, sólo se deben medir las dimensiones relevantes relacionadas con la pregunta de investigación y con las implicaciones de salud pública.

Según Terrasa, Mackintosh y Piñero (2011), se estima que entre el 5.0% y 10.0% de la población se autoidentifican como lesbiana, gay u homosexual. Se utilizan estos términos para referirse a aquellas personas cuya relaciones emocionales y/o sexuales y su proyecto de vida, se establecen fundamentalmente con alguien del mismo sexo. Toro-Alfonso (2005), declara que el uso del término HSH incluye tanto a hombres que se autoidentifican como homosexuales como a los que se autoidentifican como heterosexuales. Así, muchos HSH pueden sentir que su orientación es heterosexual (Knight, 2004; Toro-Alfonso, 2005). Aquellos que no se consideran a sí mismos como homosexuales o bisexuales, en el estudio de White y Carr (2005) tienen mayor probabilidad para la infección por el VIH.

Castañeda (2000) señala que los límites entre la homosexualidad y la heterosexualidad son cada vez más difusos, ya que la persona homosexual no siempre es homosexual. Para Diamond (1993), las actividades predominantes o exclusivamente homosexuales son más frecuentes que las bisexuales. Rodríguez-Larralde y Paradisi (2009), declaran que la homosexualidad parece ser más frecuente en hombres que en mujeres. Para Moral de la Rubia (2009) los varones con conductas homosexuales tienden a mostrarse más inhibidos en comportamientos heterosexuales de coito vaginal, que las mujeres homosexuales. Fernández Rodríguez (2013) al explorar los aspectos relacionados con la identidad sexual en jóvenes pertenecientes a la comunidad gays, lesbianas y bisexuales, obtiene mayor incidencia de autodeclaración en las mujeres bisexuales.

McNair (2005) se refiere con el término MSM (mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres), al presentar las conductas que ponen en práctica las mujeres, independientemente de que puedan tener relaciones sexuales con hombres o las tuvieran en el pasado. Hecho que puede ocurrir con las mujeres que se autodeclaran como heterosexuales al considerar que las relaciones que tienen con mujeres no implica un cambio en su identidad. Desde esta perspectiva no se tiene en cuenta

ni la atracción sexual, ni la autoidentificación, sino la conducta sexual que expresan. Situación que puede explicar para estas orientaciones sexuales minoritarias (OSM) (Terrasa et al., 2011) la mayor vulnerabilidad que tienen de exponerse a las ITS (Savin-Williams y Ream, 2007).

Es un hecho constatado que la infección por el VIH puede afectar a cualquier colectivo, y por tanto no se limita a grupos de riesgo (Brooks-Gunn, Boyer y Hein, 1988; Weisse, Nesselhof-Kendall, Fleck-Kandath y Baum, 1990). Sin embargo, diferentes estudios muestran como las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT) tienen peores resultados en indicadores de salud que las personas heterosexuales (OMS, 2012), con mayor riesgo de sufrir la infección por el VIH, entre otras ITS (OMS, 2012; Vall-Mayans, Casals, Vives, Loureiro, Armengol y Sanz, 2006; Vall-Mayans, 2013).

El estudio de Izazola-Licea, Gortmaker, De-Gruttola, Tolbert y Mann (2003), ofrece diferencias significativas asociadas a la existencia de comportamientos de riesgo en función a la orientación sexual. Los bisexuales participantes en el estudio mantienen comportamientos sexuales de menor riesgo con hombres que los homosexuales exclusivos (HSH). Este hallazgo sugiere que los hombres bisexuales en México no son un puente epidemiológico efectivo para la transmisión del VIH.

En relación con la variable edad del debut sexual y la orientación sexual, Van Griensven et al. (2004), afirman que los homosexuales y bisexuales se inician más precozmente que los heterosexuales. La edad del debut sexual es una variable que predice conductas de riesgo (Dancy et al., 2010; Li et al., 2009; Velásquez y Bedoya, 2010). Fenton y Hughes (2003), declaran que el descenso de la edad de la primera relación sexual, el número de parejas sexuales a lo largo de la vida sexual activa (seriada o concurrente), junto a las prácticas sexuales anales entre HSH son factores a tener en cuenta para evitar la propagación de las ITS. Para Pecheny (2013) los grupos de LGBT se encuentran en una situación de desigualdad estructural e histórica por la falta de recursos. Estigma social y clandestinidad sexual que los hace más vulnerables en materia de salud.

Folch, Fernández-Dávila, Ferrer, Soriano, Díez y Casabona (2013), en la encuesta on-line europea (EMIS) para HSH, obtienen unos resultados en España que sugieren conductas de alto riesgo por la penetración anal no protegida (PANP). Señalan que los hombres menores de 25 años tienen más probabilidad de conductas sexuales de alto riesgo tanto en las relaciones estables como en las casuales. Incremento que coincide con la proporción de nuevos diagnósticos de VIH en los jóvenes españoles de HSH (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2013). En este sentido, es evidente la mayor vulnerabilidad ante la infección por el VIH que posee el colectivo de HSH (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011), ante el cambio de percepción que presentan y la relajación existente en las prácticas sexuales.

Según García Olalla (2007) los HSH valoran la infección del VIH como un proceso manejable y leve, hasta el punto de no sentir la necesidad de conocer el estado serológico de las parejas sexuales. Este hecho lo justifican porque están sometidos al TAR y no tienen necesidad de usar preservativo. Afani et al. (2006), coinciden en que la minimización de los riesgos que hacen los HSH se debe a los beneficios de la terapia. Además, como los portadores del VIH son tan jóvenes, no tienen la experiencia de cuando la infección era mortal (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011; García Olalla, 2007).

Por tanto, el incremento en la prevalencia y la incidencia del VIH y otras ITS en el colectivo de HSH (Vall-Mayans et al., 2006), no es exclusivamente por el uso inconsistente del preservativo -generado por el optimismo de la terapia antirretroviral-, también el consumo de alcohol y drogas, y el uso de internet para conocer y buscar parejas, actúan como factores desencadenantes de comportamientos inseguros en este grupo de población (Afani et al., 2006; Folch et al., 2010). Fernández-Dávila, Lupiáñez-Villanueva y Zaragoza (2012), consideran que ante el incremento en el uso de las redes virtuales para concertar citas ocasionales, se puede recurrir también a internet como herramienta en la promoción sexual de los HSH, con intervenciones a través de programas on-line en la prevención de VIH-ITS.

McNair (2005), obtiene también peores resultados con el uso inconsistente del preservativo en las MSM al compararlas con las mujeres heterosexuales. El estudio

de Bauer y Welles (2001), revela que la motivación de las MSM para no utilizar un método de barrera durante las relaciones sexuales es porque les resulta embarazoso ir a comprarlos. Las mujeres aunque conservan la misma probabilidad de uso del preservativo en las diferentes orientaciones sexuales es la bisexual la que más lo utiliza, y la homosexual la que menos. Frómata y Ponce (2013), señalan una conducta de riesgo en las MSM al no protegerse con el preservativo y cambiar frecuentemente de parejas, que junto a la falsa creencia de que tener sexo con mujeres no compromete su seguridad, además de la falta de percepción del riesgo que tienen con las parejas actuales y con las que tuvieron anteriormente, es lo las hace más vulnerables.

Por ello, es importante indagar no sólo en el coito vaginal para el uso del preservativo (Halpern-Felsher, Cornell, Kropp y Tschann, 2005), se debe tener en cuenta que todas las conductas sexuales contribuyen directamente al desarrollo de END y de ITS (Ompad et al., 2006). Así, las prácticas de CA implican mayor riesgo de ITS porque están asociadas a un menor uso del preservativo (Dake, Price, McKinney, y Ward, 2011; Vall-Mayans et al., 2006). Por otra parte, según el Centers for Disease Control (CDC, 2000), para algunos jóvenes el coito oral (CO) está libre de riesgo para las ITS, motivo por el que no toman medidas de protección (Prinstein, Meade, Cohen, 2003). El estudio con universitarios colombianos, muestra que los HSH tienen mayor frecuencia de prácticas de tipo CA y CO, mientras que las personas bisexuales y MSM tienen sólo relación con la práctica de CO (Martínez, Maya, Parada y Duarte, 2013b).

Un colectivo de especial interés desde la variable orientación sexual, son aquellas parejas ocasionales y recurrentes que desde el primer encuentro sexual generan una relación de afinidad y de confianza (Fernández-Dávila, 2007; Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011), con unas relaciones sexuales desprotegidas en la que no se negocia el uso del preservativo porque esperan que las parejas ocasionales sean VIH-negativas. Este fenómeno se observa en un estudio realizado en jóvenes HSH de grandes ciudades españolas como Madrid, Barcelona, Valencia y Bilbao, carentes de conocimientos sobre el VIH y como consecuencia con un uso inconsistente del preservativo (Martín-Pérez, Menoyo, Poveda, Rodés y Zaragoza, 2008). Asimismo,

señalar que el incremento de la vulnerabilidad de los HSH es la práctica de las relaciones anales receptivas, ya que resultan mucho más arriesgadas que las insertivas (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011).

Destacar que desde la perspectiva sociológica y psicológica se impulsa con mayor naturalidad la construcción de la identidad propia y la autodefinición. Teniendo en cuenta que la orientación sexual, la identidad de género y la expresión de género son características inherentes a la persona, decisión íntima y particular que construye el adolescente como parte de su proyecto de vida y que puede variar a lo largo de un continuo (CIDH, 2012).

En este sentido, el estudio de las actitudes hacia los homosexuales y las lesbianas alcanza en las últimas décadas cierta relevancia en la investigación sociológica. Rodríguez-Castro, Lameiras-Fernández, Carrera-Fernández y Vallejo-Medina (2013), describen como el prejuicio hacia las personas homosexuales y lesbianas sigue la misma trayectoria del racismo y del sexismo. Así, la homofobia abarca desde las actitudes más discriminatorias y tradicionales (hostiles y explícitas) como la agresión verbal, física o psicológica, hasta aquellas otras actitudes sutiles y modernas (benevolentes), silenciadas e invisibles como el discurso sobre el carácter patológico de la homosexualidad o la incapacitación de las parejas homosexuales para la adopción (Rodríguez-Castro et al., 2013). En el estudio reciente de Moral de la Rubia y Valle de la O (2014), se considera que ambas manifestaciones de rechazo pueden definir dos dimensiones diferenciales, aunque probablemente muy relacionadas.

No obstante, en España se avanza en la consecución de los derechos y libertades de las personas LGBT desde la Ley 13/2005, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio (Ministerio de la Presidencia, 2005), y desde la Ley 3/2007, que regula la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas (Ministerio de la Presidencia, 2007).

CAPÍTULO 1.6

La educación para la salud afectivo-sexual

El marco teórico de la EpS se construye con la contribución de conocimientos aportados por varias disciplinas científicas como la medicina, la antropología, la psicología y la pedagogía (Molina y Cabra, 2005). La influencia que ejercen los factores socioculturales, psicológicos, biológicos y ambientales en la salud, obligan a la EpS a asumir un enfoque integrador con aportaciones y colaboraciones diversas, fundamentalmente desde el ámbito sanitario y educativo (Frías, 2000).

Según Serrano (2002), el cuidado de la salud está directamente relacionado con tres estrategias de intervención:

- La Promoción de la Salud.
- La Prevención de la Enfermedad.
- La Recuperación o Restauración.

En la Promoción de la Salud es donde se enmarca la EpS al ser el referente fundamental que guía todas las acciones encaminadas a facilitar una vida saludable (Serrano, 2002) y perdurable en el tiempo (Fernández, Rebolledo y Velandia, 2006). Estrategia que se debe aplicar en todos los contextos y disciplinas, no sólo en las relacionadas con salud (Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

La tendencia actual por el interés de los aspectos salugénicos frente al modelo médico marca un cambio en el concepto de salud (Seligman, 2002). Este nuevo modelo salugénico aporta a la salud una vertiente de promoción en la que se implican micro-procesos que interactúan de manera sistémica, y cuyo objetivo es desarrollar capacidades y factores de protección a través de potencialidades, recursos y fortalezas del ser humano. La cultura salugénica está asociada a la calidad de vida e intenta

siempre mejorarla, al igual que el bienestar individual y grupal de toda la población (Seligman, 2002). Por influencia de la psicología positiva se aborda esta concepción de salud tanto desde las dificultades como de las fortalezas que poseen el individuo y, teniendo en cuenta el contexto o hábitat en el que vive (Casullo, 2005).

La OMS (1978), en la trigésimo sexta Asamblea Mundial de la Salud, propone como definición de EpS la combinación de actividades de información y educación que conduce a las personas, no sólo a desear estar sana, sino que además, saben cómo alcanzar un estado de bienestar de manera individual y colectiva, buscando ayuda cuando la necesitan (OMS, 1978). Para Serrano (2002) los estilos de vida son determinantes para la salud general de la población, y en particular, para la salud sexual de los adolescentes y jóvenes (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2002; Lameiras-Fernández et al., 2008; Lema et al., 2009; Mesa et al., 2004; Velásquez y Bedoya, 2010).

Frade (2011) concibe la EpS como un proceso basado en principios científicos que emplea oportunidades planificadas de aprendizaje, a fin de permitir que los individuos, tanto por separado como de manera colectiva, elaboren decisiones informadas sobre cuestiones relativas a la salud e influyan en ellas. Para este autor se trata de un amplio proceso pedagógico que afecta a la familia, a la comunidad docente y a la sociedad (Frade, 2011). En este sentido, la escuela constituye un espacio privilegiado para favorecer en la población escolar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para la promoción y el autocuidado de la salud (Serrano, 2002).

Según González de Haro (2008), la EpS es una valiosa herramienta en numerosas áreas del conocimiento tanto sanitarias como no sanitarias. La actitud interdisciplinaria de los profesionales es un elemento aglutinador (Guerrero y León, 2010). Se podría decir que la tendencia acumulada está en ofrecer un exceso de información pero con un claro defecto de educación (López, 2005; Oliveira, 1998).

Desde el área del conocimiento no sanitaria, es en el marco de las ciencias biológicas, concretamente en el área de Didáctica de las Ciencias Experimentales (Ga-

vidia 2001), donde tiene una mayor relevancia la EpS. Su alto valor educativo está determinado porque en ella confluyen materias docentes y de investigación sobre fisiología, salud, higiene, alimentación, etc., (González de Haro, 2008). Por tanto, el sector de educación tiene un importante papel en la preparación de niños, niñas y jóvenes para la transición hacia la adultez (Delors et al., 1997).

Asumir roles y responsabilidades propias del mundo adulto requiere estar informado (Delors et al., 1997). La adquisición de conocimientos hace competente al adolescente para elegir alternativas responsables tanto en la vida social como en la sexual. Además, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO, 2010), señala que en ocasiones las personas jóvenes viven su primera experiencia sexual mientras asisten a la escuela, hecho que confiere a este entorno más valor en cuanto a que representa una oportunidad para impartir educación sobre la salud sexual y reproductiva (UNESCO, 2010).

En España, la educación cívica empieza a tener presencia curricular a partir de la aprobación en 1990 de la Ley Orgánica General del Sistema Educativo (LOGSE) (Ministerio de Educación y Ciencias, 1990), que otorga un importante papel educativo a las diversas materias transversales. La incorporación explícita de la educación sexual en el currículo escolar, da un impulso al desarrollo transversal de dicha materia al favorecer la elaboración de módulos, guías y materiales didácticos específicos, aunque con desigual éxito en su implementación.

Con la Ley Orgánica de Calidad de la Enseñanza (LOCE, 2002) (Ministerio de Educación y Ciencias, 2002), se promueve exclusivamente una visión biologicista y reproductivista de la sexualidad. Posteriormente, con la Ley Orgánica de Educación (LOE, 2006) (Ministerio de Educación y Ciencias, 2006), desaparecen las referencias a la educación afectivo-sexual y se incorpora una nueva asignatura de "Educación para la ciudadanía y los derechos humanos". Por último, la reciente Ley Orgánica 8/2013 para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013a), que comenzará a implantarse para el curso 2014-2015,

también llamada Ley Wert, elimina por completo cualquier rastro de la educación sexual en las aulas de todas las CCAA.

Los resultados que se obtienen en el estudio sobre la producción científica del profesorado en materia de EpS (Jiménez-Torres, Guerrero-Ramos y López-Sánchez, 2013), señalan que las intervenciones son puntuales, sin continuidad en el tiempo y con escasa descripción del marco teórico sobre el que se sustentan. Las metodologías de enseñanza utilizadas combinan lo expositivo y lo participativo. Los objetivos se relacionan, en su mayoría, con el incremento de información y la adquisición de habilidades, no cumpliendo los criterios de promoción de la salud establecidos por la OMS (Jiménez-Torres et al., 2013). Sin embargo obtienen mejores resultados en la difusión de la promoción de la salud en las instituciones universitarias y sanitarias. Estudios previos (Davó, Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet y La Parra, 2008; Hernán, Ramos y Fernández, 2001b), señalan el bajo interés del profesorado por este ámbito de la educación y la nula iniciativa por realizar intervenciones que promuevan la EpS.

Otro hecho importante en materia de sexualidad en los programas de EpS es la formación del profesorado tanto en su vertiente universitaria como continua. En el estudio a nivel nacional de Martínez et al. (2011), obtienen diferencias significativas en la formación universitaria, pero apenas en la formación continua. En concreto, el profesorado femenino, el más joven y el que imparte docencia en las etapas de infantil y/o primaria, se corresponde con el que manifiesta mayor formación universitaria en el campo de la sexualidad y la educación sexual, en comparación con el profesorado masculino, de mayor edad y el que imparte la ESO y/o Bachillerato.

Según Martínez et al. (2011), para muchos varones recibir este tipo de formación puede significar reconocer ignorancia y desconocimiento, algo no aceptado por los roles masculinos. En cambio esta connotación podría no existir en las mujeres, lo que favorecería su formación. Sin embargo, estos estereotipos no están tan arraigados en la formación continua y el ejercicio profesional les presiona a ambos sexos a formarse por igual. En cuanto a la edad, es el profesorado más joven el más formado en materia de sexualidad. El profesorado de Castilla y León manifiesta una mayor formación uni-

versitaria en este campo, y Asturias, Castilla-La Mancha y País Vasco los que menos. En general, sólo un 12.0% del profesorado participante en el estudio declara alguna formación universitaria en el campo de la sexualidad y la educación sexual. Ese porcentaje asciende al 25.0% en lo referente a la formación continua (Martínez et al., 2011).

Relativo al Área Sanitaria, el estudio que realiza la OMS (1996) sobre las reformas sanitarias en Europa, evidencian que la profesión de Enfermería es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido entre el sistema y los usuarios. En la naturaleza de la profesión de Enfermería se conjuga la disciplina técnica -cuya misión es el cuidado de salud a través de los procesos vitales-, con la intervención social en contextos culturales específicos para alcanzar las mejores condiciones de vida. Su acción está orientada por principios y fundamentos científicos, humanísticos y éticos de respeto a la vida y a la dignidad humana. Su práctica requiere de un pensamiento interdisciplinario y de una intervención multiprofesional, con una visión holística del ser humano en su relación con el contexto sociocultural (OMS, 1996).

Según Fernández et al. (2006), la profesión de Enfermería es la piedra angular en el engranaje entre padres, docentes, alumnado y otros profesionales de la salud. Rodríguez, De Oliveira y Ferrerira (2010b), consideran que la EpS es una importante estrategia para Enfermería, principalmente con intervenciones de promoción de autocuidado y fomento de hábitos saludables a través de los programas de salud dirigidos a los adolescentes, a las familias y a la escuela como elementos básicos interrelacionados. Fernández y Fernández (2008), parten del concepto de conducta como actividad del organismo vivo en relación funcional con su entorno. Proponen una metodología que incluye los antecedentes del ambiente, la actividad del individuo y los efectos de la conducta sobre el entorno.

Referente a la educación sexual en los programas sanitarios de EpS, De la Cruz (2003) señala que es un proceso cuyo objetivo básico es posibilitar en los adolescentes que la sexualidad se viva de forma positiva, sana, feliz y responsable. La educación sexual formal es un aspecto más de la educación global de la persona que el propio valor preventivo, por lo que no debe enfocarse exclusivamente a la repro-

ducción o a la genitalidad, se debe dirigir a fomentar actitudes, habilidades y valores para una toma de decisiones saludables, y antes de entrar en la etapa adolescente (De la Cruz, Fernández y Bataller, 2007).

Por su parte, la American Academy of Pediatrics (AAP, 2001) hace una serie de recomendaciones sobre la educación sexual a niños, niñas y adolescentes para la consulta de enfermería pediátrica:

- 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.
- 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.
- Proporcionar educación sexual que respete la confidencialidad y reconozca los valores y creencias de la familia.
- Suministrar consejo específico confidencial, sensible a las diferencias culturales y sin prejuicios, sobre las cuestiones claves de la sexualidad.
- Consejo e información sobre recursos para niños, niñas y adolescentes con necesidades específicas.
- Participar y colaborar en programas escolares de educación sexual.
- Trabajar con las autoridades sanitarias locales en la planificación de estrategias comunitarias para reducir la tasa de actividades sexuales de riesgo.

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF, 2008), indica que los programas de educación sexual en los centros docentes deben conseguir conductas sexuales seguras, y además de fomentar el uso sistemático del preservativo, es necesario informar sobre la cobertura de vacunación del VPH, del VHB, del virus de la hepatitis A (VHA), y realizar los cribados periódicos hasta conseguir una protección adecuada contra estas enfermedades.

Sobre las evidencias científicas de Enfermería en los programas de educación sexual desde AP, la Consejería de Salud del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) imparte el programa Forma Joven (FJ) desde el año 2001. Según la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (2004), FJ es una estrategia de promoción de salud a través de actividades de información y formación en los espacios frecuentados por adolescentes y jóvenes, conocidos como Puntos FJ, que se ofrecen en los Instituto de Enseñanza Secundaria (IES), escuelas taller, universidades, espacios de ocio y comunitarios. El programa lo realizan un equipo de profesionales de educación y socio-sanitarios, aunque el más representado es el perfil sanitario de enfermería (65.0%), seguido de otro perfil no sanitario como el trabajador social (19.0%). Los profesionales de la medicina representan una cuarta parte en relación al profesional de enfermería (14.0%).

La mayoría de los enfermeros/as poseen un curso básico de introducción previo. El 74.8% de los profesionales están satisfechos con los contenidos del curso, y la mitad creen adecuado el apoyo que reciben para la ejecución del programa por parte de su Centro de Salud. Aunque la mayoría no tienen dificultad para desarrollarlo y compatibilizarlo con la actividad asistencial, el 19.5% manifiestan que tienen dificultad para dicha compatibilidad (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012).

En el organigrama funcional de los Centros de Salud existe un espacio para atender al programa FJ, de tal manera que una enfermera dedica parte de su tiempo a atender a los adolescentes del IES programados en agenda. La oferta que realizan es primordialmente de asesoramiento, formación e información a los adolescentes sobre sexualidad, alimentación saludable, trastornos de la conducta alimentaria, adicciones y seguridad vial (Consejería de Salud y Bienestar Social, 2012). Entre las actividades destacan las siguientes:

- Asesorías individuales: para atender en el mismo IES al alumnado de la ESO y Bachillerato de forma personalizada.
- Asesorías grupales: para tratar temas demandados por los asistentes.

- Actividades grupales: talleres y seminarios sobre aspectos afectivo-sexuales, alimentación saludable, etc.
- Hora Joven: atención directa de tipo sanitario en el Centro de Salud para la intervención en casos que se derivan desde las estructuras anteriores.

Aparcero, Guerrero, Maldonado, Sánchez, Paz y Morillo (2011), señalan que en el Distrito Sanitario de Atención Primaria (DSAP) de Sevilla, se atienden con actuaciones diversas, un total de 15.340 estudiantes, correspondiente a 29 centros de IES. Los resultados que se obtienen en materia de sexualidad señalan que la enfermera de AP cumple un rol de educadora en temas relacionados con la anticoncepción.

Igualmente, Hernández-Martínez et al. (2009), en el estudio cuasi-experimental, controlado, y realizado con 481 estudiantes de primero de bachillerato de centros educativos donde es inexistente un programa de educación sexual, hallan resultados satisfactorios de la intervención de Enfermería ante el aumento de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos. Asimismo, consiguen una mejora en general de la actitud de los adolescentes y jóvenes para el fomento del preservativo y el uso racional de la píldora poscoital, tanto al mes como a los 6 meses postintervención (Hernández-Martínez et al., 2009).

En el estudio cualitativo sobre la percepción que tienen los participantes del Programa FJ en el Distrito Sanitario Bahía de Cádiz del Servicio Andaluz de Salud (SAS, 2014), los jóvenes consideran que este programa es la primera opción que tienen para consultar con adultos sobre sus comportamientos sexuales, y reconocen la necesidad de este servicio en sus dos modalidades, individual y grupal. La evaluación que realizan los profesionales sociosanitarios del programa FJ es muy satisfactoria, y el 97.0% considera que es una estrategia muy útil. Las propuestas de mejora son la formación con un enfoque más práctico, incluir FJ en las agendas de Enfermería y extender la figura del mediador a todos los centros de educación secundaria (SAS, 2014).

Uno de los ejes fundamentales en los que se basa FJ desde sus inicios es la mediación entre iguales. Esto se traduce en la integración de jóvenes mediadores y

mediadoras en todos los equipos FJ con tareas de promoción de la salud entre el resto del alumnado. En general, la página Web y sus contenidos están bien valoradas (90.0%). La institución con la que más se coordina FJ son los ayuntamientos, especialmente con los servicios sociales, la policía local, los centros de información a la mujer y el área de juventud. Igualmente, intervienen con su participación las fuerzas de seguridad de la guardia civil y policía nacional, así como bomberos y protección civil (SAS, 2014).

La EASP (2012), realiza una explotación de datos del sistema de registro correspondientes al curso 2009-2010 sobre sexualidad y relaciones afectivas, y señala que estas áreas son las de mayor interés entre adolescentes y jóvenes, sobre todo anticoncepción y relaciones sexuales. Sevilla es la ciudad que más consulta, y Málaga es la que se interesa en mayor medida sobre la sexualidad. La frecuentación de la consultas recae principalmente en las mujeres. Estas diferencias en relación al género se evidencian más sobre las temáticas que demandan, embarazo y anticoncepción es lo que más preocupa a las chicas, mientras que los chicos hacen consultas sobre disfunción e identidad sexual. Ellas suelen ir solas a preguntar y ellos van en pequeños grupos (EASP, 2012).

Por último, la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), además de presentar una finalidad preventiva del END, añade una política educativa e informativa de salud reproductiva y del ejercicio responsable de las relaciones sexuales. Así, el artículo 11 de la Ley Orgánica 2/2010 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) establece el desarrollo para la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSR) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011b). La ENSR señala entre las recomendaciones emprender acciones para promover una sexualidad saludable. Las diferentes líneas de actuación de esta ley incluyen la atención a la salud sexual, la promoción de la salud sexual y la formación de los profesionales sanitarios:

- Atención de la salud sexual: se considera que la salud sexual es un derecho, por lo que se debe garantizar el acceso a la IVE mediante un servicio público para toda la ciudadanía, eliminando cualquier tipo de discriminación. Señala como objetivo fundamental garantizar y facilitar el conocimiento acerca de la sexualidad y la reproducción, así como el uso universal de los métodos anticonceptivos adecuados en cada caso.
- Promoción de la salud sexual: se reconoce la obligatoriedad de proporcionar una educación sexual ajustada a la realidad y a las necesidades sociales actuales, integral, gradual, y con perspectiva de género. Hace hincapié en la importancia de fomentar la igualdad y la corresponsabilidad en las relaciones sexuales, remarcando la importancia del sexo seguro para vivir esa experiencia sin ningún tipo de riesgo.
- Formación de los profesionales: se hace especial énfasis en que esté presente la salud sexual y reproductiva con enfoque de género, a través de los programas curriculares de las carreras relacionadas con la medicina y las ciencias de la salud, incluyendo la investigación y formación en la práctica clínica de la IVE. Igualmente, sobre el sistema educativo recae la promoción de una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres, con especial atención a la prevención de la violencia de género, agresiones y abusos sexuales, la prevención de ITS/VIH y del END en un marco de responsabilidad juvenil.

Serrano (2011) refiere que la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010), da la razón a la corriente mayoritaria de pensamiento, según la cual la educación afectivo-sexual es necesaria y debe incluir mucho más que los aspectos meramente preventivos. Por primera vez se habla explícitamente de la educación sexual en un contexto sanitario, sin olvidar que el sistema educativo es el medio natural para educar durante la infancia y la adolescencia.

CAPÍTULO 1.7

Contextualización del estudio: Melilla, ciudad de fronteras

Melilla es el espacio donde se contextualiza esta investigación. Ciudad española desde el año 1497, situada en la costa septentrional del continente africano, al oeste del meridiano de Greenwich y, frente a las costas andaluzas de Almería, Granada y Málaga, correspondientes al Mar de Alborán. Se inserta en el entorno norteafricano denominado Kelaya -situado en la parte noroeste del Magreb-, concretamente en las proximidades de la península de Tres Forcas, a los pies del monte Gurugú y en la desembocadura del río de Oro, con una extensión de 12,378 km² y un radio de 2.900 metros (García Ayala, 2011).

Es una de las ciudades españolas que en la actualidad soporta mayor subida en el padrón, principalmente, por el retorno de los melillenses que se encontraban trabajando fuera de la ciudad y que, por motivo de la crisis vuelven a su lugar de origen (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011a). Según la estadística del padrón continuo del INE (2014a), datos provisionales a fecha 1 de enero de 2013, la Ciudad Autónoma de Melilla cuenta con 83.679 habitantes (71.068 personas de nacionalidad española y 12.611 de nacionalidad extranjera), aunque, es difícil calcular la población real, al existir un gran número de ciudadanos marroquíes que cruzan la frontera cada día -entre 30.000 y 40.000 personas- sin documentación de residencia legal en España (Ferrer, 2008).

Por sus antecedentes históricos y situación geográfica, Melilla presenta unos rasgos culturales propios, entre los que destaca la coexistencia de colectivos marcadamente diferenciados en cuanto a lengua, tradiciones, cultura y religión (Planet, 1998). Los dos colectivos mayoritarios son el de origen europeo, con el 51.0% de

la población (González y López-Guzmán, 2011), tradicionalmente identificado con las costumbres españolas y la religión católica, y el de origen rifeño o bereber, de lengua *Amazigh* y religión islámica, que representa alrededor del 47.0% de la población melillense (González y López-Guzmán, 2011; Mayoral del Amo, 2003). Otros colectivos minoritarios, pero con una activa presencia en la vida social y en la economía melillense son la comunidad hebrea, que supone alrededor del 1.5% de la población melillense, la hindú y la asiática (1.0%), la gitana (0.3%) y la subsahariana (0.2%) (González y López-Guzmán, 2011; Mayoral del Amo, 2003).

Por la presencia de estas comunidades, la Ciudad Autónoma de Melilla ofrece una diversidad cultural (Planet, 1998) que refleja la convivencia en el amplio abanico de categorías históricas, políticas, sociales, culturales y económicas (Ferrer, 2008), pues sin renunciar a sus señas de identidad, los ciudadanos melillenses se enriquecen en el contacto diario. Es una ciudad entre dos mundos (López-Guzmán, González, Herrera y Lorenzo, 2007). Una frontera de fronteras, donde confluyen dos continentes y dos universos, Europa y África, las civilizaciones cristiana e islámica, el primer y el tercer mundo (Ferrer, 2008). Melilla es un lugar cargado de significado y exhibe una personalidad que se detalla a continuación.

1.7.1 La inmigración

España debuta en el siglo XXI como país de inmigración -por su posición geoestratégica-, como puerta de entrada a Europa y como puente de encuentro entre varios continentes (Marcus, 2007). Según González Enríquez (2009), recibe cinco millones de inmigrantes y se convierte en el principal destino de la inmigración en la UE. Para Barros, Lahlou, Escoffier, Pumares y Ruspini (2002), la inmigración es una tentadora oportunidad al mundo desarrollado.

Según la Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI) que se realiza por primera vez en 2007 en el boletín informativo del INE (2009a), estas avalanchas masivas de personas emigran a España para mejorar su calidad de vida, para buscar un empleo mejor o por razones de tipo familiar (Cerezo de Diego, 2011). Situación que

repercute en Melilla al ser escenario, puerta de entrada y puente para la población inmigrante, principalmente jóvenes marroquíes y africanos subsaharianos, que se ven obligados a tomar la difícil decisión de salir de sus países de orígenes (Bodega, Cebrián y Martín, 2006).

Este flujo migratorio se incrementa a partir de la década de los noventa por la falta de horizontes y la precariedad en la que viven (Mullor, 2011). Por ello, para la acogida, mantenimiento, integración laboral y social de los inmigrantes se inicia el funcionamiento en Melilla del Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETI) en 1999, con una capacidad inicial de 320 residentes, incrementándose en 2001 a 480 plazas para dar respuesta a las necesidades, que en momentos de saturación se soluciona con tiendas de campaña que proporciona el Ejército y Cruz Roja (Marmolejo y Huete, 2008).

Por otra parte, a través de la implementación del Sistema Integrado de Vigilancia Exterior (SIVE), por acuerdo de las autoridades de Marruecos y España para el control de la movilidad geográfica en las costas españolas (Ospina, 2011), se consigue disminuir el flujo migratorio en el año 2005 con respecto al año anterior (Ferrer, 2008; Ospina, 2011). Pero las ciudades españolas norteafricanas, ante tales transformaciones, sufren, y todavía lo hacen, una presión migratoria con un incremento extraordinario de tentativas irregulares. Avalanchas de africanos subsaharianos, principalmente, que protagonizan una serie de episodios dramáticos en los asaltos de las vallas fronterizas melillenses (Marmolejo y Huete, 2008; Ospina, 2011). Por lo que estas medidas obligan a los inmigrantes clandestinos a modificar los patrones de entrada con diversas estrategias, desde reducir los grupos de saltos hasta utilizar técnicas diferentes como llegar a nados, bordear la costa a través de motos acuáticas o pateras, o bien, se ocultan en los dobles fondos de vehículos arriesgando la vida (Ferrer, 2008).

Además, Melilla es receptora de las migraciones de menores extranjeros no acompañados (MENAs), fenómeno emergente que sigue las trayectorias geográficas de las adultas pero con su propia dinámica y naturaleza (Suárez-Navaz y Jiménez)

nez, 2011). La mayoría de estos menores proceden de Marruecos y vienen a España a buscarse la vida, en ocasiones, de forma voluntaria y, en otras, motivados por sus propias familias (Lázaro, 2007). Este tipo de acceso migratorio muestra la fractura social en la que viven, la quiebra de la familia, de la escuela y de una sociedad desestructurada. Una carencia de recursos para la socialización que obliga a los MENAs a desempeñar un rol que no les corresponde, y con una repercusión importante en las actitudes y comportamientos que manifiestan (Suárez-Navaz, 2004; Suárez-Navaz y Jiménez, 2011).

Por tanto, la migración de los MENAs es una oportunidad, pero sobre todo es un rito de paso que los convierte en adultos (Suárez-Navaz, 2004; Suárez-Navaz y Jiménez, 2011). La Ciudad Autónoma de Melilla, responde ante estos acontecimientos con un régimen jurídico y aplicable de acogimiento en los diferentes centros dependientes de la Consejería de Bienestar Social y Sanidad garantizando que se beneficien de la normativa de protección de menores y que no se les trate por la legislación de extranjería como adultos en situación irregular, vulnerando sus derechos (Durán, 2011). Intervenciones de integración social y de refuerzo educativo son los objetivos prioritarios de los programas para los MENAs (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011b).

1.7.2 La educación

En materia educativa, la Ciudad Autónoma de Melilla, junto con la de Ceuta, depende directamente del Ministerio de Educación y Ciencias (MEC), y tanto en una ciudad como en otra, las circunstancias geográficas, demográficas, políticas, culturales y económicas, condicionan la gestión y los resultados del sistema educativo (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2011a).

Según Bolívar y López (2009), el abandono escolar prematuro en ambas ciudades autónomas es del 54.8%, superando al resto de España, y con un número de titulados en la ESO que no alcanza la media nacional (Roca, 2010). Estudios previos (Mesa y Sánchez, 1996; Roa, 2006), analizan la problemática del abandono escolar

prematureo y su posible asociación con la situación de bilingüismo que existe en la ciudad de Melilla. Para Siguán y Mackey (1986), una persona bilingüe es la que además de su primera lengua, tiene otra de competencia similar, y capacidad de utilizarlas indistintamente en cualquier circunstancia con parecida eficacia.

La etnia bereber tiene una lengua materna y familiar -idioma propio con más de tres mil años de antigüedad-, y los niños se enfrentan con el castellano desde sus inicios en la educación infantil y hasta el nivel superior (Mesa y Sánchez, 1996). La situación de "medio diglósico" ocurre cuando en un ambiente social bilingüe o plurilingüe no existe equidad en el uso de una u otra lengua, al ser la de mayor prestigio social la del grupo dominante -que se emplea en instituciones como iglesias, escuelas, etc.-, y la lengua secundaria la que se utiliza por el grupo subalterno en las relaciones familiares o laborales (Siguán, 1998), lo que genera un fenómeno social que las encasilla en lenguas cultas e incultas (Roa, 2006). Para Moraleda (1989) esta situación tiene relación con los trastornos de integración del alumnado en la escuela, y los sitúa en condiciones de inferioridad con respecto a los más aventajados, lo que marca diferencias no sólo culturales, sino también sociales. Por otra parte, un entorno socioeconómico deprimido y un ambiente familiar poco motivador para las exigencias de la escuela son otros factores que influyen en el abandono escolar prematuro (Mesa y Sánchez, 1996).

Según Roca (2010), fracaso escolar y abandono educativo temprano son dos fenómenos diferentes, uno se refiere a la educación obligatoria y el otro a la postobligatoria, pero el abandono temprano en España está condicionado en buena medida por el fracaso del alumnado que al finalizar los estudios obligatorios no consigue el título de la ESO. Marchesi (2003) señala que los jóvenes que abandonan prematuramente el sistema educativo o que no alcanzan la cualificación mínima necesaria, tienen una escasa confianza en sus posibilidades y una baja motivación para incorporarse a programas de formación. Aquellos con un mayor nivel educativo tienen más probabilidades de encontrar un trabajo, mantener una estabilidad en el mismo, y la retribución económica es mayor que en los casos de menor nivel educativo. Los jóvenes que poseen menos formación tienen la dificultad de tener que adaptarse a

las crecientes exigencias laborales, además de que en ellos se incrementa el riesgo de marginación económica y social. Por tanto, no es sólo un problema educativo, ya que tiene enormes repercusiones individuales y sociales (Marchesi, 2003).

Choi y Calero (2011) consideran que los determinantes del fracaso escolar están íntimamente relacionados con los del rendimiento académico, con la intervención de los aspectos individuales (repetición de curso y género), con las características familiares y con las variables del ámbito escolar. Atendiendo a las variables personales, la repetición de curso es la receta universal que se aplica al alumnado que no consigue alcanzar un cierto nivel académico. No obstante, un dato a tener en cuenta, al marcar diferencias de género, es el mejor rendimiento académico en las mujeres con respecto a los varones (Bolívar y López, 2009; Casquero y Navarro, 2010).

En relación a las familias, Casquero y Navarro (2010), consideran que poseer mayores recursos socioeconómicos y mayor nivel educativo, sobre todo en el caso de la madre (Marchesi, 2003), son indicadores de buen pronóstico para evitar el fracaso escolar. Por el contrario, la pertenencia a determinados grupos culturales, las familias desestructuradas (Rojas, Alemany y Ortiz, 2011) y el orden entre hermanos, inciden en el riesgo del fracaso escolar (Choi y Calero, 2011). Así, los buenos resultados académicos del alumnado de centros privados o concertados están más mediatizados por las características individuales y familiares del alumnado que por la calidad de dichos centros escolares. Una vez controladas las características individuales del alumno y los factores de las familias, los centros públicos obtienen resultados iguales o incluso superiores a los de titularidad privada (Choi y Calero, 2011).

Existe cierta unanimidad científica sobre el carácter multidimensional del fracaso escolar (Casquero y Navarro, 2010; Choi y Calero, 2011; Marchesi, 2003; Pérez Solís, 2011), por la influencia tanto de factores externos al sistema educativo (e.g. personales, socioculturales, familiares y económicos), como por factores internos relacionados con el inadecuado marco normativo, carencia o insuficiencia de métodos para detectar precozmente las distintas problemáticas, o ante la escasez de recursos de apoyo, y la insuficiente formación pedagógica del profesorado (Pérez Solís, 2011).

Bolívar y López (2009) revelan que la media de abandono escolar en España es del 31.0% en el alumnado que cursa la ESO. En las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla este porcentaje supera el 40.0% (Ceuta con el 41.2% y Melilla con el 43.8%). En ambas ciudades tan sólo la mitad de los adolescentes de 14 y 15 años están en los cursos de la ESO que les corresponden. Según el Ministerio de Educación (2010) el alumnado de origen bereber melillense abandona los estudios a la edad media de 16.5 años, y los de origen europeo 1 año después. En ambos grupos la mayor proporción de abandono escolar se sitúa en el tercer curso de la ESO. El nivel formativo de estudios medios, educación secundaria posobligatoria, se sitúa en el 42.9% en los jóvenes melillenses en edades comprendidas entre los 25 y los 34 años (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013b).

Como oferta educativa destinada a la lucha contra el abandono prematuro y dirigido a una cualificación profesional de nivel que les permita acceder al mundo del empleo, existen en Melilla seis Programas de Cualificación Profesional Inicial (PCPI) (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2011b). Los PCPI tienen una vocación clara de reinserción al sistema educativo mediante el reconocimiento de competencias profesionales, la oportunidad de superar la prueba de acceso a ciclos formativos de grado medio o la posibilidad de obtener el título de graduado en la ESO. La última oportunidad de continuar en el sistema educativo para los jóvenes con fracaso escolar, se estructura en dos cursos académicos (Bolívar y López, 2009).

Para Vega y Aramendi (2010), el PCPI es crucial para el futuro del alumnado con esas características, pero no debe orientarse únicamente a la formación del empleo, es necesario que se proyecte hacia una ciudadanía responsable con el desarrollo de competencias relacionales, afectivas y sociales, facetas complementarias en el logro de la socialización del estudiante (Vega y Aramendi, 2010).

La OCDE (2012), considera que reducir el fracaso escolar genera beneficios para la sociedad. Contribuye al crecimiento económico, y además, al desarrollo social de las personas. Las sociedades con individuos capacitados están mejor preparados para responder a las crisis actuales y futuras. Invertir en la educación

para todos/as, y en particular para niños/as de entornos socioeconómicos desfavorecidos, no sólo es de justicia, sino que también repercute en una economía eficiente (OCDE, 2012).

En relación a lo anteriormente expuesto, Sánchez et al. (2010), creen necesaria la participación activa en Melilla de los tres protagonistas principales, estudiantes, profesorado y familia, con la implicación, si es posible, de otras instituciones como las comunidades vecinales, las asociaciones sociolaborales y las administraciones locales con el fin de evitar el fracaso escolar en los/as adolescentes melillenses. La educación debe garantizar que todo el alumnado disfrute de sus derechos, en igualdad, y con independencia del lugar donde resida (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013b).

1.7.3 El desempleo

Las elevadas cifras del porcentaje de la población joven española que ni estudia ni trabaja se explican, no sólo por las elevadas tasas de paro juvenil, sino también por el impacto del abandono educativo temprano, y por lo que ello supone en la infracualificación en los menores de 25 años (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2013b).

Para Mayoral del Amo (2003), el desempleo es uno de los mayores problemas de la Ciudad Autónoma de Melilla, en la que no se aprecia un descenso significativo desde 1997, y donde las medidas gubernativas están basadas en planes de empleo coyunturales que no obtienen resultados satisfactorios. Esto ocasiona grandes oscilaciones en los datos estadísticos en función de que se obtengan al comienzo o a la finalización de dichos planes (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011a). Según el INE (2014b) en la Encuesta de Población Activa (EPA), Melilla tiene en el segundo trimestre de 2014 una tasa de paro del 29.2% y una tasa de actividad del 55.0%, mientras que la media de la tasa de paro a nivel nacional se encuentra en el 24.4% y la tasa de actividad en el 59.6% (INE, 2014b).

En relación al género, si el paro a nivel nacional incide en el 25.3% de las mujeres, en las melillenses en el 33.7% del total de parados; la tasa de actividad de los varones es del 64.7% y la de las mujeres del 46.1% (INE, 2014b), lo que refleja las diferencias en niveles de actividad de hombres y mujeres melillenses (Esteban, 2011). Para la Consejería de Fomento de la Ciudad Autónoma de Melilla (2008), que la tasa de paro esté menos acusada en los hombres melillenses que en las mujeres se debe a la influencia que ejerce el empleo no reglado, la escasez de oportunidades, y el desempeño de la actividad de las mujeres en las tareas propias del hogar o en el negocio familiar.

Pérez y Resa (2003), señalan que la estructura del empleo en Melilla muestra un sesgo estructural ante una mayoría de la población ocupada en empresas relacionadas con el sector servicios, mercado de trabajo dominado por la Administración Pública (local y central) que incluye al 82.1% de las empresas y al mayor número de trabajadores (85.7%), con una representación significativa de las Fuerzas Armadas (Mayoral del Amo, 2003; Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011a). Por otra parte, el comercio es la actividad económica con mayor importancia en Melilla (Pérez y Resa, 2003) con el 23.1% de las empresas y un 20.4% de los trabajadores afiliados a la Seguridad Social (Ministerio de Trabajo e Inmigración, 2011a).

La situación fronteriza de Melilla genera otro tipo de actividad económica, el comercio atípico o contrabando, no por ilegal menos importante, que en esta ciudad surge de la diferencia socioeconómica entre España y Marruecos (Mayoral del Amo, 2003). Ciertamente, los residentes de la provincia de Nador, localidad cercana a Melilla y al otro lado de la frontera, se acogen a la excepción del acuerdo de Schengen desde 1991 que permite un flujo selectivo de ciudadanos marroquíes (trabajadores y consumidores) sin necesidad de visado, y que influye no sólo en el flujo transfronterizo de personas, sino también en el de mercancías (Ferrer, 2008). Este flujo irregular de mercancías a través de las fronteras afecta a las dos ciudades norteafricanas (Ceuta y Melilla) y está fundamentado principalmente por el estatus de puerto franco de ambas ciudades, la fiscalidad excepcional, la maltrecha política económica de Marruecos y la excepción al acuerdo de Schengen (Ferrer, 2008).

Para Mesa García (2012) este dinamismo en la actividad comercial, a pesar de ser un empleo precario e inestable de economía sumergida, beneficia a las familias de ambos lados de la frontera. Por esta razón, el comercio atípico, pese a no contar con la autorización de ambos países, es tolerado porque el estraperlo supone alrededor de 500 millones de euros anuales que salvan en parte la actividad comercial de ambas ciudades de la frontera (Ferrer, 2008). Sin embargo, este contrabando puede desaparecer ante el proceso previsto para Marruecos de desarme arancelario frente a la UE. A partir de ese desarme, el país magrebí, como el conjunto de los países de Europa, tendrán la posibilidad de adquirir productos europeos libres de aranceles (Mesa García, 2012).

Por otra parte, la Organización Internacional de Trabajo (OIT, 2010), señala que la crisis económica mundial contribuye a la inestabilidad de la juventud en el mercado laboral, que se manifiesta, principalmente, en el desempleo y en los peligros sociales derivados de la falta de trabajo y la inactividad prolongada. Hernández y Montero (2011) señalan que el paro afecta fundamentalmente a las mujeres y a los grupos de edad más jóvenes con menor nivel de estudios (Laborda, 2012).

En el contexto de la UE, los jóvenes españoles son los más afectados por la crisis económica (Hernández y Montero, 2011). De la misma manera, el paro en Melilla afecta más a los jóvenes que a los adultos pero con una mayor incidencia (49.5%) en los menores de 25 años (INE, 2014b). Como indica el informe de la OIT (2010) la probabilidad del desempleo juvenil en España es aproximadamente 3,5 veces más en los jóvenes que en los adultos, lo que les dificulta el acceso al mundo laboral y les impide emanciparse del hogar familiar antes de los 30 años, a pesar de tener mayores niveles de formación que sus padres (Navarro, 2012).

En este sentido, a finales del año 2011, el 51.0% de los jóvenes españoles en edades comprendidas entre los 18 y 34 años viven en casa de sus padres, lo que lidera el ranking de la UE -a cinco puntos por encima de la media de los países integrantes-, con menor incidencia en el género femenino al vivir en pareja el 45.4% de las españolas frente al 32.0% de los varones. Un ejemplo a esta realidad es que

el 6.8% de los jóvenes españoles emancipados (140.000) regresan a casa de sus familiares, y como causa directamente relacionada está el desempleo, los contratos temporales y los bajos salarios (Navarro, 2012).

Igualmente, en Ceuta y Melilla, menos del 37.0% de la población joven está residiendo en una vivienda distinta a la de su origen, lo que representa el menor porcentaje de toda España por el repunte trimestral del precio medio de venta de la vivienda libre, unido a las restricciones generales en el acceso al crédito hipotecario y la falta de empleo. Esto supone además de la dificultad de acceder al mercado de la vivienda, una intensa dependencia económica (Consejo de la juventud de España, 2012). Otra problemática derivada de la incapacidad de encontrar empleo es que genera una sensación de inutilidad y ociosidad importante, que puede incrementar los índices de criminalidad, los problemas de salud mental, la violencia y el consumo de estupefacientes (OIT, 2010), y lo que demuestra una relación directa entre el desempleo juvenil y la exclusión social.

Según Jorquera (2012), Melilla ocupa el tercer puesto a nivel nacional con un 37,3% de personas que están en riesgo de pobreza y exclusión social (ERPE), a través del indicador utilizado en la UE, AROPE (*At Risk Of Poverty and/or Exclusion*), que incluye a aquellas personas que viven con bajos ingresos (60,0% de la mediana del ingreso equivalente), y/o las que sufren de privación material severa, y/o las que viven en hogares con una intensidad de empleo muy baja o nula. Para Segura (2010), el empleo precario es una de las causas que condiciona la calidad de vida de los miembros de la familia, de su formación y de la posterior incorporación al mundo laboral.

1.7.4 La tasa de natalidad

En la última década del siglo XX la tasa de natalidad disminuye notablemente en España mientras que en la Ciudad Autónoma de Melilla se sitúa a la cabeza con 18.65 nacidos vivos por cada mil habitantes (INE, 2002). Es a partir del año 2001 cuando la natalidad de los españoles se recupera debido a las madres extranjeras,

siendo las más numerosas por nacionalidad las marroquíes con el 20.8%, seguidas de las ecuatorianas con el 17.8% del total de nacimientos de madres extranjeras (INE, 2005). Igualmente, en el año 2007 se incrementan la tasa bruta de natalidad a través de las madres marroquíes con el 21.6% del total de nacimientos de madres extranjeras (INE, 2008). Por CCAA, las que registran mayor crecimiento vegetativo en términos absolutos son Madrid y Andalucía durante el 2008 (INE, 2009b), pero la ciudad autónoma de Melilla se mantiene a la cabeza en tasa de natalidad con 20.87 nacidos vivos por cada mil habitantes (INE, 2009b).

Según datos del INE (2012), la natalidad en España prosigue en 2010 y los primeros meses de 2011 el descenso iniciado en 2009. Sin embargo, Melilla continúa al alza con 18.63 nacidos vivos por cada mil habitantes en el primer semestre de 2011, a pesar de registrar la menor cantidad de nacimientos. No obstante, en términos relativos, es la ciudad con mayor incremento de población y de familias extranjeras con residencia legal de todo el territorio español, por lo que la medida es de especial significación (INE, 2011). Según el INE (2013b), el número de nacimientos se reduce en todas las comunidades, y sólo se incrementa en las Ciudades Autónomas de Ceuta (13.40) y Melilla (18.34). Asimismo, presentan los tamaños medios de hogar más elevados de todo el país con 5 o más personas (INE, 2014c).

Por otra parte, Melilla destaca por tener las madres más jóvenes de España con una media de edad de 29.44 años, y una tasa bruta de nupcialidad de 4.61 por cada mil habitantes, detrás de Ceuta (4.86), que es la más alta de toda España (INE, 2013c). El 39.2% del total de nacidos vivos en Melilla durante el año 2012, se corresponde con progenitoras no casadas. Concretamente, el grupo de madres solteras entre los 15 y 29 años representa el 23.0% del total de nacidos vivos (INE, 2013c), porcentaje que se incrementa con respecto a años anteriores. Por último, la esperanza de vida al nacimiento de Melilla está por encima de la media nacional con 80.42 años, y posee la menor tasa de mortalidad de toda España con 5.70 defunciones por cada mil habitantes (INE, 2013c). Según Ponce (2010), la recepción de inmigrantes en edad laboral engrosa las cohortes de jóvenes y adultos jóvenes, de forma

que la población de Melilla se rejuvenece sustancialmente y determina descensos sintomáticos en la tasa de mortalidad.

Por tanto, Melilla se muestra como una ciudad de población joven al presentar el mayor crecimiento relativo de la población (3.2%), y donde se advierte claramente un importante crecimiento vegetativo que implica tasas de crecimientos muy superiores, y paralelamente, desconocidas en otros lugares de España (INE, 2011). Ostentar la menor tasa de envejecimiento nacional y la mayor influencia migratoria en edades productivas y reproductivas, entre otras variables, son determinantes en la estructura demográfica de la ciudad que influye en la salud de todos sus integrantes (Consejería de Fomento de la Ciudad Autónoma de Melilla, 2008).

1.7.5 La estructura sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva

El Real Decreto 840/2002 de 2 de agosto, modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (Ministerio de Administraciones Públicas, 2002). Cuando las transferencias sanitarias a las CCAA se suceden (1981-2002), las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla pasan a depender del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Entidad de menor dimensión que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de ambas ciudades y de la realización de otras actividades para el normal funcionamiento de sus servicios. INGESA conserva la misma personalidad jurídica y naturaleza de entidad gestora de la Seguridad Social, en cuanto a las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD (Instituto Nacional de la Salud) (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Como consecuencia de estas modificaciones y transferencias sanitarias existen desarrollos y enfoques distintos de los servicios que se prestan en AP. El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece la Cartera de Servicios (CS) comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006). Esta serie de rasgos comunes o genéricos facilitan una comprensión global de la actividad que se oferta al ciudadano, sin perjuicio

de los rasgos diferenciales de las diversas CS. En el anexo II de dicho documento dedica a AP los servicios de atención a la adolescencia, y hace referencia a la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, y a evitar el END y las ITS (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Castilla y León, Extremadura, Murcia y La Rioja, junto con las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla están carentes de servicios específicos para jóvenes en materia de salud sexual y sexualidad (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011b). Aunque algunas CCAA disponen de decretos o normativas particulares que regularizan dichas prestaciones, otras no, si bien, en sus planes de salud o en sus respectivas CS recogen de una u otra manera la forma en que se organizan, principalmente, dirigidas a atender las necesidades de salud de las mujeres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Según el informe elaborado FPFE (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), la estructura asistencial en materia de salud sexual y reproductiva ofrece un panorama enormemente diversificado y diferenciado según CCAA. En algunos casos, paralela a la realización de las transferencias sanitarias, mientras que en otros, se realizan con anterioridad o posterioridad a dicho proceso. Estas desigualdades territoriales son muy pronunciadas, e incluso, en una misma comunidad, la atención juvenil en materia de sexualidad es variada (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Algunas CCAA brindan una atención específica con un horario y espacio determinado para diversas actividades:

- Centros jóvenes específicos.
- Consulta y/o programa joven dentro de un recurso sanitario más amplio.
- "Día joven" dentro de un recurso sanitario más amplio.
- Asesoría en sexualidad, anticoncepción, IVE e ITS.

Para el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), son varios los factores que dificultan la accesibilidad de los/as jóvenes a estos servicios:

- La falta de información sobre la existencia de los centros.
- La ausencia de racionalidad en la distribución geográfica de los mismos y la variabilidad de los horarios de atención.
- La incompatibilidad de los horarios con el tiempo libre de los jóvenes.
- El tiempo limitado de atención.
- La falta de recursos accesibles en el fin de semana, ocasionan sus limitaciones.

Señalar, que siendo el fin de semana un momento importante para la juventud, en cuanto a las necesidades de consulta y atención de emergencia, sólo existen seis servicios específicos en todo el territorio español que están abiertos exclusivamente un día del fin de semana (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

Referente a Melilla, la atención a la sexualidad se contempla en la CS en el servicio 308 "atención al joven" con una cobertura de edad entre los 15 y 19 años para la información y consejo sobre la utilización de métodos anticonceptivos y/o prevención de ITS. Otro servicio que se oferta es el 204 que ofrece información y seguimiento de métodos anticonceptivos a mujeres entre los 20 y 49 años (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010). Por otra parte, aunque las consultas de AP incluyen en sus CS actividades relacionadas con los jóvenes, no se consideran recursos específicos, no garantizando la adecuada atención sanitaria que recomienda la OMS (2000), entre otras, la universalidad y accesibilidad de la misma.

Por tanto, estas desigualdades territoriales derivadas de las limitaciones de las normativas de ámbito nacional, y de las distintas y coyunturales regulaciones existentes según CCAA, afectan gravemente al principio de equidad y universalidad en el acceso a los recursos y servicios necesarios para garantizar la salud sexual y reproductiva de la población juvenil (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

La promoción y protección de la salud de los jóvenes son fundamentales para garantizar una estructura social y prevenir la aparición de enfermedades en el adulto. Por ello, adolescentes y jóvenes deben ocupar un lugar prioritario en las políticas de salud y en las agendas de los/as profesionales sanitarios de AP (Catalá-López, Génova-Maleras, Álvarez-Martín, Fernández de Larrea-Baz y Morant-Ginestarg, 2013).

II. JUSTIFICACIÓN

II.

Justificación del estudio

La literatura científica consultada pone de manifiesto que aunque la mayoría de los/as jóvenes están sanos/as, las prácticas sexuales de riesgo que realizan repercuten en el estado de bienestar de los mismos (Torres, Walker, Gutiérrez y Bertozzi, 2006). Según la OMS (2011b), cada año se registran más de 2.6 millones de defunciones en la población juvenil, y cifras superiores expresan conductas que ponen en peligro su salud presente y futura al estar asociada a unos estilos de vidas inadecuados, como las relaciones sexuales sin protección. Por ello, en el análisis de los comportamientos de riesgo sexual de los/as adolescentes resultan claves analizar algunos aspectos como la identidad sexual, las relaciones afectivas (Lameiras-Fernández et al., 2004), los conocimientos, las ideas erróneas respecto al VIH (Bermúdez et al., 2006), y las actitudes hacia la sexualidad (Fisher et al., 1988).

Dado que son muchos más los factores que intervienen y que tienen argumentos explicativos diferenciales para las prácticas sexuales de riesgo, es fundamental tener en cuenta, además, las variables sociodemográficas. Considerar el contexto social donde se realizan dichas prácticas (Castro et al., 2011; Marston y King, 2006), puede facilitar la identificación de otras conductas relacionadas (Piña et al., 2007). Para Rodríguez-Shadow y López (2009), al estar constituida la sexualidad por actitudes, prácticas, hábitos y discursos sociales, en un tiempo y espacio determinado, donde se construye de manera colectiva la reproducción, los deseos y las relaciones eróticas, el abordaje del entorno sociocultural es fundamental.

En este sentido, analizar los significados culturales es un valor añadido para comprender por qué los/as adolescentes en determinadas circunstancias sociales, como es la actividad sexual, se exponen a situaciones de riesgo. Diversos estudios coin-

ciden en que las costumbres, las condiciones en las que se vive y los patrones de conducta individuales, mantenidos en el tiempo (Pons y Gil, 2008), son factores de riesgo o de protección de la salud (Abel, 1991; Elliot, 1993; Roth, 1990).

Por tanto, para los interrogantes que hicieron la puesta en marcha este estudio de investigación se ha recabado información teórica-conceptual en materia de salud sexual y sexualidad, se han revisado estudios relacionados con la materia y analizado las particularidades del contexto sociocultural de Melilla, y es cuando ha tomado cuerpo el siguiente problema de investigación: ¿Qué tipo de comportamientos sexuales presentan los/as adolescentes y jóvenes melillenses?

Con el fin de dar una mejor respuesta al mismo, surgen los siguientes problemas específicos:

- ¿Presentan los/as adolescentes y jóvenes melillenses conductas de riesgo sexual?
- ¿Poseen los/as adolescentes y jóvenes de Melilla conocimientos suficientes en materia de sexualidad?
- ¿Qué tipo de actitudes muestran ante determinados aspectos de la sexualidad? ¿y frente a la VIH/SIDA? ¿tienen conocimientos sobre el VIH-SIDA?
- ¿Existen diferencias significativas de los comportamientos sexuales en relación al género? ¿y respecto a la orientación sexual?
- ¿El grupo de asignación cultural y la educación recibida influyen en los comportamientos sexuales de los/as adolescentes y jóvenes melillenses?

En este sentido, el Modelo Psicológico de Salud Biológica, que analiza de forma integral los factores que intervienen en las conductas preventivas o de riesgo, constituye una propuesta alternativa. Es un modelo auspiciador del comportamiento sexual en toda su dimensión (Ribes, 1990) al formar parte de la fase de resultados, es decir, conductas que, directa o indirectamente, disminuyen o incrementan la probabilidad de emitir conductas de riesgo en situaciones sociales interactivas, y que

probabilizan un tipo específico de comportamiento, ya sea facilitándolo o inhibiéndolo (Piña, 2004; Piña et al., 2007; Robles et al., 2006c).

De acuerdo con Aparcero et al. (2011), y con el fin de garantizar un estado de bienestar, el profesional de Enfermería de AP es una pieza clave para la prevención y promoción de hábitos saludables en el individuo, familia y comunidad. El cuidado a la persona sana o enferma es un elemento diferenciador del enfermero/a a través del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) y un valor añadido al sistema sanitario. Instruir a las personas en el manejo de sus decisiones de salud, en la solución de sus necesidades y en el proceso de adaptación ante la enfermedad o en una etapa vital concreta, es la esencia de la profesión de Enfermería. Favorecer el autocuidado con una visión integradora satisface la atención biológica, psicológica y social de las personas (Del Pino y Martínez, 2007).

III. OBJETIVOS

III.

Objetivos

3.1 Objetivo general

- Determinar los hábitos afectivo-sexuales en el debut y en la vida sexual activa entre las personas jóvenes de la Ciudad Autónoma de Melilla.

3.2 Objetivos específicos

- Conocer los comportamientos de riesgo sexual entre los/as adolescentes y jóvenes melillenses en el debut sexual y en la vida sexual activa. Indagar sobre los motivos, los estados biológicos previos a la relación sexual y las situaciones sociales más determinantes para realizar o no, dichas prácticas.
- Analizar las razones para la abstinencia sexual entre aquellas personas jóvenes que aún no se han iniciado en las prácticas sexuales.
- Identificar los conocimientos y las actitudes frente al VIH/SIDA y, las actitudes sobre los diferentes aspectos de la sexualidad.
- Evaluar si las diferencias significativas en las prácticas sexuales con penetración están influenciadas por el género, y en tal caso, averiguar los factores (motivos, estados biológicos y situaciones sociales) que han podido favorecerlas.
- Establecer si existen diferencias significativas en las prácticas sexuales según la orientación sexual.
- Determinar si existen diferencias significativas respecto a los comportamientos sexuales en función del grupo cultural al que se pertenece.

IV. METODOLOGÍA

IV.

Metodología

4.1 Diseño del estudio

Es un estudio de investigación descriptivo y correlacional, de muestreo no probabilístico e incidental.

4.2 Población y muestra objeto de estudio

La población del estudio son los/as jóvenes y adolescentes de Melilla en edades comprendidas entre 15 y 29 años, constituida por 15.430 personas (INE, 2013d) y distribuida en los siguientes grupos de edad y sexo:

Tabla 1

Población de melillenses en edades comprendidas entre 15 y 29 años

Población	15-19	20-24	25-29	Total
Varones	2.624	2.702	2.766	8.092
Mujeres	2.443	2.456	2.439	7.338
Total	5.067	5.158	5.205	15.430

Teniendo en cuenta la situación demográfica del momento en la Ciudad Autónoma de Melilla y asumiendo un error del 3.0%, la participación en el estudio se constituye con una muestra de 900 jóvenes de entre 15 y 29 años.

La franja de edad es clave en la emisión de comportamientos de riesgo, y cuanto menor es la edad del debut sexual, mayor es el riesgo de contagio de una ITS (Louie

et al., 2009; De Sanjose et al., 2008). Por ello, se toman como referencias los grupos quinquenales del INE (2013d) en dos sentidos, por un lado, para cumplir con los preceptos de la OMS (1998) que establece unas diferencias entre adolescentes y jóvenes a partir de unos límites cronológicos (la adolescencia incluye hasta los 19 años y la juventud hasta los 24 años); y por otro, porque los/as jóvenes españoles se emancipan a edades que superan los límites de la juventud, las mujeres alrededor de los 28 años y los varones alrededor de los 30 años, lo que ocasiona una problemática psicosocial importante (Rodríguez Molinero, 2005).

4.3 Criterios de Inclusión de la muestra

- **Criterios de inclusión:** Tener una edad comprendida entre 15 y 29 años y aceptar voluntariamente responder al cuestionario.
- **Criterios de exclusión:** Tener una edad inferior a 15 años o superior a 29 años, y no responder a las preguntas formuladas en los cuestionarios.

4.4 Variables del estudio

4.4.1 Variables sociodemográficas

- **Personales:** edad, sexo, orientación sexual, estado civil y tipo de religión.

4.4.2 Variables psicológicas y de comportamiento sexual

a) Estados biológicos previos determinantes:

- Para iniciar la relación sexual activa.
- Para tener relaciones con parejas ocasionales.

b) Situaciones sociales determinantes:

- Para facilitar la primera relación.
- Para tener relaciones con parejas ocasionales.

c) Situaciones motivacionales determinantes

- Para el uso o no del preservativo en la primera relación.
- Para tener relaciones con parejas ocasionales, con o sin preservativo.

d) Conocimientos y actitudes sobre VIH/SIDA**e) Actitudes positivas o negativas hacia la sexualidad****4.5 Consideraciones ético-legales del estudio**
.....

Siguiendo los principios éticos y directrices para las investigaciones médicas en seres humanos de la Asociación Médica Mundial (AMM), de la Declaración de Helsinki -en su última versión de la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre de 2013-, se ha mantenido la privacidad e intimidad de los datos de los/as participantes, así como se ha respetado la voluntariedad en la participación mediante el consentimiento informado.

En la portada del documento que se les entregaba a los/as participantes, se les informaba cuáles eran los objetivos del estudio y se les garantizaba la confidencialidad de los datos, indicándoles que la información suministrada no sería usada con ningún fin diferente a los objetivos de la investigación (Anexo I).

4.6 Fases del estudio
.....

El estudio se ha articulado en tres fases:

- La **primera fase** desde el 1 de Diciembre de 2011 al 15 de junio de 2012.
- La **segunda fase** desde el 1 de Octubre 2012 al 30 de Enero de 2013.
- La **tercera fase** desde el 1 de Febrero de 2013 al 15 de Junio de 2013.

Se ha desarrollado según el siguiente cronograma:

4.6.1 Primera fase (6.5 meses)

4.6.1.1 SOLICITUD DE PERMISOS A LAS INSTITUCIONES

Se solicitaron los permisos de acceso a cada una de las siguientes Instituciones para proceder a la recogida de datos:

- Ministerio de Educación y Ciencias: autorizó el acceso a los diferentes centros de enseñanza de la ciudad con el fin de poder contactar con los/as menores adolescentes de la ESO y sus padres. Igualmente, facilitó horarios y espacios a través de los Departamentos de Orientación para permitir la participación del alumnado más mayor de bachillerato y Formación Profesional (FP).
- Campus Universitario de la Universidad de Granada: autorizó la recogida de información en los/as jóvenes universitarios.
- Centro Asociado de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED): permitió el acceso a la biblioteca y a las diferentes dependencias para facilitar la recogida de información de los/as estudiantes universitarios.
- Ministerio de Defensa: accedió con la participación de los/as soldados profesionales de un acuartelamiento del Ejército de Tierra.

4.6.1.2 REUNIONES CON LAS DIRECCIONES DE CENTROS EDUCATIVOS

En los Centros de enseñanza del MEC se mantuvieron reuniones informativas con los Directores y Departamentos de Orientación, para exponer el objetivo del estudio y para concretar la fecha de una reunión con los padres del alumnado menor de edad.

4.6.2 Segunda fase (4 meses)

4.6.2.1 REUNIONES INFORMATIVAS CON PADRES-TUTORES

En las reuniones informativas con los padres-tutores del alumnado de menor edad se presentaron los objetivos del estudio y se les hizo entrega del documento de consentimiento informado.

4.6.2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO A MENORES

Para recoger los consentimientos informados debidamente cumplimentados así como para aclarar cuestiones y dudas relativas al estudio, se realizaron otras reuniones con los padres-tutores del alumnado de menor edad.

4.6.3 Tercera fase (6 meses)

4.6.3.1 RECOGIDA DE DATOS

Aplicación de los siguientes cuestionarios a la población de estudio:

4.6.3.1.1 Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes (Piña, Robles y Rivera, 2007) (Anexo II).

El Modelo Psicológico de Salud Biológica tiene como antecedentes la teoría de la conducta (Ribes y López, 1985) y la teoría de la personalidad (Ribes y Sánchez, 1990). La fundamentación teórica se basa en la descripción psicológica del proceso salud-enfermedad y su interacción entre los factores biológicos del organismo y las relaciones socioculturales. Ribes (1990) destaca tres factores que intervienen en el aspecto psicológico del comportamiento individual:

- La conducta que participa en la modulación del estado biológico con una respuesta a nivel cardiovascular, respiratorio, endocrino o inmune como en el caso del VIH.
- Los rasgos característicos e individuales de personalidad que van a tipificar a la persona según la manera de comportarse, bien de manera saludable o de riesgo, lo que se denomina estilos interactivos.
- Las competencias para hacer frente a una determinada situación, atributo de autoeficacia o no, para prevenir una enfermedad.

La versión ampliada del Modelo Psicológico de Salud Biológica está orientada a la prevención de enfermedades (Piña, 2008), y tiene como eje fundamental la intervención psicológica en el continuo salud-enfermedad a través de las variables

que influyen en la interacción entre los aspectos biológicos y socioculturales. La variación que realiza Piña (2008) del Modelo Psicológico de Salud Biológica (Ribes, 1990), incluye las variables históricas y de contexto (motivos, estados biológicos y situaciones sociales), lo que permite describir y explicar los comportamientos de riesgo sexual relacionados con la personalidad, la motivación y el contexto social en el que ocurre la relación sexual. En este modelo se establece que la dimensión psicológica de salud se puede dividir en tres factores:

- Los modos únicos y consistentes de comportarse o estilos interactivos.
- La conducta como moduladora de los estados biológicos.
- Las competencias funcionales, las capacidades, destrezas, habilidades o información que tiene un individuo para interactuar de manera efectiva, según los requerimientos de una situación dada.

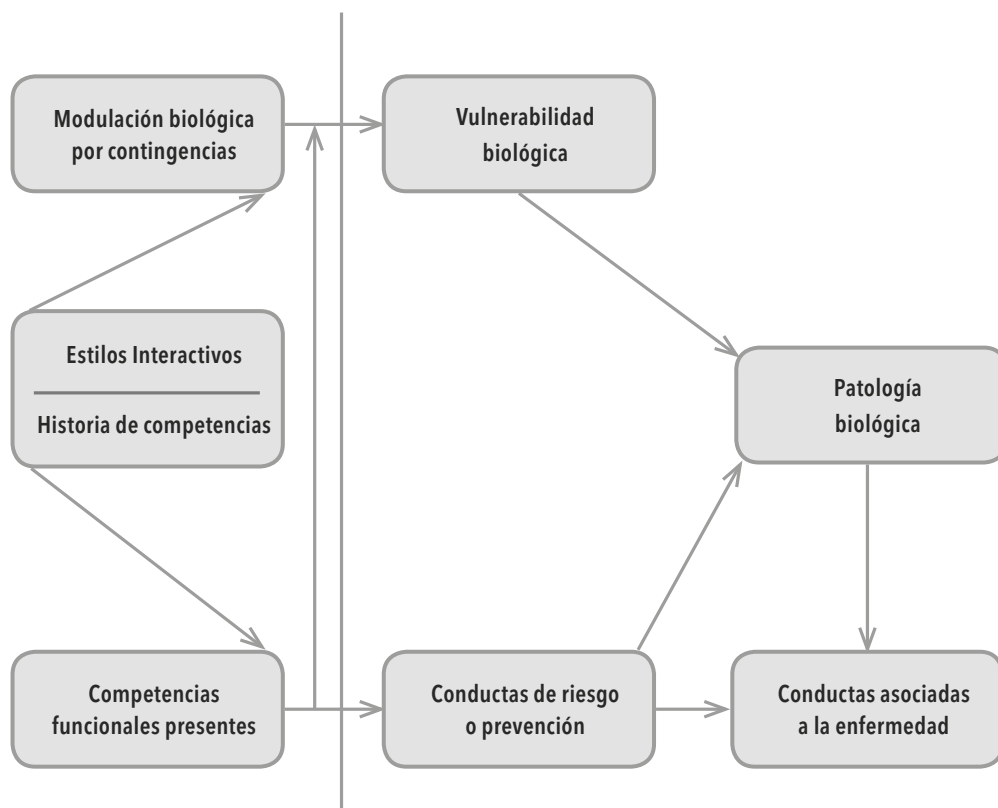
La primera variable es el estilo de interacción o personalidad, entendida como la tendencia al riesgo en una circunstancia social específica en la que la persona se enfrenta a dos opciones de actuación, por ejemplo, tener una relación sexual no protegida porque espera una consecuencia positiva inmediata -el placer sexual-, o bien, evitar la relación sexual aunque no obtenga los beneficios esperados, y así reducir la probabilidad a medio o largo plazo de una consecuencia negativa como la infección por el VIH. La persona con tendencia al riesgo elegiría la primera opción (Piña, 2004; Piña, 2008; Piña et al., 2007; Robles et al., 2006c).

La segunda variable es la historia de competencias que responde a la interacción entre los aspectos biológicos del organismo y los socioculturales. La persona en contextos y circunstancias sociales diversas, actúa con determinados criterios para favorecer el cuidado y mantenimiento de su salud. Así, si tiene conocimientos sobre el efecto barrera que ejerce el preservativo para evitar una ITS y en el pasado hizo uso de manera consistente en todas las relaciones sexuales, demuestra tener competencias para la prevención de enfermedades (Piña et al., 2007).

La tercera variable son los motivos que definen la elección o preferencia que tiene una persona en determinadas situaciones sociales para realizar una determinada acción. La característica principal de esta variable es que le da direccionalidad al comportamiento, hace más o menos probable la práctica de un comportamiento en correspondencia con situaciones o circunstancias sociales en las que dicho comportamiento es valorado positivamente por la sociedad, por ejemplo, cuando una persona utiliza el preservativo y es aceptado por su grupo social (Ribes, 2005).

Figura 1

Modelo psicológico de salud biológica de Ribes (1990)



Las tres variables expuestas son de tipo histórico, ya que reflejan los antecedentes de esa persona (Piña et al., 2007). Sin embargo, ningún comportamiento ocurre fuera de un contexto determinado, pues la decisión de evitar una relación sexual o involucrarse en ella, o de utilizar preservativos siempre, o no utilizarlos nunca, se toma en contextos y circunstancias sociales concretas. De esta forma, todo comportamiento se ve afectado por los antecedentes de estilos de interacción o personalidad, historia de competencias y motivos, pero también por variables de contexto -amistad, recreación, aprendizaje-, relacionadas con el lugar y las personas participantes. Por último, se debe tener en cuenta el estado biológico previo a la relación sexual, que puede estar determinado por la excitación o inhibición producida por el consumo de sustancias como el alcohol o algunas drogas (Dávila y Piña, 2008; Piña et al., 2007), consideradas poderosas predictoras de ciertas conductas sexuales de riesgo (Piña et al., 2010a).

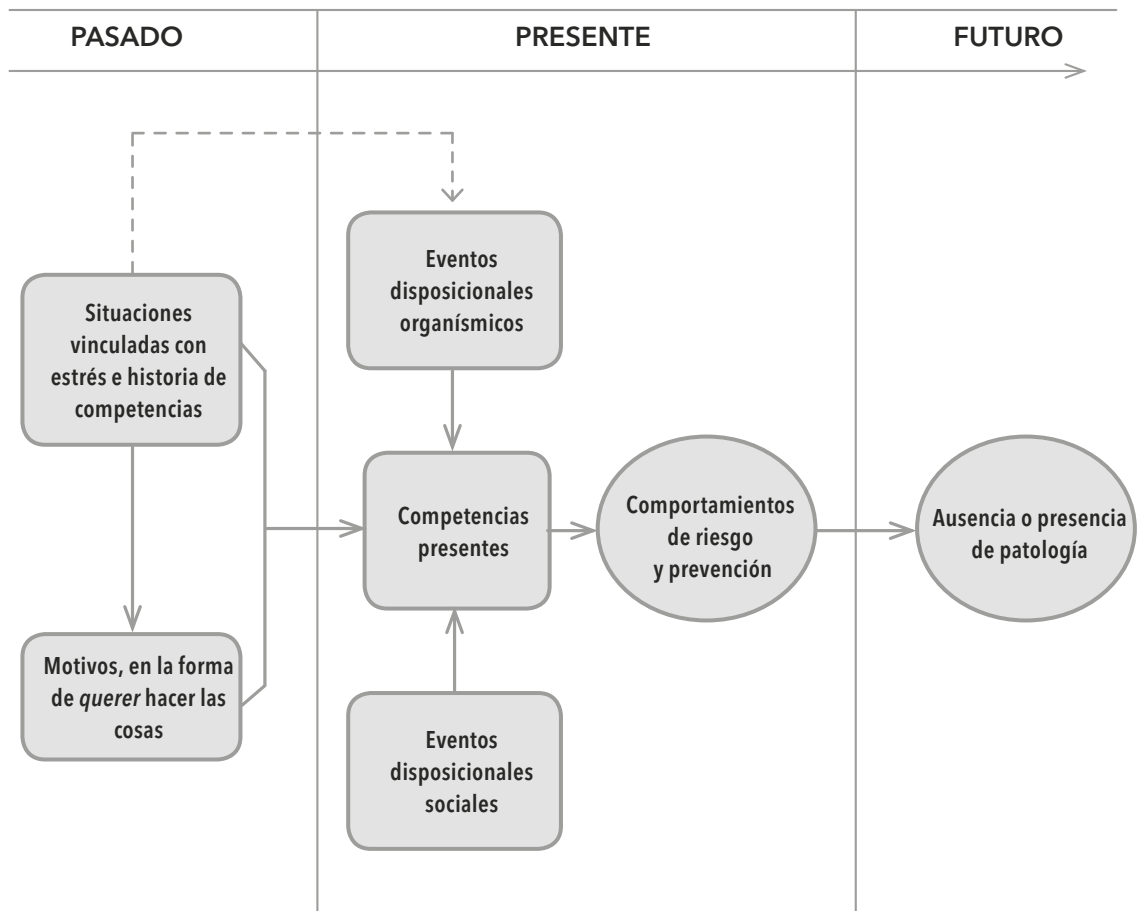
Piña et al. (2007), señalan que el instrumento que sugieren para evaluar las variables psicológicas y los comportamientos sexuales de riesgo tiene algunas ventajas con respecto a otros:

- La inclusión de variables históricas y de contexto (motivos, estados biológicos y situaciones sociales), que permite describir y explicar con más detalles los comportamientos de riesgo sexual.
- Que se apoya en un modelo teórico de tipo interactivo y funcional, y tiene en cuenta el hecho de que las variables psicológicas que determinan el comportamiento sexual de riesgo no operan en un mismo nivel de complejidad, además de que son concebidas de manera interdependiente (Piña et al., 2007).
- Entre las variables que pueden influir en el comportamiento sexual de una persona en una situación social determinada, están las motivaciones, el consumo de sustancias (como el alcohol y algunas drogas) y la influencia de otras personas (Ribes, 1990).

Piña (2008) sugiere que la dimensión psicológica de la salud puede ser analizada desde diversas variables que se agrupan a lo largo de tres momentos: pasado, presente y futuro.

Figura 2

Representación gráfica del Modelo Psicológico de prevención de enfermedades (Piña, 2008)



En el pasado se pone énfasis en tres variables:

- Las situaciones vinculadas con el estrés: concepto que guarda relación con los estilos interactivos o de personalidad, como modos únicos y característicos de comportamiento con los que una persona entra en contacto en una situación al interactuar por primera vez (Ribes y Sánchez, 1990), y que se conservarán en los siguientes contactos con un perfil funcional típico y definitorio, diferente al de otras personas.
- La historia de competencias: que se relaciona con lo que la persona ha hecho en el pasado al interactuar en situaciones en las que se establece el cumplimiento de determinados criterios. Por tanto, facilita o interfiere en el ejercicio de las competencias presentes. Disponer de conocimientos y haber practicado las competencias en el pasado facilita el desempeño competencial en el presente y se manifiesta en forma de comportamientos preventivos en situaciones potenciales de riesgo para evitar una ITS (Dávila y Piña, 2008). La persona tiene conocimientos sobre qué es el sida, qué es el VIH, cómo se puede prevenir la infección, y por tanto sabe y utiliza de manera consistente el preservativo (Piña, 2008).
- Los motivos: que son un concepto disposicional relativo a la elección o preferencia de objetos, eventos u otras personas en una situación en la que hay consecuencias socialmente valoradas (Piña, 2009; Piña et al., 2010b). En ellos se identifica la direccionalidad de los comportamientos seguidos de una serie de hechos y consecuencias. Cuando se dice que una persona se encuentra motivada para practicar un comportamiento, implica que quiere hacer algo en una situación interactiva en la que el hacer o comportarse de determinada manera se evalúa como oportuno y pertinente, y tiene una correspondencia funcional entre el comportamiento y las consecuencias (Ribes, 2005).

En el presente se incluyen cuatro variables:

- Los eventos disposicionales biológicos: que facilitan o impiden que se realicen diversos comportamientos (e.g. edad biológica, alimentación, sueño o alteraciones producidas por el consumo de sustancias tales como alcohol o drogas). Si una persona antes de mantener una relación sexual con penetración consume alcohol en exceso, probablemente eso interfiera en su desempeño competencial -suponiendo que haya demostrado ser competente en el pasado-, para utilizar el preservativo de manera correcta y eficaz (Dávila y Piña, 2008; Piña et al., 2007; Ribes, 1990).
- Las competencias funcionales presentes: se pueden concebir como la actualización de las competencias pasadas que se manifiestan en comportamientos que permiten a una persona, en situaciones interactivas también diversas, ajustarse a criterios de manera eficiente. Implican saber el qué de las cosas y saber cómo hacer esas cosas. Se pueden tener conocimientos sobre el preservativo y la idoneidad de su uso para evitar una ITS y no utilizarlo, lo que constituye un comportamiento de riesgo para la infección por VIH. Se sabe acerca de las cosas, pero se es competente en la medida en que se practican los comportamientos de manera congruente. En este caso, usar el preservativo en todas y cada una de las relaciones sexuales con penetración que se tengan (Dávila y Piña, 2008).
- Los eventos disposicionales sociales (circunstancia social, el lugar o lugares y otras personas): se debe tener en cuenta la circunstancia social particular en la que se está interactuando (relaciones familiares, de amistad, de trabajo, etc.). Es importante el tipo de escenario o lugar donde sucede dicha interacción, así como las personas con las que se entra en contacto (Piña, 2009; Piña et al., 2010a).
- Los comportamientos instrumentales de riesgo o de prevención: se definen como el conjunto de acciones que directa o indirectamente disminuyen o aumentan el riesgo de que se contraiga una enfermedad.

Los comportamientos de riesgo pueden ser de dos tipos:

- a)** Los que ponen en contacto directo a una persona con un agente patógeno, en el caso del VIH, tener relaciones sexuales con penetración con una persona infectada y no haber usado preservativo, constituye un referente inmediato a partir del cual se evalúa el riesgo potencial de que sea diagnosticada por la infección del VIH en un futuro.
- b)** Los que se practican a lo largo del tiempo, que son los que incrementan la vulnerabilidad del organismo para que debute posteriormente con una enfermedad biológica (Piña, Dávila, Lozano, Carrillo y Vázquez, 2009).

Para Ribes y López (1985), como toda conducta humana ocurre en sociedad, a la vez que se aborda a cada persona de manera individual, es prioritario identificar y analizar aquellas modalidades que implican sistemas o relaciones más generales. También, se deben tener en cuenta las normas, costumbres y demás pautas culturales, que sin lugar a dudas prescriben y regulan la adquisición y puesta en práctica de las competencias de las personas en el plano individual (Ribes y López, 1985).

Por tanto, teniendo en cuenta que sólo se puede prevenir un problema de salud en la medida en que se le pueda predecir (Piña, Fierros, García e Ybarra, 2011), es por lo que se ha decidido la utilización de dicho cuestionario. Pues no se trata exclusivamente de realizar una predicción y una comprensión más detallada de las variables que eventualmente pueden afectar al cuidado, mantenimiento, pérdida y/o recuperación de la salud, incluye un quehacer interdisciplinario que pueda facilitar el cómo, el por qué y el para qué la colaboración entre profesionales involucrados en un mismo campo puede darle sentido a la prevención de las enfermedades y a la promoción de la salud (Piña, 2008).

El cuestionario se divide en preguntas socio-demográficas, y otras de comportamientos sexuales. Asimismo, incluye otras para analizar las variables contextuales e históricas (motivos, situaciones sociales y estados biológicos). La validez conceptual

del instrumento fue verificada mediante análisis factorial exploratorio (método de componentes principales) con rotación varimax (normalización de Kaiser).

Según Piña et al. (2007), en el análisis del cuestionario se tuvieron en cuenta tres criterios:

- Que las puntuaciones de las preguntas de cada uno de los grupos difirieran significativamente entre sí.
- Que cada pregunta obtuviera pesos factoriales iguales o superiores a 0.40.
- Que las preguntas no se repitieran en dos o más factores. Se encontraron tres factores (motivos para no usar preservativos en la primera relación sexual y a lo largo de la vida, motivos del uso inconsistente del preservativos con parejas ocasionales y disposición hacia la primera relación sexual y hacia la relación con parejas ocasionales) con valores individuales superiores a 1, que en su conjunto explicaron 38.3% de la varianza total.

El análisis de confiabilidad se obtuvo un valor α de Cronbach global de 0.821, considerando todas las variables en su conjunto y agrupadas por factores (Piña et al., 2007).

4.6.3.1.2 **Escala VIH/SIDA-66** (Bermúdez, de los Santos-Roig y Buela-Casal, 2006). Adaptada y reducida de Panigua, O' Boyle, Wagner, Ramírez, Colmes, Nieto y Smith. (1994). AIDS- related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9, 311-339) (Anexo III).

Es una adaptación de la Escala VIH/SIDA-65 (Bermúdez, Buela-Casal y Uribe, 2005), que a su vez es una versión reducida de la escala VIH/SIDA 164 (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 2003), original de Paniagua et al. (1994). El citado instrumento alude a los conocimientos y a las actitudes frente al VIH-SIDA, y se divide en cinco subescalas:

- Conocimientos de hecho: consta de 20 ítems en formato de respuesta *Verdadero, Falso* y *No sé* sobre la transmisión y prevención del VIH.
- Ideas erróneas: consta de 20 ítems en formato de respuesta *Verdadero, Falso* y *No sé* sobre los conceptos erróneos en la transmisión y prevención del VIH.
- Actitudes negativas: consta de 12 ítems en formato de respuesta *Acuerdo, Desacuerdo, No sé* sobre cuestiones relacionadas con el SIDA.
- Susceptibilidad: consta de 5 ítems en formato de respuesta *Acuerdo, Desacuerdo, No sé* sobre la percepción del riesgo del VIH.
- Autoeficacia: consta de 9 ítems en formato de respuesta *Acuerdo, Desacuerdo, No sé* sobre las competencias frente al VIH-SIDA.

La falta de conocimientos y conocimientos erróneos junto con otros factores como la autoeficacia (creencia que tiene la persona sobre sus capacidades y sobre el control de su funcionamiento) -variable de interés por las implicaciones que tiene en la salud y en las estrategias de autocuidado- (Bandura, 1990), la susceptibilidad (creencia de que no se pueda adquirir el virus), y las actitudes negativas hacia las consecuencias del VIH-SIDA, tienen relación en la adquisición y transmisión del VIH/SIDA (Paniagua, O'Boyle y Wagner, 1997).

Para Maldonado y Castillo (2001), esta escala es elemental para el diseño de programas preventivos. También, otra posible utilidad sería su empleo para evaluar la efectividad de un programa de intervención o prevención utilizando la escala como prueba test-retest, de esta forma se podría valorar la efectividad del programa y, además, en qué áreas concretas se ha producido el cambio (actitudes, susceptibilidad...).

La adaptación de la escala confirma la estructura de la escala y un análisis de fiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.79 para el instrumento (Bermúdez et al., 2005). En su versión VIH/SIDA-66 (Bermúdez, de los Santos-Roig y Buéla-Casal, 2006) se constituye por 66 ítems.

4.6.3.1.3 **Escala Sexual Opinion Survey**, revisada y actualizada por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988). Adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994). (Anexo IV).

Fisher et al. (1988), mediante esta escala intentan situar a los sujetos a lo largo de una dimensión de la personalidad de erotofobia-erotofilia. Según estos autores existe evidencia empírica para defender que las personas identificadas como erotofílicas tienen actitudes positivas hacia la sexualidad y prestan más atención, procesando más información sexual o contraceptiva. Igualmente, se anticipan en mayor medida a la probabilidad de tener relaciones sexuales, adquieren métodos anticonceptivos, tienen una mayor capacidad para hablar con la pareja sexual sobre el tema de la sexualidad en general, y en concreto sobre las prácticas anticonceptivas, usando de forma consistente los métodos anticonceptivos.

La escala permite discriminar adecuadamente no sólo en qué nivel de la dimensión actitudinal se ubicaría el sujeto con respecto a la sexualidad, sino, que además, puede identificar a los sujetos con actitudes erotofóbicas. Estos están más expuestos y por tanto tienen más probabilidad de comportamientos de riesgo que los erotofílicos. Por ello es considerada una escala importante para articular los recursos preventivos en materia de salud sexual (Fisher et al., 1988).

La encuesta *Sexual Opinion Survey* (SOS) (Fisher et al., 1988), a través de los 21 ítems, que puntúan en escala tipo Likert de 7 puntos, que oscila entre "acuerdo" 1 a "desacuerdo" 7, proporciona una dimensión de erotofilia-erotofobia o respuesta afectiva ante estímulos sexuales. En su adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994), señalan una consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.86. En el análisis realizado por Lameiras-Fernández y Faílde (1998) se identifican cuatro factores: erotofilia, erotofobia, homofobia y sexo no convencional.

Por su parte Del Río, López y Cabello (2013), detectan en la escala SOS (Fisher et al., 1988) un claro sesgo heterosexual en varios de los ítems del cuestionario. Concretamente, en las preguntas 3, 5, 8, 10, 11, 14 y 16, las personas con orienta-

ción homosexual puntuarían de erotofobia, aunque respondieran de forma positiva ante estímulos sexuales. La nueva adaptación en la *Encuesta Revisada de Opinión Sexual (EROS)* (Del Río et al., 2013), en su versión española (Carpintero y Fuertes, 1994), y con las denominaciones de Lameiras y Faílde (1998), elimina el ítem 5, *me sentiría dolido si descubriese que un amigo/a íntimo/a es homosexual*, y modifica otros ítems por no representar a la orientación homosexual o bisexual. Asimismo, se invierte el sentido de la puntuación, en la que 1 significa totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. La fiabilidad de EROS se estima mediante el coeficiente alfa de Cronbach, cuyo valor es de 0.851.

Del Río et al. (2013), clasifican de ítems directos el 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17 y 20, y de ítems inversos el 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 19 (63). La corrección se realiza mediante la suma el total de los ítems directos (77), se le resta el sumatorio de los ítems inversos (63), y al resultado de esta operación (8) se le suma 52 (60). Las puntuaciones totales oscilan entre 0 (máxima erotofobia) y 120 (máxima erotofilia). El factor 1, *Erotofobia*, contiene los ítems 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 19; el factor 2, *Erotofilia*, contiene los ítems 1, 3, 4, 7 y 8; el factor 3, *Homofobia*, está compuesto por los ítems 9, 10 y 17; y el factor 4, *Sexo no convencional*, contiene los ítems 6, 16 y 20.

4.7 Análisis estadístico

El análisis estadístico de los datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS versión 19.0 para Windows. En el análisis univariante se utiliza la frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas, y la media y desviación típica para las variables cuantitativas. En el análisis bivariante se utiliza Chi-cuadrado, estadístico exacto de Fisher, U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis. El valor de la *p* inferior a 0.05 fue considerado estadísticamente significativo.

V. RESULTADOS



V.

Resultados

A continuación se presentan, de manera secuencial y en función de los objetivos planteados, los resultados obtenidos en esta investigación.

La muestra estaba integrada por 900 personas, de ellas eran 524 (58.2%) mujeres y 376 (41.8%) hombres. Respecto al estado civil, solteros eran 743 (82.6%), casados o en pareja 147 (16.3%) y 10 (1.1%) separados, divorciados o viudos. La edad media de la muestra era de 20.93 (DT= 4.071) y la edad mínima era de 15 y la máxima de 29. Según la orientación sexual 847 (94.1%) se identificaban como heterosexuales, 28 (3.1%) homosexuales y 25 (2.8%) bisexuales. El grupo cultural mayoritario era el europeo con 379 personas jóvenes (42.1%), identificados con las costumbres españolas y la religión católica, seguido del grupo de origen rifeño o bereber con 315 personas (35.0%) de lengua Amazigh y religión islámica; el grupo cultural judío con 41 personas (4.6%) identificados con la religión hebraica y el Estado de Israel; otro grupo de 144 (16.0%) que se identificaban como no creyentes; y otras minorías constituido por 21 personas (2.3%) pertenecientes a diversas culturas.

De las 604 personas jóvenes que informaron de la edad en la primera relación sexual con penetración la media fue de 16.77 años (DT= 2.009), la edad mínima de 11 años y la máxima de 29 años.

Respecto al primer objetivo de la investigación, en la Tabla 2 se pueden apreciar los datos obtenidos del análisis de los comportamientos afectivos-sexuales de los jóvenes melillenses participantes:

Tabla 2

Hábitos afectivos-sexuales en el debut y en la vida sexual activa

	Total n (%)
Penetración	
Si	605 (67.2)
No	295 (32.8)
Uso del preservativo · 1ª relación sexual	
Si	478 (78.5)
No	130 (21.5)
Frecuencia de uso del preservativo:	
Siempre	179 (29.8)
La mayoría de las veces	231 (38.5)
Muy pocas veces	153 (25.5)
Nunca	37 (6.2)
Número de parejas sexuales:	
Sólo 1	171 (28.5)
Entre 2 y 4	200 (33.3)
Entre 5 y 7	93 (15.5)
8 o más	137 (22.8)
Relaciones sexuales con parejas ocasionales:	
Si	290 (66.1)
No	149 (33.9)
Frecuencia del uso del preservativo con pareja ocasional:	
Siempre	157 (53.8)
La mayoría de las veces	74 (25.3)
Muy pocas veces	46 (15.8)
Nunca	15 (5.1)

Es importante destacar algunos datos descriptivos de la muestra total para conocer si existieron comportamientos de riesgo sexual. Así, se ha obtenido un alto porcentaje de personas jóvenes que habían mantenido *relaciones sexuales con penetración* (67.2%), con diferencias respecto al *uso del preservativo*, dependiendo de si se utilizó

en el debut sexual (78.5%), o durante la vida sexual activa, ya que en este caso dijeron usarlo siempre el 29.8%. En relación al *número de parejas sexuales*, el 22.8% de los participantes habían tenido ocho o más parejas. El 66.1% de las personas jóvenes iniciadas confirmaron *las relaciones sexuales con parejas ocasionales*, y siempre usaron el condón en estas relaciones fortuitas el 53.8%, y nunca el 5.1% de ellos.

A continuación, en la Tabla 3 se muestran los resultados hallados para las motivaciones más determinantes del no uso del preservativo en el debut sexual y en las relaciones sexuales sucesivas:

Tabla 3

Motivos para la no utilización del preservativo en el debut sexual y en las relaciones sexuales sucesivas

	Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Mi pareja no quiso usarlo:				
1ª Relación sexual	24 (16.0)	22 (14.7)	29 (19.3)	75 (50.0)
Relaciones sex. sucesivas	106 (24.7)	136 (31.6)	83 (19.3)	105 (24.4)
Yo no quise usarlo:				
1ª Relación sexual	33 (22.9)	27 (18.8)	25 (17.4)	59 (41.0)
Relaciones sex. sucesivas	85 (19.8)	120 (27.9)	99 (23.0)	126 (29.3)
Resta sensibilidad:				
1ª Relación sexual	43 (29.9)	34 (23.6)	16 (11.1)	51 (35.4)
Relaciones sex. sucesivas	164 (38.1)	125 (29.1)	62 (14.4)	79 (18.4)
No tenía:				
1ª Relación sexual	54 (37.5)	20 (13.9)	25 (17.4)	45 (31.3)
Relaciones sex. sucesivas	113 (26.4)	99 (23.1)	64 (15.0)	152 (35.5)

Referente a la no utilización del preservativo, se encontraron motivaciones diferentes según se tratara de la primera relación sexual o de las relaciones sexuales sucesivas. La motivación *porque en ese momento no traía uno conmigo* (37.5%), fue la más determinante para no usarlo en el debut sexual, seguido de *porque le resta sensibilidad y placer a la relación sexual* (29.9%). Sin embargo, se invierten las variables en las relaciones sucesivas y fue más determinante *porque le resta sensibilidad y placer a la relación* (38.1%), que *porque en ese momento no traía uno conmigo* (26.4%).

En la Tabla 4 se exponen los datos relativos a las motivaciones más determinantes para no utilizar el preservativo con parejas ocasionales:

Tabla 4

Motivos del no uso del preservativo con parejas ocasionales

	Total n (%)
No me gusta usarlo:	
Muy determinante	31 (22.1)
Más o menos determinante	31 (22.1)
Poco determinante	30 (21.4)
No fue determinante	48 (34.3)
A mis parejas no les gustaba:	
Muy determinante	19 (13.6)
Más o menos determinante	37 (26.4)
Poco determinante	33 (23.6)
No fue determinante	51 (36.4)
Porque resta sensibilidad y placer:	
Muy determinante	61 (44.2)
Más o menos determinante	30 (21.7)
Poco determinante	22 (15.9)
No fue determinante	25 (18.1)
No disponía de uno:	
Muy determinante	47 (33.8)
Más o menos determinante	35 (25.2)
Poco determinante	19 (13.7)
No fue determinante	38 (27.3)

En relación al no uso del preservativo con parejas ocasionales, las personas jóvenes que habían tenido relaciones sexuales con personas desconocidas o que conocían de muy poco, confirmaron las mismas motivaciones que se dieron en las relaciones sexuales sucesivas, *porque le resta sensibilidad y placer a la relación* (44.2%) seguido de *porque en ese momento no traía uno conmigo* (33.8%).

Igualmente, se han analizado los motivos, los estados biológicos previos a la relación sexual y las situaciones sociales más determinantes para realizar o no, las prácticas sexuales con penetración. En la Tabla 5 se muestran los resultados obtenidos en estas variables:

Tabla 5

Motivos, estados biológicos y situaciones sociales para la vida sexual activa y las relaciones con parejas ocasionales

Personas con vida sexual activa	605 (67.2%)	Personas con relaciones sexuales con parejas ocasionales	290 (66.1%)
MOTIVOS PARA EL INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA			
Oportunidad:		Oportunidad:	
Muy determinante	204 (33.7)	Muy determinante	144 (49.3)
Más o menos determinante	199 (32.9)	Más o menos determinante	95 (32.5)
Poco determinante	90 (14.9)	Poco determinante	31 (10.6)
No fue determinante	112 (18.5)	No fue determinante	22 (7.5)
Interés en conocer:		Interés en experimentar y saber:	
Muy determinante	221 (36.5)	Muy determinante	61 (21.0)
Más o menos determinante	181 (29.9)	Más o menos determinante	91 (31.3)
Poco determinante	118 (19.5)	Poco determinante	77 (26.5)
No fue determinante	85 (14.0)	No fue determinante	62 (21.3)
Atracción física:		Atracción física:	
Muy determinante	313 (51.7)	Muy determinante	194 (66.9)
Más o menos determinante	181 (29.9)	Más o menos determinante	78 (26.9)
Poco determinante	63 (10.4)	Poco determinante	13 (4.5)
No fue determinante	48 (7.9)	No fue determinante	5 (1.7)
Relación afectiva:			
Muy determinante	361 (59.7)		
Más o menos determinante	115 (19.0)		
Poco determinante	63 (10.4)		
No fue determinante	66 (10.9)		
ESTADOS BIOLÓGICOS			
Excitación física:		Excitación física:	
Muy determinante	277 (45.8)	Muy determinante	167 (57.2)
Más o menos determinante	223 (36.9)	Más o menos determinante	97 (33.2)
Poco determinante	69 (11.4)	Poco determinante	13 (4.5)
No fue determinante	36 (6.0)	No fue determinante	15 (5.1)

» »

» »

Personas con vida sexual activa	605 (67.2%)	Personas con relaciones sexuales con parejas ocasionales	290 (66.1%)
Influjo del alcohol:		Influjo del alcohol:	
Muy determinante	28 (4.6)	Muy determinante	38 (13.1)
Más o menos determinante	46 (7.6)	Más o menos determinante	69 (23.7)
Poco determinante	47 (7.8)	Poco determinante	64 (22.0)
No fue determinante	483 (80.0)	No fue determinante	120 (41.2)
Influjo de drogas:		Influjo de drogas:	
Muy determinante	21 (3.5)	Muy determinante	20 (6.9)
Más o menos determinante	17 (2.8)	Más o menos determinante	15 (5.2)
Poco determinante	15 (2.5)	Poco determinante	23 (7.9)
No fue determinante	551 (91.2)	No fue determinante	233 (80.1)
SITUACIONES SOCIALES			
Situación a solas:		Situación a solas:	
La facilitó demasiado	352 (58.3)	La facilitó demasiado	145 (50.0)
Más o menos determinante	184 (30.5)	Más o menos determinante	99 (34.1)
Poco determinante	26 (4.3)	Poco determinante	25 (8.6)
No fue determinante	42 (7.0)	No fue determinante	21 (7.2)
Estaba en una fiesta:		Estaba en una fiesta:	
Muy determinante	59 (9.8)	Muy determinante	84 (29.0)
Más o menos determinante	118 (19.6)	Más o menos determinante	117 (40.3)
Poco determinante	78 (12.9)	Poco determinante	42 (14.5)
No fue determinante	348 (57.7)	No fue determinante	47 (16.2)
Espectáculo de adultos:		Espectáculo de adultos:	
Muy determinante	23 (3.8)	Muy determinante	23 (7.9)
Más o menos determinante	25 (4.2)	Más o menos determinante	25 (8.6)
Poco determinante	41 (6.8)	Poco determinante	29 (10.0)
No fue determinante	513 (85.2)	No fue determinante	214 (73.5)

Tal como se observa en la Tabla 5, la motivación más determinante para el inicio de la vida sexual fue *porque existía una relación afectiva importante con la otra persona* (59.7%). El estado biológico previo que influyó de manera más determinante

porque me encontraba excitado/a físicamente (45.8%), y la situación social que más facilitó la actividad sexual fue *porque encontrarme a solas con la pareja en algún lugar privado* (58.3%).

Por otra parte, para establecer relaciones sexuales con parejas ocasionales, los/as encuestados/as señalaron como muy determinante la motivación *porque me atraía físicamente la otra persona* (66.9%). El estado biológico previo que influyó de manera más determinante fue *porque me encontraba excitado/a físicamente*, que alcanzó mayor porcentaje (57.2%), y la situación social que más facilitó las relaciones casuales fue *encontrarme a solas con la pareja en algún lugar privado* con menor porcentaje (50.0%).

Igualmente, destacar que el estado biológico previo sobre la influencia del alcohol y otras drogas, aunque no fueron determinantes para los/as participantes en ninguno de los dos casos, los porcentajes se duplicaron en la variable *porque me encontraba bajo la influencia de alguna droga* cuando las relaciones sexuales se establecieron con parejas ocasionales, y casi se triplicó *porque me encontraba bajo la influencia del alcohol* en estas relaciones sexuales con personas desconocidas.

Respecto al objetivo 2, se han analizado las razones para la abstinencia sexual en los/as jóvenes participantes que no habían tenido relaciones sexuales con penetración. Entre otras, se les preguntó si habían practicado sexo oral y, en tal caso, de qué persona se trataba, y si se habían protegido con el preservativo. Asimismo, se les plantearon otras preguntas relacionadas con la probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración. En la Tablas 6, 7 y 8 se pueden consultar los datos relativos a tales cuestiones:

Tabla 6

Razones para la abstinencia sexual

Personas que no han tenido relaciones sexuales con penetración	295 (32.8%)
Evitar infección de transmisión sexual :	
Muy determinante	94 (31.9)
Más o menos determinante	56 (19.0)
Poco determinante	59 (20.0)
No fue determinante	86 (29.2)
Esperar a estar enamorado:	
Muy determinante	167 (56.6)
Más o menos determinante	57 (19.3)
Poco determinante	29 (9.8)
No fue determinante	42 (14.2)
Evitar embarazo:	
Muy determinante	134 (45.6)
Más o menos determinante	48 (16.3)
Poco determinante	47 (16.0)
No fue determinante	65 (22.1)
Según educación sexual:	
Muy determinante	150 (51.0)
Más o menos determinante	55 (18.7)
Poco determinante	34 (11.6)
No fue determinante	55 (18.7)

Las razón más determinante para la abstinencia sexual de las personas jóvenes fue *porque quiero tener relaciones cuando esté enamorado* (56.6%), seguida de *porque quiero poner en práctica la forma en la que he sido educado* (51.0%).

En la Tabla 7 se pueden observar los datos relativos al sexo oral, el tipo de pareja para esta práctica sexual, y los motivos para usar el preservativo en los/as jóvenes no iniciados en las prácticas sexuales con penetración:

Tabla 7

Sexo oral. Uso del preservativo y motivos para el uso del preservativo

	Total n (%)
Has tenido sexo oral	
SI	37 (12.6)
NO	256 (87.4)
Si has tenido relaciones sexuales de tipo oral, ¿de qué persona se trataba?	
Mi novia	26 (70.3)
Un amigo	8 (21.6)
Pareja eventual	5 (8.1)
Cuando has tenido relaciones sexuales de tipo oral, ¿has usado preservativo?	
SI	7 (20.6)
NO	27 (79.4)
Qué determinante ha sido para ti cada uno de los motivos que se mencionan abajo para que usaras preservativo cuando has tenido relaciones sexuales de tipo oral	
<i>Evitar una ITS</i>	
Muy determinante	7 (53.8)
Más o menos determinante	2 (15.4)
Poco determinante	2 (15.4)
No fue determinante	2 (15.4)
<i>Yo lo he querido usar</i>	
Muy determinante	4 (30.8)
Más o menos determinante	2 (15.4)
Poco determinante	2 (15.4)
No fue determinante	5 (38.5)
<i>La pareja me ha pedido que lo use</i>	
Muy determinante	3 (23.1)
Más o menos determinante	3 (23.1)
Poco determinante	2 (15.4)
No fue determinante	5 (38.5)
<i>Desconozco los antecedentes sexuales de la pareja</i>	
Muy determinante	2 (15.4)
Más o menos determinante	5 (38.5)
Poco determinante	2 (15.4)
No fue determinante	4 (30.8)

Las personas jóvenes que no habían tenido relaciones sexuales con penetración confirmaron el sexo oral en el 12.6%, principalmente con la novia/o, y sin el uso del preservativo en el 79.4% de ellos. Aquellos que sí lo usaron (20.6%) fue por la motivación preventiva *porque quiero evitar una ITS* (56.8%).

Para finalizar el apartado de la abstinencia sexual, se les planteó a los encuestados/as que imaginaran una situación donde existiera una alta probabilidad de tener relaciones sexuales con penetración. A continuación se muestran los resultados:

Tabla 8

Probabilidad de relaciones sexuales con penetración en los jóvenes no iniciados

	Total n (%)
Preguntar a la pareja sobre sus antecedentes sexuales	
Nada Probable	92 (31.4)
Más o menos probable	69 (23.5)
Muy probable	64 (21.8)
Bastante probable	68 (23.2)
Rechazar la propuesta de tener relaciones	
Nada Probable	71 (24.1)
Más o menos probable	89 (30.3)
Muy probable	58 (19.7)
Bastante probable	76 (25.9)
Rechazar la propuesta de inclusive llegar a caricias	
Nada Probable	104 (35.4)
Más o menos probable	84 (28.6)
Muy probable	43 (14.6)
Bastante probable	63 (21.4)
Pedir a la pareja que use preservativo	
Nada Probable	30 (10.2)
Más o menos probable	33 (11.2)
Muy probable	52 (17.6)
Bastante probable	180 (61)

Tal como se expone en la Tabla 8, *le pediría a la pareja el uso del preservativo* ante la probabilidad de tener una relación sexual con penetración, fue señalado como bastante probable que lo hicieran el 61.0% de las personas jóvenes no iniciadas. Destacar que el 31.4% *no preguntarían por los antecedentes sexuales de la pareja*, y el 25.9% *rechazarían la propuesta de tener relaciones*.

En relación al objetivo 3, se presentan los resultados obtenidos de la Escala VIH/SIDA-66 (Bermúdez, de los Santos-Roig y Buela-Casal, 2006) para el total de la muestra. El citado instrumento alude a los conocimientos y a las actitudes frente al VIH-SIDA, y se divide en cinco subescalas que agrupan los ítems relacionados según las variables analizadas: conocimientos de hecho, ideas erróneas, actitudes negativas, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH-SIDA.

- Subescala de conocimientos de hecho sobre la transmisión y prevención del VIH. Formada por 20 ítems en formato de respuesta *Verdadero, Falso y No sé*.

Tabla 9

Conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH

	Verdadero n (%)	Falso n (%)	No sé n (%)
Una mujer embarazada e infectada con el virus del sida puede transmitirlo al feto	718 (80.0)	56 (6.2)	124 (13.8)
Se puede transmitir a través del semen	769 (85.4)	62 (6.9)	69 (7.7)
Usar condón durante la relación sexual puede reducir el riesgo de contraer el virus del sida	783 (87.1)	58 (6.5)	58 (6.5)
Se puede contraer a través de relaciones sexuales con penetración	819 (91.1)	41 (4.6)	39 (4.3)
Los hombres con el sida pueden infectar a las mujeres	833 (92.6)	29 (3.2)	38 (4.2)
El sida es una enfermedad que amenaza a la vida del sujeto	732 (81.6)	68 (7.6)	97 (10.8)
Recibir una transfusión de sangre infectada puede transmitir el sida	791 (88.1)	33 (3.2)	74 (8.2)
Las mujeres con el sida pueden infectar a los hombres	786 (87.5)	51 (5.7)	61 (6.8)

» »

	Verdadero n (%)	Falso n (%)	No sé n (%)
Cualquier persona puede contraer el virus del sida	737 (82.1)	87 (9.7)	74 (8.2)
El sida es causado por un virus	695 (77.5)	92 (10.3)	110 (12.3)
Las personas con sida pueden contraer otras enfermedades	562 (62.7)	97 (10.8)	237 (26.5)
En la actualidad, no hay cura conocida para el sida	621 (69.0)	121 (13.4)	158 (17.6)
Una persona puede ser infectada con el virus del sida y no presentar ningún síntoma de enfermedad	574 (63.8)	112 (12.5)	213 (23.7)
Las personas pueden tener el virus del sida en su cuerpo y no estar enfermas	580 (64.4)	139 (15.4)	181 (20.1)
El sida se puede transmitir a través de los fluidos vaginales femeninos	665 (74.1)	66 (7.3)	167 (18.6)
Las transfusiones de sangre son, en la actualidad, generalmente segura	587 (65.2)	115 (12.8)	198 (22.0)
El virus del sida debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones	685 (76.1)	56 (6.2)	159 (17.7)
Se puede contraer por penetración anal	659 (73.2)	71 (7.9)	170 (18.9)
Relaciones sexuales entre varones puede transmitir el sida	635 (70.6)	117 (13.0)	147 (16.4)
Se puede contraer el sida a través de alguna persona infectada sin síntomas	652 (72.4)	90 (10.0)	158 (17.6)

Referente a los conocimientos de hecho sobre la transmisión del virus del SIDA y la forma de prevenirlo, cabe destacar que la causa del SIDA era conocida por el 77.5% de los/as participantes y la gravedad de la enfermedad por el 81.6%, pero el 26.5% ignoraban si *las personas con SIDA pueden contraer otras enfermedades*. Igualmente, la *fase asintomática de la infección por el VIH* era desconocida para el 23.7% de los jóvenes.

Relativo a las vías de transmisión del VIH, la mayoría de los/as encuestados/as tenían conocimientos sobre el contagio a través de la vía sexual, parenteral y vertical (madre-hijo), pero algunas personas no supieron responder a determinadas afirmaciones como *el SIDA se puede contagiar a través de la penetración anal* (18.9%), y *el SIDA se puede transmitir a través de los fluidos femeninos* (18.6%).

Respecto a los conocimientos de cómo se puede prevenir la infección, el 87.1% identificaron correctamente el condón como factor de protección en las relaciones sexuales con penetración. No obstante, *las transfusiones de sangre son, en la actualidad, generalmente seguras*, fue considerada una afirmación falsa para el 12.8% de las personas jóvenes, y para el 22.0% era una cuestión desconocida.

- Subescala de ideas erróneas sobre la transmisión y prevención del VIH. Consta de 20 ítems en formato de respuesta *Verdadero, Falso y No sé*. En la tabla 10 se exponen los resultados obtenidos:

Tabla 10

Ideas erróneas sobre la transmisión y prevención del VIH-SIDA

	Verdadero n (%)	Falso n (%)	No sé n (%)
Se puede contraer el virus del sida compartiendo cuchillos, tenedores o vasos	179 (19.9)	587 (65.4)	132 (14.7)
Se puede contraer el virus del sida a través de gérmenes que hay en el aire	71 (7.9)	722 (80.2)	107 (11.9)
Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el sida	87(9.7)	686 (76.3)	126 (14.0)
Casi todos los homosexuales varones tienen el virus del SIDA	92 (10.2)	632 (70.5)	173 (19.2)
Uno puede contraer el virus del sida tocando o estando cerca de una persona con el sida	77 (8.6)	749 (83.3)	73 (8.1)
Es posible que una persona contraiga el sida o el virus del sida hablando a través de un teléfono público	46 (5.1)	784 (87.2)	69 (7.7)
Se puede contraer el virus del sida por los asientos de los baños públicos	124 (13.8)	573 (63.7)	203 (22.6)
Se puede contraer el virus del sida estando en la misma habitación que alguien que tenga el sida	49 (5.5)	751 (83.6)	98 (10.9)
Las personas pueden contraer el virus del sida fumando drogas	136 (15.1)	572 (63.6)	192 (21.3)
Se puede contraer el virus del sida compartiendo la ropa con otra persona	64 (7.1)	722 (80.3)	113 (12.6)

» »

	Verdadero n (%)	Falso n (%)	No sé n (%)
El uso de píldoras para el control de la natalidad puede reducir la probabilidad de contraer el virus del sida	78 (8.7)	525 (58.3)	297 (33.0)
Es posible que una persona contraiga el sida a través del cocinero de un restaurante	111 (12.3)	585 (65.0)	204 (22.7)
Se puede contraer el virus del sida a través de las lágrimas	75 (8.3)	662 (73.6)	162 (18.0)
Se puede contraer el virus del sida usando objetos personales de otra persona como un peine o un cepillo del pelo	111 (12.3)	660 (73.3)	128 (14.2)
Si besas a alguien con el sida contraerás la enfermedad	151 (16.8)	638 (70.9)	111 (12.3)
Se puede contraer el virus del sida a través de la saliva	229 (25.4)	557 (61.9)	114 (12.7)
El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del sida	114 (12.7)	620 (69.0)	165 (18.4)
Se puede contraer el virus del sida en una piscina	83 (9.2)	618 (68.7)	199 (22.1)
Se puede contraer el virus del sida al esnifar drogas (consumiendo drogas por vía nasal)	149 (16.6)	510 (56.7)	240 (26.7)
Con un análisis de sangre se puede saber si tú alguna vez contraerás el sida	214 (23.8)	523 (58.2)	162 (18.0)

Las ideas erróneas más destacadas en las personas jóvenes participantes fueron *el virus del SIDA se puede contraer a través de la saliva (25.4%), con un análisis de sangre se puede saber si alguna vez se contraerá el SIDA (23.8%), y se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos (19.9%)*.

Asimismo, algunos de los/as encuestados/as desconocían las respuestas correctas a la afirmaciones *es posible que una persona contraiga el SIDA a través del cocinero de un restaurante (22.7%), se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos (22.6%), y se puede contraer el virus del SIDA en una piscina (22.1%)*.

Es un hecho destacable que un tercio de la muestra desconociera si la afirmación, *el uso de píldoras para el control de la natalidad puede reducir la probabilidad de contraer el virus del SIDA* era verdadera o falsa.

- Subescala sobre las actitudes negativas hacia cuestiones relacionadas con el SIDA. Consta de 12 ítems en formato de respuesta *Acuerdo, Desacuerdo, No sé*. A continuación se exponen los resultados hallados:

Tabla 11

Actitudes negativas frente al SIDA

	De acuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	No sé n (%)
Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el sida	100 (11.1)	682 (75.9)	117 (13.0)
Me sentiría incómodo usando el mismo servicio y vestuario que personas con el sida	295 (33.0)	466 (52.1)	134 (15.0)
Los homosexuales y los consumidores de drogas por vía intravenosa que contraen el sida tienen lo que se merecen	122 (13.6)	646 (71.8)	132 (14.7)
Las personas que tienen el sida deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás	110 (17.2)	687 (76.4)	102 (11.3)
A personas con el sida no se les debería permitir trabajar con comidas en restaurantes	185 (20.6)	547 (60.8)	167 (18.6)
El sida es la forma que Dios tiene de castigar a las personas por sus malas acciones	84 (9.3)	705 (78.4)	110 (12.2)
No debería permitirse que las personas con el sida utilicen los autobuses públicos	61 (6.8)	752 (83.6)	87 (9.7)
No debería permitirse que las personas con el sida vivan en bloques de apartamentos	58 (6.4)	771 (85.7)	71 (7.9)
No debería permitirse que los alumnos que tienen el sida asistan a clase	73 (8.1)	741 (82.3)	86 (9.6)
No debería permitirse que las personas que tienen el virus del sida puedan ser profesores	68 (7.6)	732 (81.3)	100 (11.1)
No debería permitirse que las personas que tienen el virus del sida sirvan al público (p. ej., camarero/a, cocinero/a, peluquero/a)	108 (12.0)	668 (74.2)	124 (13.8)
Las personas con el sida deberían estar permanentemente aisladas de los demás	59 (6.6)	748 (83.1)	93 (10.3)

Como se puede observar en la Tabla 11, un tercio de los/as participantes presentaron actitudes negativas frente al VIH al expresar su acuerdo con la afirmación, *me sentiría incómodo usando el mismo servicio y vestuario que personas con el sida* (33.0%); igualmente, el 20.6% manifestaron su conformidad sobre *a personas con el SIDA no se les debería permitir trabajar con comidas en restaurantes*. Otra actitud negativa destacada fue que *los homosexuales y los consumidores de drogas por vía intravenosa que contraen el SIDA tienen lo que se merecen* (13.6%).

- Subescala sobre la susceptibilidad hacia la infección por el VIH. Consta de 5 ítems en formato de respuesta *Acuerdo, Desacuerdo, No sé*. En la tabla 11 se presentan una descripción de los resultados obtenidos:

Tabla 12

Susceptibilidad hacia la infección por el VIH

	De acuerdo n (%)	En desacuerdo n (%)	No sé n (%)
Creo que sólo las personas que se inyectan drogas tienen que preocuparse por el sida	127 (14.1)	684 (76.1)	88 (9.8)
El sida es un problema de salud que suele darse en Estados Unidos y Francia, por lo tanto, no es algo de lo que la gente de mi país tenga que preocuparse	66 (7.3)	751 (83.6)	81 (9.0)
No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del sida	234 (26.0)	473 (52.6)	192 (21.4)
No me tengo que preocupar sobre la posibilidad de contraer el virus del sida	187 (20.8)	613 (68.3)	98 (10.9)
Creo que sólo los homosexuales varones deberían preocuparse del sida	91 (10.1)	694 (77.2)	114 (12.7)

Con respecto a la susceptibilidad hacia la infección por el VIH, el 26.0% de los/as participantes no percibieron el riesgo de la infección por el VIH al identificarse con la afirmación, *no soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA, y no me tengo que preocupar sobre la posibilidad de contraer el virus del SIDA* (20.8%).

- Subescala de autoeficacia hacia la infección por el VIH. Consta de 9 ítems en formato de respuesta *Acuerdo*, *Desacuerdo*, *No sé*. A continuación se muestran los resultados hallados:

Tabla 13

Autoeficacia hacia la infección por el VIH

	De acuerdo n (%)	Desacuerdo n (%)	No sé n (%)
Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que usemos un condón	743 (82.6)	74 (8.2)	83 (9.2)
Soy capaz de decirle a mi pareja sexual con cuántas personas he tenido relaciones sexuales antes que con él/ella	669 (74.8)	130 (14.5)	95 (10.6)
Soy capaz de preguntarle a mi pareja sexual si él/ella ha practicado sexo anal	631 (70.3)	132 (14.7)	134 (14.9)
Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente	596 (66.5)	173 (19.3)	127 (14.2)
Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya	618 (68.7)	142 (15.8)	139 (15.4)
Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo	614 (68.2)	150 (16.7)	136 (15.1)
Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones Sexuales con una persona bisexual	562 (62.5)	190 (21.1)	147 (16.4)
Soy capaz de llevar condón por si decido mantener relaciones	591 (65.7)	189 (21.0)	119 (13.2)
Utilizo un condón cuando tengo una nueva pareja sexual	568 (63.3)	186 (20.7)	144 (16.0)

Como se muestra en la Tabla 13, la mayoría de los/as encuestados/as expresaron su capacidad para pedir a la pareja sexual el uso del condón, para informar a la pareja sobre las relaciones sexuales previas o preguntar si anteriormente se había practicado el sexo anal. Así, el 63.3% demostraron su autoeficacia ante la *utilización*

del condón con una nueva pareja, manifestaron su capacidad para comprar o conseguir condones (66.5%), y tuvieron una conducta previsora al llevar un condón por si decidían mantener relaciones sexuales (65.7%). Relativo al ítem sobre la capacidad de comprar o conseguir condones fácilmente, el 19.3% confirmaron su falta de autoeficacia para acceder al uso de preservativos.

En la Tabla 14 se presenta el análisis descriptivo de las subescalas que incluye la Escala VIH/SIDA-66:

Tabla 14

Estadístico descriptivo del total de la muestra para las subescalas Escala VIH/SIDA-66 y el Alfa de Cronbach

	Media (DT) [Mínimo-máximo]	Media (ajustada) (DT)	Alfa de Cronbach
Conocimientos de hechos	15.48 (4.136) [0-20]	0.77 (0.207)	0.848
Ideas erróneas	2.48 (3.029) [0-20]	0.12 (0.151)	0.810
Actitud negativa	1.47 (2.152) [0-12]	0.12 (0.179)	0.802
Susceptibilidad	3.58 (1.465) [0-5]	0.71 (0.293)	0.690
Autoeficacia	6.23 (2.631) [0-9]	0.69 (0.292)	0.818

En la dimensión *Conocimiento*, la puntuación oscila entre 0 y 20 y el factor de corrección es 1 *acuerdo*, 0 *desacuerdo* y 0 *no sé*. Se ha obtenido que el 0.6% (n=5) alcanzaron una puntuación de 0, es decir, sus respuestas eran erróneas o no sabían cuál era la respuesta correcta. Por el contrario, el 14.9% (n=131) obtuvieron una puntuación de 20 porque todas sus respuestas eran correctas.

En la dimensión *Ideas erróneas*, la puntuación oscila entre 0 y 20, y el factor de corrección es 1 *acuerdo*, 0 *desacuerdo* y 0 *no sé*. Se ha obtenido que el 30.4% (n=270) alcanzaron una puntuación de 0; sin embargo, el 0.1% (n=1) obtuvo una puntuación de 20.

En la dimensión *Actitud negativa*, la puntuación oscila entre 0 y 12, y el factor de corrección es 1 *acuerdo*, 0 *desacuerdo* y 0 *no sé*. El resultado fue que el 48.0% (n=429) consiguieron una puntuación de 0, y el 0.2% (n=2) alcanzaron una puntuación de 12.

En la dimensión *Susceptibilidad*, la puntuación oscila entre 0 y 5, pero el factor de corrección acuerdo/desacuerdo se invierte con respecto a las otras dimensiones, 0 *acuerdo*, 1 *desacuerdo* y 0 *no sé*. Se ha obtenido que el 5.7% (n=51) alcanzaron una puntuación de 0, y el 33.6% (n=301) obtuvieron una puntuación de 5.

En la dimensión *Autoeficacia*, la puntuación oscila entre 0 y 9, y el factor de corrección es 1 *acuerdo*, 0 *desacuerdo* y 0 *no sé*. El resultado fue que el 3.2% (n=28) consiguieron una puntuación de 0, mientras que el 25.1% (n=222) alcanzaron una puntuación de 9.

Para finalizar el objetivo 3, se analizaron las actitudes hacia sexualidad a través de la Escala SOS (Fisher et al., 1988), pero en la nueva versión *Encuesta Revisada de Opinión Sexual* (EROS) (Del Río et al., 2013), en su adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994), y con las denominaciones en la clasificación de los ítems de Lameiras y Faílde (1998):

- Factor 1, *Erotofobia*: 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 19.
- Factor 2, *Erotofilia*: 1, 3, 4, 7 y 8.
- Factor 3, *Homofobia*: 9, 10 y 17.
- Factor 4, *Sexo no convencional*: 6, 16 y 20.

Para el análisis de los ítems se procedió al cálculo de la correlación ítem-total corregida, habiéndose modificado previamente el sentido de la puntuación y te-

niendo en cuenta que los ítems 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17 y 20 son directos, y los ítems 2, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 18 y 19 son inversos.

En las Tablas 15, 16, 17 y 18, se presentan los análisis descriptivos de los factores Erotofobia, Erotofilia, Homofobia y Sexo no convencional de la Encuesta Revisada de Opinión Sexual:

Tabla 15
Descriptivo del factor Erotofobia

	Media (DT) [mínimo-máximo]
El material erótico (libros y/o películas de contenido sexual) es algo sucio y la gente no debería intentar describirlo de otro modo	2.85 (2.120) [1-7]
Sería agobiante para mí que la gente pensara que estoy interesado/a por el sexo oral	3.59 (2.276) [1-7]
Casi todo el material erótico me produce nauseas	2.70 (2.053) [1-7]
Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente	3.61 (2.165) [1-7]
No sería una experiencia muy excitante ver a una persona del otro sexo desnuda	3.27 (2.285) [1-7]
No me agradaría ver una película erótica (de contenido sexual)	3.07 (2.140) [1-7]
Siento nauseas pensando que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona de mi propio sexo	3.82 (2.299) [1-7]
No me agrada tener sueños sexuales	2.99 (2.203) [1-7]
No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas)	3.31 (2.233) [1-7]

Los resultados alcanzados en la dimensión de Erotofobia (factor 1) tienen una puntuación media 29.11 (DT=12.463), y puntuación mínima de 9 y máxima de 63.

Tabla 16

Descriptivo del Factor Erotofilia

	Media (DT) [mínimo-máximo]
Pienso que ver una película o un libro de contenido erótico sexual podría ser algo entretenido	4.75 (2.085) [1-7]
Bañarse desnudo/a con una persona del otro sexo podría ser una experiencia excitante	5.23 (2.158) [1-7]
La masturbación podría ser una experiencia excitante	4.73 (2.183) [1-7]
Me resulta excitante pensar en tener una relación coital	4.43 (2.24) [1-7]
Me excitaría sexualmente viendo una película erótica (de contenido sexual)	4.38 (2.189) [1-7]

En la dimensión de Erotofilia (factor 2) la puntuación media es de 23.55 (DT=8.191) cuya puntuación mínima es de 5 y máxima de 35.

Tabla 17

Descriptivo del factor Homofobia

	Media (DT) [mínimo-máximo]
Pensar que puedo tener tendencias homosexuales no me resulta del todo embarazoso	3.34 (2.200) [1-7]
No es humillante la idea de sentirme atraído/a físicamente por personas de mi propio sexo	3.76 (2.366) [1-7]
Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis genitales	4.27 (2.189) [1-7]

La puntuación media en la dimensión de Homofobia (factor 3) es de 11.38 (DT=4.835), cuya puntuación mínima es de 3 y máxima de 21.

Tabla 18

Descriptivo del factor Sexo no convencional

	Media (DT) [mínimo-máximo]
Me resulta entretenida la idea de participar en una experiencia sexual en grupo	3.21 (2.319) [1-7]
Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes	4.31 (2.067) [1-7]
No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales duraderas con más de una persona	3.87 (2.354) [1-7]

En la dimensión Sexo no convencional (factor 4) la puntuación media es de 11.37 (DT=4.958) y la puntuación mínima de 3 y máxima de 21.

En la Tabla 19 se presenta el análisis descriptivo de las dimensiones que incluye la Encuesta Revisada de Opinión Sexual:

Tabla 19

Estadístico descriptivo del total de la muestra para las dimensiones de la EROS y el Alfa de Cronbach

	Media (DT) [Mínimo-máximo]	Media(ajustada) (DT) [Mínimo-máximo]	Alfa de Cronbach
Factor Erotofobia	29.11 (12.463) [9-63]	3.23 (1.385) [1-7]	0.807
Factor Erotofilia	23.55 (8.191) [5-35]	4.71 (1.638) [1-7]	0.812
Factor Homofobia	11.38 (4.835) [3-21]	3.79 (1.612) [1-7]	0.524
Factor Sexo no convencional	11.37 (4.958) [3-21]	3.79 (1.653) [1-7]	0.574

El resultado final alcanzado en la Encuesta Revisada de Opinión Sexual es de media 69.16 (DT=22.489), con una puntuación mínima de 3 y máxima de 120.

Con respecto al objetivo 4, se han analizado las prácticas sexuales de los participantes teniendo en cuenta el género. En la Tabla 20 se presenta el análisis descriptivo de los datos:

Tabla 20

Prácticas sexuales según el género de los participantes

	Mujeres n (%)	Hombres n (%)	<i>p</i> *
Penetración*			
Si	309 (59)	296 (78.7)	0.000
No	215 (41)	80 (21.3)	
Uso del preservativo · 1ª relación sexual*			
Si	241 (78)	234 (79.1)	0.767
No	62 (22)	62 (20.9)	
Frecuencia de uso del preservativo			
Siempre	84 (27.5)	95 (32.3)	0.475
La mayoría de las veces	119 (33.9)	112 (38.1)	
Muy pocas veces	81 (26.5)	72 (24.5)	
Nunca	22 (7.2)	15 (5.1)	
Número de parejas sexuales*			
Sólo 1	116 (37.9)	55 (18.6)	0.000
Entre 2 y 4	106 (34.6)	94 (31.9)	
Entre 5 y 7	42 (13.7)	51 (17.3)	
8 o más	42 (13.7)	95 (32.2)	
Relaciones sexuales con parejas* ocasionales:			
Si	107 (55.2)	183 (74.7)	0.000
No	87 (44.8)	62 (25.3)	
Frecuencia del uso del preservativo con pareja ocasional: *			
Siempre	54 (49.1)	103 (56.6)	0.212
La mayoría de las veces	26 (23.6)	48 (26.4)	
Muy pocas veces	22 (20.0)	24 (13.2)	
Nunca	8 (7.3)	7 (3.8)	
Sexo oral			
Si	20 (9.5)	17 (20.7)	0.009
No	191 (90.5)	65 (79.3)	

*Chi-cuadrado

Los datos reflejan que existieron diferencias estadísticamente significativas respecto al género en las relaciones sexuales con penetración, al estar más representadas en los varones (78.7%) que en las mujeres (59.0%). Referente a la protección con el condón, este fue utilizado en proporciones similares en el debut sexual por ambos géneros y no hubo diferencias estadísticamente significativas.

Relativo al uso del preservativo en las prácticas sexuales sucesivas, no existieron diferencias estadísticamente significativas, aunque fue más utilizado siempre por los varones (32.3%) que por las mujeres (27.5%), y no lo utilizaron nunca el 7.2% de las mujeres frente al 5.1 de los varones.

En relación al número de parejas sexuales, existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambos géneros, con mayor porcentaje en los hombres activos sexualmente con *ocho o más parejas* en el 32.2%, y las mujeres con el 13.7%; la monogamia de *sólo una pareja* obtuvo mayor porcentaje en las chicas (37.9%) que en los chicos (18.6%), así como *entre dos y cuatro parejas* que alcanzó mayor porcentaje para ellas (34.6%) que para ellos (31.9%).

Respecto a las parejas ocasionales, también existieron diferencias estadísticamente significativas, con mayor porcentaje en los varones (74.4%) que en las mujeres (55.2%), y con este tipo de parejas, los chicos (56.6%) usaron *siempre* el preservativo en mayor porcentaje que las chicas (49.1%). Ellas nunca usaron el condón en las relaciones fortuitas en el 7.3% frente al 3.8% de ellos.

El sexo oral, cuestión preguntada para las personas jóvenes que se encontraban en abstinencia sexual, fue más practicado por los varones (20.7%) que por las mujeres (9.5%), aunque no existieron diferencias estadísticamente significativas.

A continuación, en la Tabla 21 se exponen los resultados obtenidos en las motivaciones para hacer uso del preservativo, según el género, en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas:

Tabla 21

Motivos para la utilización del preservativo según el género en la primera relación y relaciones sucesivas

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
	Evitar el embarazo:				
	1ª Relación sexual * ($p=0.016$)	221 (92.1)	10 (4.2)	6 (2.5)	3 (1.2)
	Relaciones sex. sucesivas ** ($p=0.232$)	85 (91.4)	5 (5.4)	0	3 (3.2)
Mujeres	Evitar ITS:				
1ª Relación sexual* n (%) 240 (50.6)	1ª Relación sexual* ($p=0.983$)	174 (72.5)	34 (14.2)	20 (8.3)	12 (5)
Relaciones sex. Sucesivas* n (%) 93 (47.9)	Relaciones sex. Sucesivas* ($p=0.578$)	69 (74.2)	7 (7.5)	7 (7.5)	10 (10.8)
	Exigencia a mi pareja:				
	1ª Relación sexual* ($p=0.001$)	112 (46.7)	46 (19.2)	37 (15.4)	45 (18.8)
	Relaciones sex. Sucesivas* ($p=0.881$)	39 (41.9)	17 (18.3)	11 (11.8)	26 (28)
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual* ($p=0.145$)	64 (27)	42 (17.7)	52 (21.9)	79 (33.3)
	Relaciones sex. Sucesivas* ($p=0.640$)	24 (26.1)	17 (18.5)	17 (18.5)	34 (37)

» »

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Hombres	Evitar el embarazo:				
	1ª Relación sexual	193 (87.5)	20 (8.5)	11 (4.7)	10 (4.3)
	Relaciones sex. sucesivas	87 (86.1)	4 (4)	6 (5.9)	4 (4)
	1ª Relación sexual n (%) 234 (49.4)				
	Evitar ITS:				
	1ª Relación sexual	166 (70.9)	35 (15)	20 (8.5)	13 (5.6)
	Relaciones sex. Sucesivas n (%) 101 (52.1)				
	Relaciones sex. sucesivas	76 (76)	11 (11)	7 (7)	6 (6)
	Exigencia a mi pareja:				
	1ª Relación sexual	66 (28.3)	57 (24.5)	38 (16.3)	72 (30.9)
	Relaciones sex. sucesivas	39 (39)	23 (23)	11 (11)	27 (27)
	Mi pareja me lo exige:				
1ª Relación sexual	66 (28.4)	57 (24.6)	36 (15.5)	73 (31.5)	
Relaciones sex. sucesivas	28 (28)	25 (25)	15 (15)	32 (32)	

*Chi-cuadrado

**U de Mann-Whitney

Como se observa en la Tabla 21, destaca que existieron diferencias estadísticamente significativas en función del género y en relación con el uso del condón en el debut sexual para la motivación, *se lo exigí a mi pareja* con mayor porcentaje en las mujeres (46.7%) que en los varones (28.3%); pero, no hubo significación estadística en la vida sexual activa ya que se alcanzaron porcentajes similares (ellas en el 41.9% y ellos en el 39.0%).

No obstante, tanto en los varones como en las mujeres, las motivaciones para el uso del preservativo coincidieron en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas, y estuvieron más representadas por uno u otro género en función de que se utilizara en el debut sexual o en las relaciones sexuales sucesivas. Así, fue más determinante la motivación anticonceptiva del uso del preservativo en el debut sexual *porque quiero evitar un embarazo*, que la preventiva *porque quiero*

evitar una ITS, para el género femenino. En las relaciones sucesivas se mantuvieron estas variables aunque la motivación preventiva *porque quiero evitar una ITS* alcanzó mayor representatividad en el género masculino.

En la Tabla 22 se exponen los datos resultantes de las motivaciones que tuvieron los varones y las mujeres para no usar el condón en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas:

Tabla 22

Motivos para la no utilización del preservativo según el género en la primera relación y relaciones sucesivas

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Mujeres	Mi pareja no quiso usarlo:				
	1ª Relación sexual ($p=0.443$)	13 (16.7)	8 (10.3)	15 (19.2)	42 (53.8)
	Relaciones sex. sucesivas ($p=0.253$)	48 (21.5)	68 (30.5)	46 (20.6)	61 (27.4)
	Yo no quise usarlo:				
	1ª Relación sexual* ($p=0.000$)	13 (17.6)	5 (6.8)	17 (23)	39 (52.7)
	Relaciones sexuales sucesivas ($p=0.164$)	48 (21.5)	60 (26.9)	43 (19.3)	72 (32.3)
	Resta sensibilidad:				
	1ª Relación sexual* ($p=0.001$)	11 (14.9)	22 (29.7)	9 (12.2)	32 (43.2)
	Relaciones sex. Sucesivas* ($p=0.001$)	69 (30.9)	64 (28.7)	35 (15.7)	55 (24.7)
	No tenía:				
1ª Relación sexual ($p=0.973$)	28 (37.8)	11 (14.9)	13 (17.6)	22 (29.7)	
Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.793$)	55 (24.8)	50 (22.5)	34 (15.3)	83 (37.4)	

» »

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Mi pareja no quiso usarlo:					
Hombres	1ª Relación sexual	11 (15.3)	14 (19.4)	14 (19.4)	33 (45.8)
	Relaciones sex. sucesivas	58 (28)	68 (32.9)	37 (17.9)	44 (21.3)
1ª Relación sexual n (%) 72 (48.0)	Yo no quise usarlo:				
Relaciones sexuales sucesivas n (%) 207 (48.1)	1ª Relación sexual	20 (28.6)	22 (31.4)	8 (11.4)	20 (28.6)
	Relaciones sex. sucesivas	37 (17.9)	60 (29)	56 (27.1)	54 (26.1)
Resta sensibilidad:					
	1ª Relación sexual	32 (45.7)	12 (17.1)	7 (10)	19 (27.1)
	Relaciones sex. sucesivas	95 (45.9)	61 (29.5)	27 (13)	24 (11.6)
No tenía:					
	1ª Relación sexual	26 (37.1)	9 (12.9)	12 (17.1)	23 (32.9)
	Relaciones sex. sucesivas	58 (28.2)	49 (23.8)	30 (14.6)	69 (33.5)

*Chi-cuadrado

Referente al no uso del preservativo en la primera relación sexual, según el género de los participantes, existieron diferencias estadísticamente significativas en la motivación *yo no quise usarlo* con mayor porcentaje en los varones (28.6%) que en la mujeres (17.6%). Igualmente, existieron diferencias estadísticamente significativas en la motivación *porque le resta sensibilidad y placer a la relación*, también con mayor porcentaje en los varones (ellos en el 45.7% y ellas en el 14.9%), situación que se reiteró en las relaciones sexuales sucesivas porque los varones alcanzaron mayores porcentajes (45.9%) que las mujeres (30.9%).

Aunque la motivación, *porque en ese momento no traía uno conmigo*, no obtuvo significación estadística y alcanzó porcentajes similares tanto en las mujeres (37.8%) como en los varones (37.1%).

La Tabla 23 muestra los resultados hallados en las motivaciones que determinaron las relaciones sexuales con parejas ocasionales, la influencia de algunos estados biológicos previos y las situaciones sociales que más facilitaron las relaciones sexuales fortuitas, así como los datos relativos al uso del condón y las motivaciones que determinaron o no su empleo:

Tabla 23

Motivaciones, estados biológicos y situaciones sociales, según el género, que más facilitaron las relaciones sexuales con parejas ocasionales. Uso del preservativo con parejas ocasionales.

Motivos para haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales	Mujeres	Hombres	<i>p</i> *
Oportunidad:			
Muy determinante	28 (25.5)	116 (63.7)	0.000
Más o menos determinante	42 (38.2)	53 (29.1)	
Poco determinante	25 (22.7)	6 (3.3)	
No fue determinante	15 (13.6)	7 (3.8)	
Interés en conocer:			
Muy determinante	17 (15.5)	44 (24.3)	0.015
Más o menos determinante	31 (28.2)	60 (33.1)	
Poco determinante	33 (30)	44 (24.3)	
No fue determinante	29 (26.4)	33 (18.2)	
Atracción física:			
Muy determinante	71 (64.5)	123 (68.3)	0.835
Más o menos determinante	64.5 (31.8)	43 (23.9)	
Poco determinante	3 (2.7)	10 (5.6)	
No fue determinante	1 (0.9)	4(2.2)	
De algunos estados biológicos ¿Cuánto influyó cada uno para haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales?			
Excitación física:			
Muy determinante	54 (49.1)	113 (62.1)	0.056
Más o menos determinante	43 (39.1)	54 (29.7)	
Poco determinante	6 (5.5)	7 (3.8)	
No fue determinante	7 (6.4)	8 (4.4)	
Influjo del alcohol:			
Muy determinante	9 (8.2)	29 (16)	0.227
Más o menos determinante	25 (22.7)	44 (24.3)	
Poco determinante	32 (29.1)	32 (17.7)	
No fue determinante	44 (40)	76 (42)	
Influjo de drogas:			
Muy determinante	4 (3.6)	16 (8.8)	0.059
Más o menos determinante	5 (4.5)	10 (5.5)	
Poco determinante	8 (7.3)	15 (8.3)	
No fue determinante	93 (84.5)	140 (77.3)	

» »

De las situaciones ¿Cuánto facilitó cada una de ellas para que tuvieras relaciones sexuales con parejas ocasionales?	Mujeres	Hombres	p*
Situación a solas:			
La facilitó demasiado	54 (49.1)	91 (50.6)	0.937
La facilitó algo	39 (35.5)	60 (33.3)	
La facilitó poco	9 (8.2)	16 (8.9)	
No la facilitó para nada	8 (7.3)	13 (7.2)	
Estaba en una fiesta:			
La facilitó demasiado	26 (23.6)	58 (32.2)	0.148
La facilitó algo	47 (42.7)	70 (38.9)	
La facilitó poco	16 (14.5)	26 (14.4)	
No la facilitó para nada	21 (19.1)	26 (14.4)	
Espectáculo de adultos:			
La facilitó demasiado	6 (5.3)	17 (9.4)	0.086
La facilitó algo	8 (7.3)	17 (9.4)	
La facilitó poco	9 (8.2)	20 (11)	
No la facilitó para nada	87 (79.1)	127 (70.2)	
Frecuencia del uso del preservativo con pareja ocasional	Mujeres	Hombres	p*
Siempre	54 (49.1)	103 (56.6)	0.212
La mayoría de las veces	26 (23.6)	48 (26.4)	
Muy pocas veces	22 (20.0)	24 (13.2)	
Nunca	8 (7.3)	7 (3.8)	
De los motivos ¿qué determinante fue cada uno de ellos para que usaras preservativo siempre con parejas ocasionales	Mujeres	Hombres	p*
Evitar embarazo			
Muy determinante	49 (84.5)	92 (85.2)	0.780
Más o menos determinante	6 (10.3)	9 (8.3)	
Poco determinante	2 (3.4)	2 (1.9)	
No fue determinante	1 (1.7)	5 (4.6)	
Evitar ITS			
Muy determinante	51 (89.5)	94 (86.2)	0.696
Más o menos determinante	4 (7)	11 (10.1)	
Poco determinante	1 (1.8)	2 (1.8)	
No fue determinante	1 (1.8)	2 (1.8)	

» »

» » TABLA 23

Exigencia a mi pareja			
Muy determinante	37 (64.9)	46 (43)	0.001
Más o menos determinante	13 (22.8)	24 (22.4)	
Poco determinante	3 (5.3)	13 (12.1)	
No fue determinante	4 (7.0)	24 (22.4)	
Mi pareja lo exigió			
Muy determinante	11 (19.3)	27 (25.5)	0.113
Más o menos determinante	14 (24.6)	37 (34.9)	
Poco determinante	17 (29.8)	20 (18.9)	
No fue determinante	15 (26.3)	22 (20.8)	
<hr/>			
De los motivos ¿ determinante fue cada uno de ellos para que no usaras condón siempre, con parejas ocasionales	Mujeres	Hombres	p*
<hr/>			
Porque a mí no me gusta usarlo			
Muy determinante	8 (12.8)	23 (28)	0.001
Más o menos determinante	9 (15.5)	22 (26.8)	
Poco determinante	12 (20.7)	18 (22)	
No fue determinante	29 (50)	19 (23.2)	
Mis parejas no quisieron usarlo:			
Muy determinante	10 (17.2)	9 (11)	0.530
Más o menos determinante	12 (20.7)	25 (30.5)	
Poco determinante	10 (17.2)	23 (28)	
No fue determinante	26 (44.8)	25 (30.5)	
Porque le resta sensibilidad y placer a la relación			
	19 (32.8)	42 (52.5)	0.009
Muy determinante	12 (20.7)	18 (22.5)	
Más o menos determinante	13 (22.4)	9 (11.2)	
Poco determinante	14 (24.1)	11 (13.8)	
No fue determinante			
Porque no disponía de uno en el momento de la relación			
	23 (39.7)	24 (29.6)	0.254
Muy determinante	14 (24.1)	21 (25.9)	
Más o menos determinante	7 (12.1)	12 (14.8)	
Poco determinante	14 (24.1)	24 (29.6)	
No fue determinante			

*U de Mann-Whitney

Como se desprende de la Tabla 23, existieron diferencias estadísticamente significativas para establecer relaciones sexuales con parejas ocasionales, según el género de los participantes, en las motivaciones *porque se presentó la oportunidad*, con mayor porcentaje en los varones (63.7%) que en las mujeres (25.5%), y *porque quería experimentar y saber qué se sentía*, con mayor porcentaje también en los varones (24.3%) que en las mujeres (15.5%).

Los estado biológicos previos a las relaciones sexuales con parejas ocasionales que influyeron, con diferencias estadísticamente significativas, fueron *porque me encontraba excitado/a físicamente* con mayor porcentaje en los varones (62.1%) que las mujeres (49.1%), y *me encontraba bajo la influencia de alguna droga*, que también obtuvo mayor porcentaje en los chicos (8.8%) que en las chicas (3.6%). Cabe señalar que ninguna situación social facilitó, con diferencias estadísticamente significativas, las relaciones sexuales con personas desconocidas.

Referente al uso del preservativo en estas relaciones fortuitas, existieron diferencias estadísticamente significativas en la motivación *porque en cada caso se lo exigí a mis parejas*, con mayor porcentaje en las chicas (64.9%) que en los chicos (43.0%). Con respecto a las motivaciones que ofrecieron diferencias estadísticamente significativas para no usar el preservativo fueron, *porque a mí no gusta usarlo* con mayor porcentaje en los chicos (28.0%) que en las chicas (12.8%), y *porque le resta sensibilidad y placer a la relación*, con mayor porcentaje en los chicos (52.5%) que en las chicas (32.8%).

Otros datos a destacar, aunque no ofrecieron diferencias estadísticamente significativas fueron los relativos a la *frecuencia del preservativo con las parejas ocasionales*, ya que los varones en el 56.6% lo utilizaron siempre y las mujeres en el 49.1%. No lo utilizaron nunca el 7.3% de las mujeres frente al 3.8% de los hombres. Respecto a los motivos más determinantes para su uso, si bien, alcanzaron porcentajes similares, la motivación preventiva *para evitar una ITS* fue ligeramente más representativa que la anticonceptiva *para evitar un END*. Los chicos confirmaron su uso en la motivación *porque mi pareja me lo exigió* en el 25.5% y ellas en el 19.3%.

Referente al objetivo 5, se han analizado las prácticas sexuales de los encuestados teniendo en cuenta la orientación sexual:

Tabla 24

Prácticas sexuales según la orientación sexual

	Heterosexual n (%)	Homosexual n (%)	Bisexual n (%)	<i>p</i> *
Penetración*				
Si	566 (66.8)	21 (75)	18 (72)	0.580
No	281 (33.2)	7 (25)	7 (28)	
Uso del preservativo				
1ª relación sexual*				
Si	453 (80)	10 (47.6)	12 (66.7)	0.002
No	113 (20)	11 (52.4)	6 (33.3)	
Frecuencia de uso del preservativo:**				
Siempre	165 (29.4)	8 (38.1)	6 (33.3)	0.646
No siempre	396 (70.6)	13 (61.9)	12 (66.7)	
Número de parejas sexuales:**				
Sólo 1	165 (29.4)	4 (19)	2 (11.1)	0.064
Entre 2 y 4	183 (32.6)	9 (42.9)	8 (44.4)	
Entre 5 y 7	91 (16.2)	0	2 (11.1)	
8 o más	123 (21.9)	8 (38.1)	6 (33.3)	
Relaciones sexuales con parejas ocasionales: **				
Si	267 (65.8)	13 (76.5)	10 (62.5)	0.658
No	139 (34.2)	4 (23.5)	6 (37.5)	
Frecuencia del uso del preservativo con pareja ocasional: **				
Siempre	150 (56.0)	6 (42.9)	1 (10.0)	0.010
No siempre	118 (44.0)	8 (57.1)	9 (90.0)	

*Chi-cuadrado

**Estadístico exacto de Fisher

Como revelan los datos, en la primera relación sexual con penetración, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas orientaciones sexuales, aunque se alcanzó mayor porcentaje en los homosexuales (75.0%), que en los bisexuales (72.0%) y que en los heterosexuales (66.8%). Sin embargo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las distintas orientaciones sexuales en relación con el uso del preservativo, con mayor porcentaje en los heterosexuales (80.0%), seguido de los bisexuales (66.7%), y de los homosexuales (47.6%).

No obstante, en la vida sexual activa, aunque no se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, se invierten las variables y fueron los heterosexuales (70.6%), y bisexuales (66.7%) quienes tomaron menos medidas preventivas al no utilizar siempre el preservativo, mientras que el 38.1% de los homosexuales manifestaron utilizaron siempre.

Relativo al número de parejas sexuales, tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas, aunque algunas orientaciones alcanzaron mayores porcentajes que otras orientaciones en las diversa opciones que se le presentaron; así, *entre dos y cuatro*, y *entre ocho o más parejas*, fueron las que se expresaron en mayor proporción por los bisexuales, seguidos de los homosexuales; por el contrario, los heterosexuales se manifestaron más en *sólo una pareja* y *entre cinco y siete* que los bisexuales y homosexuales.

Referente a las parejas ocasionales, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre las orientaciones sexuales, aunque se alcanzaron porcentajes similares no obstante, los homosexuales obtuvieron mayor porcentaje (76.5%) que el resto de las orientaciones sexuales.

Por otra parte, la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las diversas orientaciones sexuales en relación con el uso del preservativo con las parejas ocasionales, ante el mayor porcentaje obtenido en el grupo de bisexuales de no utilizarlo siempre con parejas desconocidas (90.0%), seguidos de los homosexuales (57.1%); en cambio, el 56.0% de los heterosexuales tomaron siempre medidas de protección con el preservativo en las relaciones casuales.

En la Tabla 25 se presenta una descripción de los datos relativos a los motivos, los estados biológicos y las situaciones sociales para el inicio de la vida sexual activa según la orientación sexual:

Tabla 25

Motivos, estados biológicos y situaciones sociales para el inicio de una vida sexual activa según la orientación sexual

Motivos inicio vida sexual activa	Heterosexual 566 (66.8%)	Homosexual 21 (75%)	Bisexual 18 (72%)	p*
Oportunidad:				
Muy determinante	193 (34.1)	6 (28.6)	5 (27.8)	0.525
Más o menos determinante	187 (33)	7 (33.3)	5 (27.8)	
Poco determinante	84 (14.8)	2 (9.5)	4 (22.2)	
No fue determinante	102 (18)	6 (28.6)	4 (22.2)	
Interés en conocer:				
Muy determinante	204 (36)	12 (57.1)	5 (27.8)	0.151
Más o menos determinante	171 (30.2)	4 (19)	6 (33.3)	
Poco determinante	110 (19.4)	4 (19)	4 (22.2)	
No fue determinante	81 (14.3)	1 (4.8)	3 (16.7)	
Atracción física:				
Muy determinante	295 (52.1)	10 (46.1)	8 (44.4)	0.797
Más o menos determinante	166 (29.3)	9 (42.9)	6 (33.3)	
Poco determinante	59 (10.4)	2 (9.5)	2 (11.1)	
No fue determinante	46 (8.1)	0	2 (11.1)	
Relación afectiva:				
Muy determinante	346 (61.1)	7 (33.3)	8 (44.4)	0.017
Más o menos determinante	102 (18)	5 (23.8)	8 (44.4)	
Poco determinante	59 (10.4)	4 (19)	0	
No fue determinante	59 (10.4)	5 (23.8)	2 (11.1)	
Estados biológicos inicio vida sexual activa				
	Heterosexual 566 (66.8%)	Homosexual 21 (75%)	Bisexual 18 (72%)	p*
Excitación física:				
Muy determinante	261 (46.1)	8 (38.1)	8 (44.4)	0.996
Más o menos determinante	204 (36)	12 (57.1)	7 (38.5)	
Poco determinante	66 (11.7)	1 (4.8)	2 (11.1)	
No fue determinante	35 (6.2)	0	1 (5.6)	

» »

Influjo del alcohol:				
Muy determinante	24 (4.2)	1 (4.8)	3 (16.7)	0.026
Más o menos determinante	41 (7.3)	3 (14.3)	2 (11.1)	
Poco determinante	44 (7.8)	0	3 (16.7)	
No fue determinante	456 (80.7)	17 (81)	10 (55.6)	
Influjo de drogas:				
Muy determinante	18 (3.2)	1 (4.8)	2 (11.1)	0.114
Más o menos determinante	15 (2.7)	1 (4.8)	1 (5.6)	
Poco determinante	14 (2.5)	0	1 (5.6)	
No fue determinante	518 (91.7)	19 (90.5)	14 (77.8)	
Situaciones sociales vida sexual activa	Heterosexual 566 (66.8%)	Homosexual 21 (75%)	Bisexual 18 (72%)	p*
Situación a solas:				
Muy determinante	332 (58.8)	10 (47.6)	10 (55.6)	0.759
Más o menos determinante	168 (29.7)	9 (42.9)	7 (38.9)	
Poco determinante	24 (4.2)	2 (9.5)	0	
No fue determinante	41 (7.1)	0	1 (5.6)	
Estaba en una fiesta:				
Muy determinante	54 (9.6)	2 (9.5)	3 (16.7)	0.087
Más o menos determinante	108 (19.1)	6 (28.6)	4 (22.2)	
Poco determinante	69 (12.2)	6 (28.6)	3 (16.7)	
No fue determinante	333 (59)	7 (33.3)	8 (44.4)	
Espectáculo de adultos:				
Muy determinante	22 (3.9)	0	1 (5.6)	0.849
Más o menos determinante	22 (3.9)	2 (9.5)	1 (5.6)	
Poco determinante	38 (6.7)	2 (9.5)	1 (5.6)	
No fue determinante	481 (85.4)	17 (81)	15 (83.3)	

*Kruskal-Wallis

Relativo a las motivaciones para iniciar una vida sexual, según la orientación sexual, en el colectivo heterosexual la existencia de una relación afectiva y de confianza fue la motivación más determinante para la primera relación sexual.

En los bisexuales, aunque no se hallaron diferencias significativas, la situación de encontrarse a solas con la otra pareja fue lo que motivó la primera relación sexual.

A continuación en la Tabla 26 se analizan los motivos para la utilización del preservativo según la orientación sexual en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas:

Tabla 26

Motivos para la utilización del preservativo según la orientación sexual en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
	Evitar embarazo:				
	1ª Relación sexual ($p=0.001$)*	399 (88.3)	28 (6.2)	14 (3.1)	11 (2.4)
	Relaciones sex. sucesivas ($p=0.001$)*	164 (91.6)	7 (3.9)	5 (2.8)	3 (1.7)
	Evitar ITS:				
	1ª Relación sexual ($p=0.160$)*	325 (71.9)	65 (14.4)	38 (8.4)	24 (5.3)
	Relaciones sex. suce- sivas ($p=0.090$)*	136 (76.4)	17 (9.6)	11 (6.2)	14 (7.9)
Heterosexual					
1ª Relación sexual n (%) 453 (95.4)					
Relaciones sex. Sucesivas n (%) 179 (92.3)					
	Exigencia a mi pareja:				
	1ª Relación sexual ($p=0.449$)*	167 (37)	100 (22.2)	71 (15.7)	113 (25.1)
	Relaciones sex. suce- sivas ($p=0.202$)*	68 (38.2)	39 (21.9)	22 (12.4)	49 (27.5)
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual ($p=0.345$)*	126 (28.2)	95 (21.3)	81 (18.1)	145 (32.4)
	Relaciones sex. suce- sivas ($p=0.740$)*	48 (27.1)	38 (21.5)	31 (17.5)	60 (33.9)

» »

» »

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante	
		Evitar embarazo:				
Homosexual 1ª Relación sexual n (%) 10 (2.1) Relaciones sex. Sucesivas n (%) 9 (4.6)	1ª Relación sexual	4 (40)	1 (10)	3 (30)	2 (20)	
	Relaciones sex. sucesivas	4 (44.4)	1 (11.1)	1 (11.1)	3 (33.3)	
	Evitar ITS:					
	1ª Relación sexual	5 (50)	2 (20)	2 (20)	1 (10)	
	Relaciones sex. sucesivas	4 (44.4)	1 (11.1)	3 (33.3)	1 (11.1)	
	Exigencia a mi pareja:					
	1ª Relación sexual	5 (50)	0	2 (20)	3 (30)	
	Relaciones sex. sucesivas	5 (55.6)	1 (11.1)	0	3 (33.3)	
	Mi pareja me lo exige:					
	1ª Relación sexual	1 (10)	2 (20)	2 (20)	5 (50)	
	Relaciones sex. sucesivas	1 (11.1)	4 (44.4)	0	1 (11.1)	
			Evitar embarazo:			
Bisexual 1ª Relación sexual n (%) 12 (2.5) Relaciones sex. Sucesivas n (%) 6 (3.1)	1ª Relación sexual	11 (91.7)	1 (8.3)	0	0	
	Relaciones sex. sucesivas	4 (66.7)	1 (16.7)	0	1 (16.7)	
	Evitar ITS:					
	1ª Relación sexual	10 (83.3)	2 (16.7)	0	0	
	Relaciones sex. sucesivas	5 (83.3)	0	0	1 (16.7)	
	Exigencia a mi pareja:					
	1ª Relación sexual	6 (50)	3 (25)	2 (16.7)	1 (8.3)	
	Relaciones sex. sucesivas	5 (83.3)	0	0	1 (16.7)	
	Mi pareja me lo exige:					
	1ª Relación sexual	3 (25)	2 (16.7)	5 (41.7)	2 (16.7)	
	Relaciones sex. sucesivas	3 (50)	0	1 (16.7)	2 (33.3)	

*Kruskal-Wallis

Como se puede observar, existieron diferencias estadísticamente significativas para el uso del preservativo en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas por la motivación anticonceptiva de *evitar un END*. Así, el mayor porcentaje alcanzado en el debut sexual se obtuvo en los bisexuales (91.7%), seguidos de los heterosexuales (88.3%). Sin embargo, en las relaciones sucesivas, el mayor porcentaje lo obtuvo la orientación heterosexual (91.6%), seguida de la bisexual (66.7%).

Atendiendo a que el uso del preservativo se hiciera en el debut o en la vida sexual activa, se observaron motivaciones diferentes en los diferentes grupos. En los heterosexuales la motivación del uso del condón fue más anticonceptiva que preventiva, tanto en el debut sexual como en la vida sexual activa, pero en los bisexuales, aunque coincidió esta motivación anticonceptiva la primera relación sexual, no ocurrió lo mismo en las relaciones sexuales sucesivas al invertirse las variables con mayor porcentaje en la motivación preventiva de *evitar una ITS* (83.3%), y en la misma proporción que *porque se lo exigí a mis parejas*.

Por el contrario, los homosexuales tuvieron un comportamiento más preventivo que anticonceptivo y en la misma proporción (50.0%) que la motivación *porque se lo exigí a mis parejas*, y ambas razones fueron más determinantes tanto en el debut sexual como en la vida sexual activa; no obstante, en las relaciones sucesivas de los homosexuales la motivación más determinante para el uso del preservativo fue *porque se lo exigí a mis parejas* (55.6%).

Tabla 27

Motivos para la no utilización del preservativo según la orientación sexual

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Mi pareja no quiso usarlo:					
1ª Relación sexual ($p=0.450$)*		20 (15)	20 (15)	24 (18)	69 (51.9)
Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.661$)*		96 (23.8)	130 (32.3)	78 (19.4)	99 (24.6)
Yo no quise usarlo:					
1ª Relación sexual ($p=0.195$)*		26 (20.5)	23 (18.1)	24 (18.9)	54 (42.5)
Relaciones sex. sucesivas ($p=0.728$)*		78 (19.4)	116 (28.8)	91 (22.6)	118 (29.3)
Heterosexual					
1ª Relación sexual n (%) 133 (88.7)					
Relaciones sexuales sucesivas n (%) 403 (93.7)					
Resta sensibilidad:					
1ª Relación sexual ($p=0.576$)*		39 (30.7)	31 (24.4)	13 (10.4)	44 (34.6)
Relaciones sex. sucesivas ($p=0.314$)*		154 (38.2)	121 (30)	57 (14.1)	71 (17.6)
No tenía:					
1ª Relación sexual ($p=0.021$)*		50 (39.4)	18 (14.2)	21 (16.5)	38 (29.9)
Relaciones sex. sucesivas ($p=0.077$)*		103 (25.7)	92 (22.9)	60 (15)	146 (36.4)
Mi pareja no quiso usarlo:					
1ª Relación sexual		2 (18.2)	1 (9.1)	4 (36.4)	4 (36.4)
Relaciones sex. sucesivas		6 (42.9)	2 (14.3)	2 (14.3)	4 (28.6)
Yo no quise usarlo:					
1ª Relación sexual		4 (36.4)	3 (27.3)	1 (9.1)	3 (27.3)
Relaciones sex. sucesivas		4 (28.6)	1 (7.1)	3 (21.4)	6 (42.9)
Homosexual					
1ª Relación sexual n (%) 11 (7.3)					
Relaciones sexuales sucesivas n (%) 14 (3.3)					
Resta sensibilidad:					
1ª Relación sexual		2 (18.2)	2 (18.2)	2 (18.2)	5 (45.5)
Relaciones sex. sucesivas		3 (21.4)	4 (28.6)	3 (21.4)	4 (28.6)
No tenía:					
1ª Relación sexual		0	2 (18.2)	3 (27.3)	6 (54.5)
Relaciones sex. sucesivas		4 (28.6)	3 (21.4)	2 (14.3)	5 (35.7)

» » TABLA 27

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Mi pareja no quiso usarlo:					
Bisexual	1ª Relación sexual	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)
	Relaciones sex. sucesivas	4 (30.8)	4 (30.8)	3 (23.1)	2 (15.4)
1ª Relación sexual n (%) 6 (4)	Yo no quise usarlo:				
Relaciones sexuales sucesivas n (%) 13 (3)	1ª Relación sexual	3 (50)	1 (16.7)	0	2 (33.3)
	Relaciones sex. sucesivas	3 (23.1)	3 (23.1)	5 (38.5)	2 (15.4)
Resta sensibilidad:					
	1ª Relación sexual	2 (33.3)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)
	Relaciones sex. sucesivas	7 (53.8)	0	2 (15.4)	4 (30.8)
No tenía:					
	1ª Relación sexual	4 (66.7)	0	1 (16.7)	1 (16.7)
	Relaciones sex. sucesivas	6 (46.2)	4 (30.8)	2 (15.4)	1 (7.7)

*Kruskal-Wallis

Como se desprende de la Tabla 27, existieron diferencias estadísticamente significativas en las diferentes orientaciones sexuales para no utilizar el preservativo en el debut sexual por la motivación *porque a pesar de saber usarlo, no traía uno conmigo*, con mayor porcentaje en el grupo bisexual (66.7%), seguido del heterosexual (39.4%); sin embargo, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas en la vida sexual activa para no usar el condón, el mayor porcentaje lo obtuvieron los bisexuales (46.2%), seguidos de los homosexuales (28.6%) y los heterosexuales (25.7%).

Asimismo, la motivación *yo no quise usarlo*, aunque no fue significativa estadísticamente, alcanzó un porcentaje elevado en el grupo bisexual en la primera relación sexual (50.0%) y en el homosexual (36.4%). La motivación *porque le resta sensibilidad y placer a la relación*, fue muy determinante, aunque no significativa, en el grupo bisexual (53.8%) y heterosexual (38.2%) para las relaciones sexuales sucesivas. En los homosexuales, *porque yo no quise usarlo* (36.4%) resultó la motivación más determinantes para no protegerse con el preservativo en el debut sexual, y en las relaciones sexuales sucesivas *porque mi pareja no quiso usarlo* (42.9%).

En relación al objetivo 6, se han analizado las diferencias en materia de sexualidad en función del grupo cultural de pertenencia. En la Tabla 28 se presenta el análisis descriptivo de los comportamientos sexuales en los diferentes grupos culturales:

Tabla 28

Prácticas sexuales según el grupo cultural de pertenencia

	Ninguna n (%)	Católica n (%)	Musulmana n (%)	Judía n (%)	<i>p</i> *
Penetración*					
Si	124 (86.1)	317 (83.6)	121(38.4)	26 (63.4)	0.001
No	20 (13.9)	62 (16.4)	194 (61.6)	15 (36.6)	
Uso del preservativo					
1ª relación sexual*					
Si	86 (69.4)	263 (83.0)	98 (81.0)	19 (73.1)	0.012
No	38 (30.6)	54 (17.0)	23 (19.0)	7 (26.9)	
Frecuencia de uso del preservativo:**					
Siempre	32 (25.8)	90 (28.8)	44 (36.7)	10 (38.5)	0.198
No siempre	92 (74.2)	223 (71.2)	76 (63.3)	16 (61.5)	
Número de parejas sexuales:**					
Sólo 1	25 (20.3)	98 (31.1)	30 (25.0)	13 (50.0)	0.090
Entre 2 y 4	50 (40.7)	104 (33.0)	38 (31.7)	5 (19.2)	
Entre 5 y 7	21 (17.1)	48 (15.2)	19 (15.8)	2 (7.7)	
8 o más	27 (22.0)	65 (20.6)	33 (27.5)	6 (23.1)	
Relaciones sexuales con parejas ocasionales: **					
Si	67 (67.0)	142 (64.5)	63 (67.0)	10 (76.9)	0.804
No	33 (33.0)	78 (35.5)	31 (33.05)	3 (23.1)	
Frecuencia del uso del preservativo con pareja ocasional: **					
Siempre	35 (51.5)	84 (59.2)	35 (54.7)	2 (20.0)	0.099
No siempre	33 (48.5)	58 (40.8)	29 (45.3)	8 (80.0)	
Sexo oral **					
Si	2 (10.0)	9 (14.5)	19 (9.9)	5 (33.3)	0.055
No	18 (90.0)	53 (85.5)	172 (90.1)	10 (66.7)	

*Chi-cuadrado

**Estadístico exacto de Fisher

Como se observa en la Tabla 28, existieron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos culturales para la variable de la primera relación sexual con penetración, con mayor porcentaje en aquellas personas que señalaron la opción de no pertenecer a ningún grupo cultural (86.1%), seguidos de las personas del grupo cultural católico (83.6%), del grupo cultural judío (63.4%) y del grupo cultural musulmán (38.4%).

En relación al uso del preservativo en la primera relación sexual, aunque no resultaron diferencias estadísticamente significativas, fueron los/as participantes católicos/as quienes más lo usaron (83.0%), seguidos de los/as musulmanes/as (81.0%) y de los/as judíos/as (73.1%); por el contrario, los que menos lo usaron fueron las personas no creyentes (69.4%). No obstante, en las relaciones sexuales sucesivas dijeron utilizar siempre el preservativo las personas jóvenes de la comunidad judía (38.5%), seguidas de las musulmanas (36.7%), de las católicas (28.8%), y por último las no creyentes (25.8%).

Referente al número de parejas sexuales, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas, pero las personas jóvenes judías manifestaron haber tenido *sólo una pareja* (50.0%) y *ocho o más parejas* (23.1%); las no creyentes *entre dos y cuatro* (40.7%) y *entre ocho o más parejas* (22.7%); las católicas *entre dos y cuatro* (33.0%), *sólo una pareja* (31.1%) y *entre ocho o más parejas* (20.6%), y las musulmanas *entre dos y cuatro parejas* (31.7%) y *entre ocho o más parejas* (27.5%).

Respecto a las relaciones sexuales con parejas ocasionales, no hubo diferencias estadísticamente significativas, pero las personas pertenecientes al grupo cultural judío fueron los que más cambiaron de parejas (76.9%), seguidos de las personas no creyentes y de las musulmanas (con el mismo porcentaje del 67.0%), las personas jóvenes católicas fueron los que menos cambiaron de parejas sexuales (64.5%).

El uso del preservativo de manera consistente con las parejas ocasionales, tampoco ofreció diferencias estadísticamente significativas, pero se utilizó más por el

grupo cultural católico (59.2%), seguidos del grupo cultural musulmán (54.7%), de los no creyentes (51.5%) y del grupo cultural judío (20.0%).

El sexo oral no ofreció diferencias estadísticamente significativas, pero fue la práctica más utilizada en las personas jóvenes no iniciadas sexualmente del grupo cultural judío (33.3%), seguidas de las católicas (14.5%), de las no creyentes (10.0%) y de las musulmanas (9.9%).

En la Tabla 29 se muestran los datos sobre las motivaciones para el uso del preservativo, en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas, según el grupo cultural de pertenencia:

Tabla 29

Motivos para el uso del preservativo en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas según el grupo cultural de pertenencia

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
	Evitar el embarazo:				
	1ª Relación sexual	76 (84.2)	5 (5.8)	3 (3.5)	2 (2.3)
	($p=0.005$)*	32 (91.6)	2 (5.3)	2 (5.3)	2 (5.3)
	Relaciones sex. Sucesivas				
	($p=0.348$)*				
	Evitar ITS:				
	1ª Relación sexual	62 (72.1)	13 (15.1)	8 (9.3)	3 (3.5)
	($p=0.811$)*	29 (76.3)	5 (13.2)	2 (5.3)	2 (5.3)
Ninguna	Relaciones sex. Sucesivas				
1ª Relación sexual	($p=0.945$)*				
n (%) 86 (18.5)					
Relaciones sex.	Exigencia a mi pareja:				
Sucesivas	1ª Relación sexual	25 (29.1)	20 (23.3)	18 (20.9)	23 (26.7)
n (%) 38 (19.9)	($p=0.723$)*	12 (31.6)	10 (26.3)	4 (10.5)	12 (31.6)
	Relaciones sex. Sucesivas				
	($p=0.184$)				
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual	17 (19.8)	20 (23.3)	19 (22.1)	30 (34.9)
	($p=0.551$)*	6 (15.8)	10 (26.3)	7 (18.4)	15 (39.5)
	Relaciones sex. Sucesivas				
	($p=0.074$)*				
	Evitar el embarazo:				
	1ª Relación sexual	236 (89.7)	14 (5.3)	7 (5.3)	6 (2.3)
	Relaciones sex. Sucesivas	87 (92.6)	3 (3.2)	1 (1.1)	3 (3.2)
Católica	Evitar ITS:				
1ª Relación sexual	1ª Relación sexual	184 (70.0)	38 (14.4)	26 (9.9)	15 (5.7)
n (%) 263 (56.6)	Relaciones sex. Sucesivas	70 (74.5)	9 (9.6)	7 (7.4)	8 (8.5)
Relaciones sex.	Exigencia a mi pareja:				
Sucesivas	1ª Relación sexual	107 (40.8)	51 (19.5)	39 (14.9)	65 (24.8)
n (%) 94 (49.2)	Relaciones sex. Sucesivas	40 (42.6)	14 (14.9)	11 (11.7)	29 (30.9)
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual	74 (28.6)	47 (18.1)	49 (18.9)	89 (34.4)
	Relaciones sex. sucesivas	25 (26.6)	18 (19.1)	15 (16.0)	36 (38.3)

» »

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Evitar el embarazo:					
	1ª Relación sexual	76 (77.6)	11 (11.2)	6 (6.1)	5 (5.1)
	Relaciones sex. sucesivas	40 (83.3)	1 (16.7)	0	1 (16.7)
Musulmana	Evitar ITS:				
1ª Relación sexual	1ª Relación sexual	73 (74.5)	4 (8.3)	3 (6.2)	1 (2.1)
n (%) 98 (21.1)	Relaciones sex. Sucesivas	36 (75.0)	4 (8.3)	3 (6.2)	5 (10.4)
Relaciones sex. Sucesivas	Exigencia a mi pareja:				
n (%) 48 (25.1)	1ª Relación sexual	33 (33.7)	25 (25.5)	13 (13.3)	27 (27.6)
	Relaciones sex. Sucesivas	17 (35.4)	14 (29.2)	5 (10.4)	12 (25.0)
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual	29 (29.6)	27 (27.6)	14 (14.3)	28 (28.6)
	Relaciones sex. sucesivas	15 (31.2)	12 (25.0)	7 (14.6)	14 (29.2)
Evitar el embarazo:					
	1ª Relación sexual	17 (94.4)	0	1 (5.6)	0
	Relaciones sex. sucesivas	10 (90.9)	0	0	1 (9.1)
Judía	Evitar ITS:				
1ª Relación sexual	1ª Relación sexual	13 (72.2)	3 (16.7)	1 (5.6)	1 (5.6)
n (%) 18 (3.9)	Relaciones sex. sucesivas	70 (70.0)	0	2 (20.0)	1 (10.0)
Relaciones sex. Sucesivas	Exigencia a mi pareja:				
n (%) 11 (5.8)	1ª Relación sexual	8 (44.4)	5 (27.6)	3 (16.7)	2 (11.1)
	Relaciones sex. sucesivas	7 (70.0)	1 (10.0)	2 (20.0)	0
	Mi pareja me lo exige:				
	1ª Relación sexual	8 (44.4)	2 (11.1)	4 (22.2)	4 (22.2)
	Relaciones sex. sucesivas	5 (55.6)	1 (11.1)	3 (33.3)	0

*Kruskal-Wallis

Como se observa en la Tabla 29, la motivación anticonceptiva de *evitar un embarazo*, ofreció diferencias estadísticamente significativas entre los diversos grupos culturales en el debut sexual. Así, fueron las personas jóvenes judías las que alcan-

zaron mayor porcentaje (94.4%), seguidas de las católicas (89.7%), las no creyentes (84.2%) y las musulmanas (77.6%).

Sin embargo, aunque en las otras motivaciones no existieron diferencias estadísticamente significativas, *evitar una ITS* mantuvo porcentajes similares (70%-75%) en los diferentes grupos culturales. Las personas jóvenes judías fueron quienes más exigieron el uso del preservativo a sus parejas sexuales, seguidas de las católicas, las musulmanas y las no creyentes, y *mi pareja me lo exigió* fue más frecuente en los judías, seguidas de las musulmanas, las católicas y las no creyentes.

En las relaciones sexuales sucesivas no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

A continuación en la Tabla 30 se exponen los datos resultantes para el no uso del preservativo, según el grupo cultural, en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas:

Tabla 30

Motivos para el no uso del preservativo en la primera relación sexual y en las relaciones sexuales sucesivas según el grupo cultural de pertenencia

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
Ninguna 1ª Relación sexual n (%) 38 (26.8) Relaciones sexuales sucesivas n (%) 91 (21.9)	Mi pareja no quiso usarlo:				
	1ª Relación sexual ($p=0.017$)*	4 (10.5)	5 (13.2)	6 (15.8)	23 (60.5)
	Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.589$)*	25 (27.5)	26 (28.6)	15 (16.5)	25 (27.5)
	Yo no quise usarlo:				
	1ª Relación sexual ($p=0.004$)*	7 (18.9)	9 (24.3)	4 (10.8)	17 (45.9)
	Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.046$)*	16 (17.8)	19 (21.1)	22 (24.4)	33 (36.7)
	Resta sensibilidad:				
	1ª Relación sexual ($p=0.009$)*	10 (27.0)	10 (27.0)	4 (10.8)	13 (35.1)
	Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.042$)*	35 (38.9)	23 (25.6)	13 (14.4)	19 (21.1)
	No tenía:				
	1ª Relación sexual ($p=0.355$)*	17 (45.9)	5 (13.5)	4 (10.8)	11 (29.7)
	Relaciones sex. Sucesivas ($p=0.703$)	20 (22.2)	24 (26.7)	11 (12.2)	35 (38.9)
Católica 1ª Relación sexual n (%) 65 (45.8) Relaciones sexuales sucesivas n (%) 228 (54.8)	Mi pareja no quiso usarlo:				
	1ª Relación sexual	7 (10.8)	9 (13.8)	16 (24.6)	33 (50.8)
	Relaciones sex. sucesivas	47 (20.6)	80 (35.1)	44 (19.3)	57 (25.0)
	Yo no quise usarlo:				
	1ª Relación sexual	8 (13.3)	9 (15.0)	13 (21.7)	33 (50.0)
	Relaciones sex. sucesivas	42 (18.4)	68 (29.8)	48 (21.1)	70 (30.7)
	Resta sensibilidad:				
	1ª Relación sexual	14 (23.3)	11 (18.3)	7 (11.7)	28 (46.7)
	Relaciones sex. sucesivas	74 (32.5)	73 (32.0)	36 (15.8)	45 (19.7)
	No tenía:				
	1ª Relación sexual	24 (40.0)	9 (15.0)	9 (15.0)	18 (30.0)
	Relaciones sex. Sucesivas	63 (27.8)	50 (22.0)	35 (15.4)	79 (34.8)

» » TABLA 30

		Muy Determinante	Más o menos Determinante	Poco Determinante	Nada Determinante
		Mi pareja no quiso usarlo:			
	1ª Relación sexual	7 (22.6)	5 (16.1)	5 (16.1)	14 (45.2)
	Relaciones sex. sucesivas	22 (27.2)	24 (29.6)	16 (19.8)	19 (23.5)
Musulmana		Yo no quise usarlo:			
1ª Relación sexual	1ª Relación sexual	9 (29.0)	5 (16.1)	7 (22.6)	10 (32.3)
n (%) 31 (21.8)	Relaciones sex. sucesivas	20 (24.4)	24 (29.3)	20 (24.4)	18 (22.0)
Relaciones sexuales sucesivas		Resta sensibilidad:			
n (%) 81 (19.5)	1ª Relación sexual	11 (35.5)	11 (35.5)	3 (9.7)	6 (19.4)
	Relaciones sex. sucesivas	39 (47.6)	24(29.3)	9 (11.0)	10 (12.2)
		No tenía:			
	1ª Relación sexual	8 (25.8)	3 (9.7)	9 (29.0)	11 (35.5)
	Relaciones sex. sucesivas	22 (27.2)	18 (22.2)	14 (17.3)	27 (33.3)
		Mi pareja no quiso usarlo:			
	1ª Relación sexual	4 (50.0)	2 (25)	1 (12.5)	1 (12.5)
	Relaciones sex. sucesivas	6 (37.1)	4 (25.0)	4 (25.0)	2 (12.5)
Judía		Yo no quise usarlo:			
1ª Relación sexual	1ª Relación sexual	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	0
n (%) 8 (5.6)	Relaciones sex. sucesivas	4 (25.0)	7 (43.8)	4 (25.0)	1 (6.2)
Relaciones sexuales sucesivas		Resta sensibilidad:			
n (%) 16 (3.8)	1ª Relación sexual	5 (62.5)	2 (25.0)	1 (12.5)	0
	Relaciones sex. sucesivas	9 (56.2)	3 (18.8)	2 (12.5)	2 (12.5)
		No tenía:			
	1ª Relación sexual	4 (50.0)	2 (25.0)	0	2 (25.0)
	Relaciones sex. sucesivas	6 (37.5)	4 (25.0)	1 (6.2)	5 (31.2)

*Kruskal-Wallis

Como se observa en la Tabla 30, existieron diferencias estadísticamente significativas para el no uso del preservativo en el debut sexual, en las motivaciones *porque yo no quise usarlo* con mayor porcentaje en las personas judías (62.5%), seguidas de las musulmanas (29.0%), de las no creyentes (18.9%) y de las católicas (13.3%). Igualmente, la motivación *porque le resta sensibilidad y placer a la relación* alcanzó mayor porcentaje en las judías (62.5%), seguidas de las musulmanas (35.5%), de las no creyentes (27.0%) y de las católicas (23.3%). La motivación *porque mi pareja no quiso usarlo*, obtuvo mayor porcentaje en las judías (50.0%), seguidas de las musulmanas (22.6%), de las católicas (10.8%) y las no creyentes (10.5%).

Respecto al no uso del preservativo en las relaciones sexuales sucesivas, las motivaciones que se dieron en los diversos grupos culturales coincidieron con dos de las más significativas estadísticamente en el debut sexual, pero se invirtieron las variables en las relaciones sexuales sucesivas; así, la más significativa estadísticamente resultó *porque le resta sensibilidad y placer a la relación*, con mayor porcentaje en las judías (56.2%), seguidas de los musulmanas (47.6%), de las no creyentes (38.9%) y de las católicas (32.5%). La segunda motivación para no protegerse en la vida sexual activa fue *porque yo no quise usarlo*, que alcanzó mayor porcentaje en las judías (25.0%), seguidas de los musulmanas (24.4%), de las católicas (18.4%) y de las no creyentes (17.8%).

VI. DISCUSIÓN

VI.

Discusión

A partir del objetivo general planteado en la investigación, se ha tratado de conocer los hábitos afectivo-sexuales en el debut y en la vida sexual activa entre las personas jóvenes de la Ciudad Autónoma de Melilla. Por ello, se han analizado las variables, que de una u otra manera, habían contribuido o no, a la práctica de conductas de riesgo; igualmente, se han estudiado las diferencias significativas encontradas de acuerdo a las variables género, orientación sexual y grupo cultural de pertenencia.

6.1 Comportamiento sexual de las personas jóvenes melillenses

Según los resultados que se han obtenido, podemos confirmar que la edad de la primera relación sexual con penetración de los/as melillenses participantes en este estudio es a los 16.77 años. Edad que se mantiene respecto a la descrita en un estudio previo (Romero-Estudillo, 2010). Sin embargo, no se corresponde con el debut sexual de los/as adolescentes españoles, señalado en una edad promedio de 15 años, en los estudios realizados por CCAA (Teva-Álvarez et al., 2009a; Teva-Álvarez et al., 2009b).

Numerosos trabajos nacionales e internacionales han evidenciado la importante correlación entre el DST y el aumento de las conductas sexuales de riesgo entre jóvenes (Bermúdez et al., 2014; Calatrava et al., 2012; Castro, 2011; Dancy et al., 2010; De Irala et al., 2011; De Sanjose et al., 2008; Li et al., 2009; Louie et al., 2009; Piña et al., 2010a; Velásquez y Bedoya, 2010), en términos de contraer una ITS y tener un END y/o una IVE (Bermúdez et al., 2010a; Cutié et al., 2005; Olasode, 2007).

En este sentido, siguiendo la clasificación de un estudio reciente (Espada et al., 2014) en el que se ha establecido la edad de los 15 años como valor central o debut promedio para el debut sexual en España, antes de los 15 años como debut temprano, y después de los 15 años como debut tardío, los/as jóvenes melillenses, no sólo, no son precoces sexualmente, sino que además, tienen un inicio sexual tardío. Este hallazgo, en principio, sugiere un efecto protector en las personas jóvenes melillenses iniciadas para implicarse en comportamientos sexuales de riesgo (Espada et al., 2014). No obstante, de acuerdo con Piña y Rivera (2009), esta diferencia en la edad del debut sexual no se puede explicar de manera aislada ni al margen de considerar otras variables como las incluidas en este estudio.

Relativo al uso del preservativo en la primera relación sexual con penetración, los/as melillenses alcanzan un porcentaje elevado. Resultado congruente con lo reportado por Yotebieng et al. (2009), en relación a que el uso del preservativo en el primer contacto coital era más probable a medida que se retrasaba el inicio sexual. Por el contrario, no coincide con el resultado obtenido en las relaciones sucesivas (el 60.0% de los/as iniciados melillenses lo usan esporádicamente). Yotebieng et al. (2009), revelaron que el uso del condón en el debut sexual aumentaba la probabilidad de usarlo en las relaciones sexuales más recientes en 4.81 veces, y que en todas las relaciones se incrementaba en 8.76 veces. Igualmente, la disminución del preservativo en las relaciones sucesivas no es congruente con el efecto predictor y protector señalado por Espada et al. (2014) en relación al debut sexual tardío.

Por otra parte, entre los/as melillenses iniciados sexualmente, un tercio de ellos tienen una pareja sexual y el resto cambian de pareja con relativa frecuencia, lo que incrementa el riesgo de contraer una ITS y/o END por la falta de protección sistemática del preservativo. Estos resultados están en la línea de lo ya definido por estudios internacionales previos (Gutiérrez et al., 2006; Harvey y Henderson, 2006; Karibu y Orpinas, 2009), y en consonancia con lo descrito por Calatrava et al. (2012), cuyos hallazgos revelaban el compromiso para la salud de los/as adolescentes estudiados.

En este sentido, el resultado es coherente con el patrón habitual de los/as jóvenes europeos iniciados sexualmente, en el que el porcentaje que había tenido dos o más parejas sexuales se incrementaba (Calatrava et al., 2012). El hallazgo en nuestro estudio -el 71.5% tiene una experiencia entre dos o más parejas-, contrasta con el efecto protector referido por Espada et al. (2014), y con otros (Bermúdez et al., 2010a; Louie et al., 2009; Piña, 2009) en los que se señalaba la correlación entre el debut sexual temprano con el incremento del número de parejas sexuales y el menor uso del preservativo.

No obstante, cuando las relaciones sexuales de los/as iniciados melillenses se establecen con parejas ocasionales, práctica que ocurre en más de la mitad de ellos/as, la protección con el uso del preservativo se incrementa. Este resultado es coincidente con los encontrados en estudios previos (Faílde et al., 2008; Lameiras-Fernández et al., 2002; Mesa et al., 2004), en los que se concluía que el uso del preservativo estaba más vinculado a las relaciones ocasionales que a las consideradas estables. Esta circunstancia aumenta la percepción del riesgo ante el temor de contraer una ITS y/o END en las relaciones casuales (Lameiras-Fernández, 1998; Piña et al., 2010a).

Respecto a las motivaciones para el no uso del preservativo, las obtenidas en los/as melillenses participantes difieren según el tipo de relación sexual. Así, el uso del condón depende de si la relación coital es la primera vez, es en la vida sexual activa o en las relaciones sexuales casuales. Igualmente, varía el uso del condón en función de que la pareja sexual se conozca o no. De acuerdo con Lameiras-Fernández et al. (2004), la idea errónea de que en el debut sexual no se corren riesgos cuando la relación coital es con una persona conocida, explicaría la razón de la falta de protección en la primera relación sexual de algunos/as melillenses. Argumentar que la motivación más determinante para el debut sexual es la relación afectiva y de confianza que establecen con sus parejas, sitúa al preservativo en un elemento que puede generar conflicto y desconfianza entre los miembros de la pareja (Bimbela et al., 2002; Herrera y Campero, 2002).

Referente a las motivaciones para el no uso del preservativo en las relaciones sexuales sucesivas, la más determinante es la creencia de que disminuye la sensibilidad y el placer de la relación sexual. En el caso de que el sexo desprotegido ocurre en las relaciones sucesivas con la pareja estable -recordemos que el 28.5% de los/as iniciados tiene una pareja-, el resultado obtenido es congruente con lo reseñado por Lameiras-Fernández (1999) sobre la falsa sensación de seguridad que regulan las relaciones de parejas monogámicas en el marco de una relación afectiva y de confianza (Faílde et al., 2008). Piña et al., (2007), señalaron que dicha motivación para no usar el condón de manera consistente estaba en consonancia con la búsqueda y obtención de una consecuencia positiva, el placer sexual. Por tanto, estaríamos ante unas circunstancias de relaciones románticas que rechazan las medidas preventivas, según lo descrito por Calafat et al. (2009).

En cambio, el no uso del preservativo en aquellos/as iniciados sexualmente con más de una pareja, podría indicarnos la existencia de un patrón de monogamia serial en el que se sustituye con relativa frecuencia a la pareja sexual y se le es fiel mientras dura la relación (Bayés et al., 1996; Lameiras-Fernández, 1998). Circunstancia que ocurre en el 22.8% con unos antecedentes previos de ocho parejas o más. En el estudio de Lameiras-Fernández (1998) se concluyó que había una disminución o ausencia de la percepción del riesgo en las relaciones sexuales sucesivas, en las que se prioriza el placer a la protección (Piña et al., 2007).

Relativo a la motivación más determinante para no usar el preservativo con las parejas ocasionales, es la atracción física que sienten de personas desconocidas o poco conocidas, unido a la creencia de que el preservativo les resta sensibilidad o placer a la relación sexual, lo que motiva las relaciones coitales desprotegidas. Resultado congruente con lo reseñado por Bauman (2005) al obedecer a un modelo de sexualidad instantánea y consumista.

Por otra parte, en sociedades como la nuestra en las que se refuerzan estereotipos acerca de que la mejor "conquista" es la de involucrarse sexualmente con personas atractivas, junto a la eventual gratificación del acto sexual, es lo que favorece

que dicho comportamiento de riesgo se reproduzca de manera habitual (Amado et al., 2007; Piña, 2004). De acuerdo con Fierros et al. (2011), esos encuentros casuales cumplen también un patrón de monogamia serial (Lameiras-Fernández, 1998) en los que se demuestra una conducta de riesgo que los expone al VIH y/o al END (Teva-Álvarez et al., 2009a; Velásquez y Bedoya, 2010).

Referente a la influencia que pudiera ejercer el alcohol para mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales, cabe señalar, que no representa un factor determinante. Resultado que difiere de lo descrito en estudios previos realizados en otros países (Rodríguez, Hernán, Cabrera, Romo, García y Gutiérrez, 2006; Bellis, Hughes, Dillon, Copeland y Gates, 2007) en los que se evidenció una importante correlación entre el consumo de alcohol y el aumento de las conductas sexuales de riesgo entre jóvenes.

Relativo a la influencia del consumo de drogas y las relaciones sexuales con parejas ocasionales, diferentes estudios muestran que ante la perspectiva de dichos encuentros fortuitos, los/as jóvenes tienden a un mayor consumo de sustancias tóxicas y con ello hacia conductas sexuales de riesgo (Elliott, Morrison, Ditton, Farrall, Short, Cowan y Gruer, 1998; Brook, Brook, Pahl, Montoya, 2002). Esta circunstancia determina cuestionarse si los/as jóvenes son o no conscientes del riesgo que implica mantener relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o cualquier otra droga.

Con respecto a la abstinencia sexual, situación en la que se encuentran el 32.8% de los/as melillenses encuestados, podría deberse al efecto protector de una estructura familiar intacta que retrasa la probabilidad de la iniciación sexual (Lavielle-Sotomayor et al., 2014; Zimmer-Gembeck y Helfand, 2008), ya que los/as adolescentes de familias no biparentales se han descrito con inicios sexuales más tempranos (Vélez-Pastrana, González-Rodríguez y Borges-Hernández, 2005). O bien, podría deberse a la influencia que ejercen otras variables (sexo, religión y nivel de instrucción del padre); es decir, ser mujer, pertenecer a otra religión distinta a la católica y que el padre tenga un menor nivel de estudios que la madre, disminuyen la probabilidad de haber mantenido relaciones sexuales con penetración (Jordahl y Lohman, 2009; Koffi y Kawahara, 2008).

Por otra parte, las creencias religiosas y la influencia que ejerce la cultura fueron señaladas por Piña et al. (2007) como variables extrasituacionales o transituacionales, ya que la abstinencia motivada por la educación recibida depende de otras variables que no inciden en la situación sexual. Según Bearman y Bruckner (2001), el grado de religiosidad se asocia con la adopción de la abstinencia como medida preventiva y, por tanto, con una menor actividad sexual y un debut sexual más tardío. El factor religioso se ha considerado en este estudio ante la diversidad cultural que constituye la muestra de participantes, lo que se discutirá más adelante.

Igualmente, el hecho de no tener pareja, variable que no ha sido incluida en otros estudios, también se ha descrito como un claro predictor del retraso de comportamientos sexuales tanto con penetración como sin penetración (Ramiro, Bermúdez, Sierra y Buela-Casal, 2013). En este sentido, un porcentaje elevado de los/as melillenses no iniciados/as sexualmente rechazarían no sólo las relaciones coitales sino también las caricias. Este resultado podría indicarnos lo consistentes que son las motivaciones enamoramiento y/o educación recibida, ya que ambas razones compiten con porcentajes muy similares e influyen en la emisión de una conducta preventiva. Por el contrario, la respuesta de otros/as jóvenes no iniciados sexualmente (31.4%), de que no preguntarían por los antecedentes sexuales de la otra persona ante la probabilidad de la primera relación coital, estaría más a favor de que todavía no tienen pareja, pero cuando la tengan existe el riesgo de una práctica sexual insegura. Por tanto, estamos ante unos aspectos novedosos que deberían tenerse en cuenta en un futuro programa de EpS destinado a la prevención y a la promoción de la abstinencia (Ramiro et al., 2013).

Relativo a la práctica del sexo oral en estos jóvenes no iniciados/as sexualmente, aunque no es una práctica habitual, aquellos/as que la realizan ejercen una conducta de riesgo por no utilizar el preservativo. Además, al practicarse principalmente entre las parejas de novios, estaríamos nuevamente en esas relaciones afectivas que priorizan el riesgo a la protección (Lameiras-Fernández et al., 2004), donde el condón se interpreta como un elemento que hace desconfiar en la pareja (Bimbela et al., 2002).

6.2 Conocimientos y actitudes hacia el VIH, y actitudes hacia a sexualidad

Respecto a los conocimientos que poseen los/as melillenses sobre el VIH, podemos decir que la mayoría de ellos/as tienen una información básica adecuada. Así, existe un porcentaje elevado que asocia las relaciones sexuales con penetración con el riesgo de transmitirse el virus por esta vía, además de reconocer el efecto protector del preservativo para prevenir la infección por el VIH. Si tenemos en cuenta que la variable conocimientos es esencial para prevenir la enfermedad del VIH y reducir los riesgos asociados a la actividad sexual (Anwar, Sulaiman, Ahmadi y Khan, 2010), este resultado podría sugerir, en principio, que los/as melillenses participantes presentan un comportamiento sexual seguro frente al VIH.

Sin embargo, en relación a los conocimientos que poseen sobre el VIH y el uso que hacen del condón, estos no se reflejan en comportamientos seguros, ni en la vida sexual activa de los iniciados/as, ni en la práctica del sexo oral de los/as que se abstienen. Esta disociación entre lo que se sabe y lo que se practica fue descrita previamente por Lameiras-Fernández y Faílde (1998), ante el uso inconsistente del preservativo que hacían los/as adolescentes aunque sabían que era un método eficaz frente a la infección del VIH.

Otros estudios han apoyado (Amado et al., 2007; Caballero-Hoyos y Villaseñor-Sierra, 2003; Diclemente, Crosby y Wingood, 2002; Lameiras-Fernández et al., 2008; Piña, 2004; Robles et al., 2006c; Piña y Rivera, 2009; Steel, Herlitz, Snyder, Mazzaferro y Theorell, 2004) la insuficiente solidez entre los conocimientos y la conducta preventiva. Asimismo, Piña (2004) señaló la importancia de tener en cuenta otras variables, y Díaz-Loving (2001) manifestó la necesidad de incrementar los conocimientos para disminuir las ideas erróneas sobre el VIH.

En este sentido, creer que la saliva, los baños públicos, la piscina o el cocinero de un restaurante son vehículos de transmisión del virus, o que la píldora anticonceptiva puede disminuir el riesgo de contraer el VIH, son algunas de las ideas erradas

que poseen una cuarta parte de los/as participantes. Resultados coincidentes con los de un estudio previo (Hoppe, Graham, Wildson, Wells, Nahom y Morrison, 2004), en el que se reconocía el factor disuasorio de la variable percepción del riesgo en aquellos/as adolescentes que no ponían en práctica los conocimientos que habían adquirido del VIH.

Igualmente, las actitudes frente al SIDA ofrecen resultados negativos en un tercio de la muestra, con un claro rechazo hacia las personas infectadas por la incomodidad que les hace sentir si tuvieran que compartir el mismo vestuario o servicio. Zimmer-Gembeck y Helfand (2008) señalaron que las actitudes negativas hacia cuestiones relacionadas con el SIDA estaban asociadas con el debut sexual más tardío, mientras que las actitudes positivas se expresaban en conductas más liberales y permisivas, por lo que se consideraba una variable predictiva del inicio precoz en la actividad sexual. En consonancia con estos autores, el hallazgo de las actitudes negativas podrían explicar el inicio tardío de las relaciones coitales y la abstinencia sexual del 32.8% de los encuestados/as.

Relativo a la susceptibilidad hacia el VIH, el resultado alcanzado indica que la mayoría de los/as encuestados perciben el riesgo de infección; por el contrario, otros/as creen que no son el tipo de personas que pudieran infectarse por el VIH (26.0%), y admiten que no es una cuestión de la que deban preocuparse (20.8%). De acuerdo con DiClemente et al. (2002), la baja percepción de riesgo al subestimar las ITS, los/as puede llevar a un diagnóstico tardío del VIH y facilitar la transmisión al no tomar las medidas apropiadas de sexo seguro.

Estudios previos (Makiwane y Mokomane, 2010; Mohtasham, Shamsaddin, Bazargan, Anosheravan, Elaheh y Fazlolah, 2009; Mwale, 2009) han descrito que la mayor susceptibilidad estaba también asociada a la no intención en el debut sexual. En consonancia con estos autores, cabe plantear si la baja percepción del riesgo se pudiera corresponder con los/as adolescentes en abstinencia sexual al sentirse menos susceptibles porque no han tenido posibilidad de infección (Ramiro et al, 2013). O bien, con una proporción de jóvenes iniciados/as en las relaciones coitales,

cuyas actitudes negativas frente al SIDA les impide el uso del preservativo y los hace menos susceptibles (Leickness et al., 2005).

Referente a la autoeficacia hacia la infección por el VIH, resulta una variable protectora en los/as encuestados/as de este estudio, ya que una gran parte de ellos/as tienen confianza en sus habilidades para acceder a los preservativos, o los llevan consigo por si surge la ocasión. En cambio, el 19.3% declaran su falta de competencias para ir a comprarlos o conseguirlos fácilmente, lo que podría indicar la presencia de mitos y falsas creencias en torno al uso del preservativo (Piña et al., 2007; Robles et al., 2006a). Se puede hacer una evaluación favorable del preservativo como elemento preventivo pero también se puede descartar su uso porque disminuye la sensibilidad y el placer a la relación (Vinaccia, Quiceno, Gaviria y Soto, 2007), lo que es congruente con los resultados hallados en este estudio.

Otros autores (Bachanas et al., 2002) no encontraron el efecto protector entre las variables conocimientos del VIH y la autoeficacia frente a la infección cuando intervenían otros factores de riesgo como el consumo de drogas. Por ello, además de autoeficacia se requieren conocimientos sólidos para evitar las ideas erróneas, actitudes positivas hacia el VIH y percibir el riesgo de infección (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández et al., 2008; Piña y Urquidi, 2004).

Por último, los resultados obtenidos sugieren que estas variables se tengan en cuenta en un programa de educación afectivo-sexual. Así, puede haber la intención de uso del preservativo, autoeficacia para comprarlo, gestionarlo con la pareja y saber usarlo correctamente, pero no hacer un uso sistemático en todas y cada una de las relaciones sexuales (Jiménez, 2010; Robles et al., 2006c; Piña y Rivera, 2009; Turck y Hocking, 2005).

Con respecto a las actitudes hacia la sexualidad, en general, muestran una actitud positiva al alcanzar una puntuación media de 69.16 que supera la media de 61.5 de la EROS (Del Río et al., 2013). En consonancia con lo descrito por Fisher et al. (1988), respecto a que las variables erotofobia-erotofilia no serían independientes, sino

polos opuestos de una escala continua (Fisher et al., 1988), los/as melillenses participantes serían erotofílicos/as por las respuestas positivas que presentan y expresan frente a estímulos sexuales. Por el contrario, aquellos/as erotofóbicos/as tendrían una conducta de evitación a dichos estímulos sexuales o una respuesta negativa antes éstos.

De acuerdo con lo anterior, el resultado obtenido en el factor 1 Erotofobia, indica que existen actitudes negativas hacia la sexualidad al alcanzar una puntuación media inferior (29.11) a la puntuación media de la EROS (36.00); estas actitudes negativas, se expresan, entre otras, por el rechazo del material erótico o homoerótico, o por el desagrado de los sueños sexuales. Resultado no equiparable a lo estandarizado en población española (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández y Faílde, 1998; Lameiras-Fernández y González, 1993) con actitudes favorables hacia la sexualidad.

Así, la erotofobia obtenida en este estudio, podría explicar el debut tardío de los/as melillenses iniciados o la evitación a los estímulos sexuales de los que se encuentran en abstinencia sexual (Sierra et al., 2003). En cambio, la asociación de la variable erotofobia con el uso del preservativo podría sugerir el papel que juegan las actitudes negativas en la falta de habilidades para la negociación del uso del preservativo (Fisher et al., 1988). Resultado equiparable a lo referido por Santos-Iglesias y Sierra (2010) en relación a la baja asertividad sexual y la mayor probabilidad de los comportamientos sexuales de riesgo.

En consecuencia, en el factor 2 Erotofilia, los/as participantes alcanzan una puntuación media superior (23.55) a la puntuación media de la EROS (20.00), lo que indica la presencia de actitudes positivas. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos, este dato ofrece cierta controversia con lo descrito por Fisher et al. (1988), al señalar que los/as erotofílicos/as estaban más informados/as y emitían conductas más seguras en la esfera de la sexualidad porque habían adquirido habilidades más eficaces para la prevención de las ITS (Santín et al., 2003).

Asimismo, en otros estudios posteriores (González, Montero, Martínez, Mena y Varas, 2010; Lameiras-Fernández et al., 2004; Zubeidat et al., 2003) se ha descrito que la predisposición positiva hacia la sexualidad estaba relacionada con un debut sexual temprano y la mayor actividad sexual. Circunstancia no congruente con el debut sexual tardío hallado en este estudio pero sí que lo es con la mayor actividad sexual. En cambio, Bermúdez et al. (2014), señalaron que la variable erotofilia había demostrado capacidad para explicar las diferencias en la actitud sexual existentes entre los iniciados/as y los no iniciados/as, pero no tenía capacidad predictiva sobre el comportamiento sexual en jóvenes que ya habían debutado sexualmente.

Referente al factor 3 Homofobia, la media obtenida en este estudio es ligeramente inferior (11.38) a la puntuación media de EROS (12.00), lo que se podría definir como una homofobia sutil o moderna (Rodríguez-Castro et al., 2013). Resultado, por otra parte, interesante en una sociedad como la nuestra, en la que todavía se rechazan otras orientaciones sexuales que no sea la heterosexual (Calvo, 2003). Así, tampoco es coincidente con los resultados obtenidos en estudios previos de adolescentes españoles (Lameiras-Fernández, 1998; Lameiras-Fernández y Faílde, 1998; Lameiras-Fernández y González, 1993). Otros estudios han demostrado que las actitudes de los/as adolescentes con respecto a la homosexualidad habían cambiado, aunque todavía se daban manifestaciones de homofobia en los centros educativos (Díaz de Greñu, 2012; Pichardo, 2009).

En consonancia con los resultados obtenidos en el estudio de España, Guerrero, Farré, Canella-Soler y Abós (2001), sería conveniente tener en cuenta las causas que originan y perpetúan la homofobia para poderlas determinar y neutralizar, en beneficio de la comunidad homosexual, como principal afectada, y de la sociedad en general. En un estudio reciente (Rodríguez-Castro et al., 2013) se ha descrito como las personas que tenían más actitudes homofóbicas eran a su vez, las que asumían actitudes más sexistas hostiles (expresadas) y benevolentes (no expresadas).

En relación al factor 4 Sexo no convencional, el resultado es similar al factor 3, con una puntuación media alcanzada ligeramente inferior (11.37) a la puntuación

media de EROS (12.00). Ortega et al. (2005), señalaron la relación entre las actitudes negativas con una mayor culpabilidad sexual. Los/as adolescentes que presentaban actitudes negativas hacia la masturbación experimentaban más culpabilidad sexual expresada en prácticas poco habituales (interés por participar en orgías o mantener relaciones duraderas con más de una pareja). Hallazgo frecuente en adolescentes no iniciados/as y en los/as iniciados/as con sólo una pareja sexual, que además presentaban ideas erróneas y mitos sexuales (Ortega et al., 2005).

Igualmente, Fisher et al. (1988), en relación al sexo no convencional hallaron un menor número de experiencias sexuales en los/as jóvenes con actitudes negativas hacia la sexualidad, y aquellos/as con actitudes positivas tenían una mayor frecuencia de actividades autoeróticas. Ortega et al. (2005), señalaron que la variable sexo no convencional estaba relacionada con los mitos, la culpabilidad sexual y, mediada por el sexo o el lugar de residencia. Así, los/as adolescentes de áreas rurales habían mostrado actitudes menos liberales que los/as de zonas urbanas (Abernathy, Robinson, Balswick y King, 1979).

Por tanto, los resultados obtenidos en las actitudes hacia la sexualidad sugieren una intervención educativa afectivo-sexual en función de las variables erotofobia, homofobia y sexo no convencional porque predicen comportamientos de riesgos sexuales.

6.3 Diferencias significativas según el género, la orientación sexual y los grupos culturales en materia de sexualidad

Los resultados obtenidos respecto al género de los/a participantes son similares a la mayoría de estudios consultados (Bermúdez et al., 2014; Dunkle y Decker, 2013), confirmándose la existencia de una asociación entre el género y las conductas sexuales de riesgo. Así, los hombres -en un elevado número de casos-, refieren relaciones sexuales con penetración, con un mayor número de parejas sexuales que las mujeres. Estos resultados coinciden con los expuestos en otros estudios (Bermúdez et al., 2009b; López et al., 2011), en los que se describía el mayor interés para

las prácticas sexuales de los varones con respecto a las mujeres. No obstante, las actitudes sexuales de las mujeres han evolucionado, asemejándose más a las de los hombres (Del Río, Cabello, Cabello y López, 2012).

Referente al uso del preservativo en la primera relación entre hombres y mujeres, no se hallan diferencias significativas respecto al uso del mismo. Circunstancia que contrasta con lo descrito en estudios previos (Calafat et al., 2009; Calatrava et al. 2012; Dávila y Piña, 2008; Rodríguez y Traverso, 2012; Teva-Álvarez et al., 2009b). Ahora bien, es considerablemente mayor el número de varones que afirman mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales. Este resultado es concordante con los hallazgos en otros estudios en los que se señaló que el sexo masculino se implicaba más en conductas sexuales de riesgo (Amado et al., 2007; Sayles, et al., 2006), asociado a los estilos de afrontamiento, estrés social y búsqueda de sensaciones sexuales (Teva-Álvarez Bermúdez y Buela-Casal, 2011).

Respecto a los motivos que les lleva a mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales, los resultados obtenidos revelan la existencia de diferencias significativas entre ambos géneros, siendo los factores oportunidad, interés en conocer, excitación física y estar bajo el influjo de las drogas, los principales factores predictores en los que difieren hombres y mujeres para el mantenimiento de relaciones sexuales con parejas ocasionales. Así, los varones aprovechan más que las mujeres la oportunidad de establecer una relación coital por el hecho de experimentar qué se siente. Resultado que coincide con López et al. (2011).

Sin embargo, en el de estudio de Piña y Rivera (2009) realizado con una muestra de 423 estudiantes de educación superior, señalaron que los chicos que practicaron relaciones sexuales con personas desconocidas tenían una motivación social (desinhibición por consumo de alcohol o drogas), mientras que en las chicas la motivación era meramente biológica al justificar que dicha práctica de riesgo se debía al hecho de encontrarse excitadas físicamente. Estos resultados son consistentes con lo descrito por Valdés, Malfrán, Ferrer y Salazar (2012), al describir que este tipo de prácticas era cada vez más frecuente entre la población adolescente, debi-

do en muchos casos, a una deficiente información acerca de los comportamientos sexuales de riesgo.

Los resultados respecto al consumo de alcohol no son determinantes para mantener relaciones sexuales con parejas ocasionales en función del género de los/as iniciados/as melillenses. Becoña et al. (2008), describieron una correlación entre el consumo de alcohol y un aumento de las prácticas sexuales de alto riesgo en jóvenes, pero no hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. En otro estudio (Dávila y Piña, 2008; Piña et al., 2007), se ha señalado la influencia que ejercía el consumo previo de sustancias tóxicas al impedir una conducta sexual eficaz y segura (Piña et al., 2010a). No obstante, en este estudio se obtienen diferencias significativas en relación a la influencia del consumo de alguna droga a favor de los varones. En contraste, Fierros et al. (2011), hallaron diferencias significativas en las relaciones sexuales con personas desconocidas y desprotegidas, asociado a la ingesta abusiva de sustancias psicoactivas a favor de las mujeres.

En cuanto al uso de preservativos con parejas ocasionales, nuestros resultados muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres. La razón más importante para el uso del condón durante el sexo casual es que la pareja lo exige (*demand social del condón*) a favor de las chicas. Estos resultados apoyan investigaciones recientes (Tran et al., 2014; Staras, Livingston, Maldonado-Molina y Komro, 2013). Asimismo, en un estudio con una muestra de 3.530 estudiantes universitarios, Ballester et al. (2013), llegaron a la conclusión de que las mujeres jóvenes se percibían a sí mismas con mayor nivel de autoeficacia que los varones para decidir el uso de preservativo. En cambio, los varones sólo se sentían competentes cuando iban a comprarlos.

Sin embargo, el hallazgo obtenido en relación a la frecuencia del preservativo, aunque no alcanza diferencias estadísticamente significativas, es llamativo por el hecho de que son las chicas las que mejor lo gestionan, aunque lo utilizan menos que los varones, hasta el punto de no usarlo nunca con personas desconocidas en una proporción que dobla a la de los varones. Este resultado podría indicarnos que hayan sustituido el preservativo por el anticonceptivo hormonal, por lo que las prác-

ticas sexuales quedarían desprotegidas frente al contagio por el VIH u otras ITS. Los resultados revelados por Civic (1999) hallaron que en las relaciones más largas, serias y con mayores niveles de compromiso el preservativo era sustituido por anticonceptivos hormonales, como la píldora.

En relación con lo anterior, aunque tampoco alcanzan diferencias significativas, la motivación preventiva de evitar una ITS está ligeramente más representada que la anticonceptiva de evitar un END en las relaciones casuales; si bien, los porcentajes son similares, es ligeramente más determinante evitar una ITS en las chicas y en los chicos evitar un END. En el estudio de Piña et al. (2010), se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en función de las motivaciones para el uso del condón en las relaciones casuales; así los varones lo usaban por el motivo preventivo y anticonceptivo, y las mujeres sólo por el motivo anticonceptivo.

En este sentido, si evitar un embarazo en las mujeres implica adoptar medidas en un periodo corto del mes, y no necesariamente durante el mes completo, habría que preguntarse si transcurrido ese tiempo lo siguen usando de manera correcta y eficaz (Amado et al., 2007). En el estudio con universitarios sobre la actividad sexual con parejas ocasionales y el uso del condón, Fierros et al. (2011), encontraron que las mujeres seguían practicando conductas sexuales de riesgo para la infección por el VIH ante la escasa probabilidad de adoptar medidas de protección en esos encuentros fortuitos con personas que no conocen, pero la motivación de sentirse atraídas y la excitación física del momento les impedía emitir prácticas sexuales de protección o saludables.

En el caso de los factores que motivaron el no uso sistemático de preservativo en hombres y mujeres con parejas ocasionales, destacan *a mí no me gusta usarlo* y *resta sensibilidad y placer a la relación*, siendo éste último motivo muy determinante para el 32.8% de mujeres y el 52.5% de los hombres. Estos resultados son coincidentes con los datos reportados en un estudio previo (Maswanya, Moji, Aoyagi y Takemoto, 2011). Asimismo, Robles y Montijo (2000), en un trabajo en el que participaron 1.559 estudiantes universitarios, demostraron que aquellas personas que mantenían rela-

ciones sexuales con parejas ocasionales alegaban con mayor frecuencia motivos o razones para no utilizar protección.

Por otra parte, los resultados de este estudio ponen de manifiesto que las prácticas sexuales entre los/as jóvenes melillenses también varían en función de la orientación sexual. Así, el colectivo homosexual está más expuesto a las ITS que los colectivos bisexuales y heterosexuales. Estos datos son congruentes con otros trabajos recientes que revelan la mayor vulnerabilidad ante las ITS entre el colectivo de HSH (Díaz y Díez, 2012; Puerta et al., 2010). Sin embargo, no hay diferencias significativas respecto a la edad del debut sexual. Resultado no concordante con el hallazgo de Van Griensven et al. (2004), en el que revelaron un inicio más temprano en homosexuales y bisexuales que en heterosexuales.

Diversos estudios han señalado la infravaloración de la infección del VIH por parte de los HSH. La creencia de que no necesitaban conocer el estado serológico de las parejas sexuales porque el riesgo de transmisión del VIH en una relación sexual no protegida era mínimo (Afani et al., 2006), ha sido la razón para prescindir del uso del preservativo (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011). Esa falta de preocupación por transmitir el VIH entre aquellos homosexuales infectados (García de Olalla, 2007), unido a la idea errónea de que los beneficios de los fármacos antirretrovirales disminuían el riesgo de transmisión, es lo que ha motivado el incremento de las conductas de alto riesgo por la penetración anal no protegida en España (Folch et al., 2013).

Por otra parte, los resultados obtenidos sugieren una posible asociación entre la variable número de parejas sexuales y la orientación sexual. Aunque todos los colectivos han mantenido relaciones sexuales en los encuentros casuales con personas que no conocían, o conocían muy poco, es el colectivo homosexual el que resulta más representado en esta práctica insegura. Esta circunstancia, concurda con los resultados en España de la encuesta *on-line* europea de HSH, donde el 27.4% de los encuestados notificaron hasta 10 parejas sexuales ocasionales (Folch et al., 2013). Comportamiento de alto riesgo que coincide con el incremento observado en la

proporción de nuevos diagnósticos de VIH en HSH jóvenes españoles (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

No obstante, en relación a la baja frecuencia de uso del preservativo en los encuentros sexuales ocasionales del colectivo homosexual, y a diferencia de los hallazgos en otros estudios (Fernández-Dávila, 2007; Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011), los resultados muestran un mayor riesgo entre el colectivo bisexual, ya que el 90.0% de ellos/as no lo utilizan siempre, seguidos de los homosexuales; por el contrario, son los/as heterosexuales quienes más usan el preservativo con las parejas desconocidas.

En cuanto a las motivaciones para iniciar una vida sexual, resulta significativo la búsqueda de sensaciones y saber qué se siente en el colectivo homosexual, hecho que coincide con otras prácticas de riesgo sexual en consumidores de sustancias tóxicas (González et al., 2005). Para los/as heterosexuales es la existencia de una relación afectiva y de confianza lo que les empuja a debutar en la sexualidad, lo que es similar en otros estudios (Gómez y Fonseca, 2012; Herrera y Campero, 2002; Lameiras-Fernández, 2009; Lameiras-Fernández et al., 2002). Sin embargo, la falta de percepción del riesgo del colectivo heterosexual está regulada por las relaciones de parejas estables o monogámicas (Bimbela et al., 2002).

En lo que respecta a los motivos para la utilización del preservativo, existen diferencias significativas entre las distintas orientaciones sexuales; así, entre el colectivo heterosexual fue muy determinante su uso para evitar un embarazo. Circunstancia que coincide con lo descrito por Lameiras-Fernández (2004), al señalar que los/as jóvenes conciben el preservativo más como un método anticonceptivo que preventivo. No obstante, entre el colectivo homosexual, la motivación de exigirles a sus parejas el uso del preservativo pone en evidencia una práctica sexual preventiva, propia de los encuentros casuales en este grupo (Folch et al., 2013). Para el colectivo bisexual, evitar el embarazo, evitar una ITS y la exigencia a mi pareja fueron los motivos más determinantes para su empleo, hallazgo que podría revelar una actitud de protección hacia sus parejas, ocultándoles relaciones sexuales paralelas con otras personas (Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, 2009; Ortiz-Hernández y Torres, 2005).

Otro factor a considerar es la motivación que tienen los/as jóvenes participantes para no usar el preservativo en las relaciones sexuales sucesivas. El factor que más condicionó su falta de uso entre el colectivo heterosexual y el bisexual fue que restaba sensibilidad y placer a la relación. Dicha respuesta se traduce en una disminución de la percepción del riesgo, y como consecuencia en el establecimiento de un modelo de sexualidad instantánea y consumista (Bauman, 2005). Sin embargo, entre el colectivo homosexual, el principal motivo para no usar preservativo en las relaciones sucesivas fue porque la pareja sexual se negó a usarlo. Este inconveniente para negociar el uso del condón expresa la mayor vulnerabilidad de este colectivo al infravalorar los riesgos del VIH (Fernández-Dávila y Zaragoza, 2011).

Respecto a las prácticas sexuales según el grupo cultural de pertenencia, se obtienen diferencias significativas entre las diferentes confesiones religiosas para el debut sexual. Así, el grupo de las personas no creyentes es el que tiene mayor representatividad, seguida de las personas católicas. Por el contrario, las personas de las confesiones religiosas musulmanas y judías representan los mayores porcentajes de abstinencia sexual. Hallazgo equiparable al obtenido en el estudio de Davidson, Moore, Earle y Davis (2008), en el que aquellos/as que se habían declarado sin religión tenían una actitud más liberal y mayor probabilidad de exponerse a comportamientos de riesgo.

Esta circunstancia también es coincidente en el grupo de no creyentes de nuestro estudio, ya que son los/as que menos utilizan el preservativo en el debut sexual y en las relaciones sexuales sucesivas (Davidson et al., 2008). Por el contrario, los resultados reflejan cierta controversia con lo descrito por Lameiras-Fernández (1998) respecto a que las personas no creyentes tenían conductas erotofílicas asociadas a comportamientos más seguros, y los/as creyentes practicantes presentaban conductas más erotofóbicas asociadas a comportamientos de riesgo.

Referente a la motivación para el uso del preservativo en el debut sexual y en la vida sexual activa, *evitar el END* ofrece diferencias estadísticamente significativas entre los diversos grupos religiosos. Así, las personas de la confesión judía están más preocupadas por evitar una gestación que las personas católicas, que las no

creyentes y que las musulmanas. De hecho, el grupo cultural judío es el que más manifiesta el uso del preservativo en la vida sexual activa. Este resultado en la comunidad judía podría indicarnos lo que algunas investigaciones han planteado sobre que la religión y la espiritualidad pueden aminorar los comportamientos de riesgo y servir como método de barrera frente a la infección por el VIH (Green, 2003; Zou, Yamanaka, Muze, Watt, Ostermann y Thielman, 2009).

Si bien, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas en la motivación preventiva de *evitar una ITS* en el debut sexual y en las relaciones sucesivas, los porcentajes son similares en las diferentes confesiones religiosas, y las personas de la comunidad judía son las que más exigen el uso del preservativo a sus parejas sexuales, seguidas de las católicas, de las musulmanas y de las no creyentes. Asimismo, *mi pareja me lo exigió* fue más frecuente en la comunidad judía, seguida de la musulmana, la católica y las personas no creyentes.

Estos resultados son coherentes con estudios previos (Steinitz, 2005) sobre la *mitzvah* (mandamiento) de eliminar cualquier obstáculo que pueda representar un peligro para la vida en el judaísmo. Así, en las escuelas judías ortodoxas, Israel o en la diáspora, no se ha contemplado la enseñanza sobre el VIH, ni sobre el empleo de anticonceptivos (Steinberg y Halperin, 2002), ya que los principios del judaísmo están basados en la procreación natural, la familia y el matrimonio. Así, no se contempla la educación sexual ante la creencia de que se podría favorecer determinadas conductas de riesgo y una ruptura con la moral religiosa. Tema controvertido que ha generado posicionamientos firmes en algunos/as educadores con el desarrollo de programas y campañas informativas de materiales didácticos -alejados de la procreación natural-, para adolescentes y jóvenes solteros/as (Arévalo y Ávila, 2012).

Por otra parte, las respuestas desde la ley islámica al VIH han sido variadas, desde el castigo a las personas que mostraban un comportamiento de riesgo, al rechazo de admitir que los/as musulmanes pudieran estar afectados por el VIH/ SIDA. La creencia de que un comportamiento moral y recto era la única respuesta al pro-

blema del SIDA, es lo que ha dificultado el desarrollo de programas preventivos. Además, esta interpretación de la enfermedad también ha puesto en juego el simbolismo religioso en el mundo musulmán (Musso, Fanget y Cherabi, 2002).

Sin embargo, aunque no hay diferencias significativas en las variables número de parejas y relaciones sexuales casuales, las personas adscritas a las confesiones musulmanas y judías tienen mayores porcentajes en experiencias previas de *entre ocho y más parejas* que las católicas y las no creyentes, lo que podría sugerirnos que el apego religioso ha podido intervenir como factor protector en la abstinencia sexual y en el retraso del debut sexual, pero no así en las prácticas sexuales sucesivas de los iniciados/as, lo que es coincidente con Jones, Darroch y Singh (2005).

Relativo a las motivaciones para el no uso del preservativo en el debut sexual, los hallazgos revelan diferencias estadísticamente significativas; así, *porque yo no quise usarlo, porque le resta sensibilidad y placer a la relación, y porque mi pareja no quiso usarlo* son razones con mayores porcentajes en las personas judías, seguidas de las musulmanas. Resultados concordantes con Lameiras-Fernández et al. (2004), ante la idea errónea de que no se corren riesgos cuando la relación coital es con personas conocidas. Esta circunstancia podría insinuar que las relaciones de parejas son más endogámicas que exogámicas entre los grupos culturales, por lo que el condón no se usa al poder generar desconfianza en la pareja (Bimbela et al., 2002).

Por otra parte, en la comunidad musulmana al estar la actividad sexual entretejida entre el valor moral y religioso que recae sobre el matrimonio, no sólo está permitido el casamiento desde la pubertad en la mujer, sino que además es recomendable para satisfacer el deseo sexual. Así, un contrato matrimonial a temprana edad, conlleva a que la pareja viva con los padres -al carecer de independencia económica-, y al uso de anticonceptivos para retrasar el proceso de natalidad. Esta consideración religiosa del acatamiento del vínculo matrimonial no sólo se asocia a evitar el END, también evita las ITS (Muhammad, 1999).

Si bien, aunque en las relaciones sucesivas tampoco se obtienen diferencias significativas entre los motivos para no usar del preservativo, *porque le resta sensibilidad y placer a la relación, y porque yo no quise usarlo* alcanzan mayores porcentajes en las personas de la confesión judía, seguidas de la musulmana. Resultados congruentes con Lameiras-Fernández (1998) al indicarnos una disminución o ausencia de la percepción del riesgo, en las que se prioriza el placer a la protección (Piña et al., 2007).

De acuerdo con Armendáriz (1994), tiene especial relevancia el hecho de que en los países occidentales se haya observado una crisis religiosa con un abandono de los cultos tradicionales frente a posiciones ateas o muy personales. De tal manera, que la moral religiosa ha perdido influencia en la configuración de la persona al actuar como represora de la sexualidad (Trueba-Lara, 2008). Este distanciamiento de la cultura a la que se pertenece, podría explicar los resultados obtenidos en las diferentes confesiones religiosas de algunos/as melillenses participantes en esta etapa de la vida.

En este sentido, y en contra de lo que se ha descrito en estudios previos sobre la influencia de las creencias religiosas y culturales en las prácticas sexuales (Davidson et al., 2008; Prado et al., 2006), no se observan tantas diferencias entre los grupos como a priori pudiera parecer, probablemente por lo cohesionados e integrados que están los diversos grupos culturales y/o religiosos en Melilla (Romero-Estudillo, Santos-Iglesias, Vázquez, Fernández, Bermúdez y Castro, 2009a).

Si bien, aunque conviene hacer más estudios en esta línea, es necesario tener en cuenta las diferencias religiosas y culturales en las estrategias preventivas, así como la perspectiva de género, ya que son variables que intervienen en la prevención de hábitos sexuales saludables y deseables (Romero-Estudillo et al., 2009b).

VII. CONCLUSIONES



VII.

Conclusiones

En primer lugar, las relaciones coitales del colectivo juvenil melillense tienen un debut sexual tardío (16,77 años) por la motivación fundamental de existir una relación afectiva y de confianza con la otra persona, y por la excitación física del momento. Destacar que el uso del preservativo está muy extendido en la primera relación coital, pero en la vida sexual activa disminuye su uso. Por tanto, la edad tardía del debut sexual no es una variable protectora en este estudio, y aunque los/las adolescentes y jóvenes retrasen la primera relación coital, cuando llega el momento, no toman precauciones. Otros factores como el uso inconsistente del preservativo en las relaciones coitales sucesivas, el cambio frecuente de pareja sexual y las relaciones sexuales con parejas ocasionales son un comportamiento habitual que los/las expone en mayor medida al riesgo de las ITS y/o END, y aunque la mayoría dicen usar el preservativo con personas desconocidas, el resto no lo hacen.

En segundo lugar, las motivaciones para no usar el preservativo difieren en función de que el empleo sea para el debut sexual o para las relaciones sexuales sucesivas. No usar el condón en el debut por el hecho de no tener uno en ese momento es un comportamiento de riesgo que expresa falta de planificación e imprudencia. No usarlo en las relaciones sucesivas, ni en las relaciones sexuales ocasionales por la atracción física de la otra persona, demuestra un comportamiento de alto riesgo en el que se impone el placer a la protección. En cualquier caso, no usar el preservativo en cualquier tipo de relación indica una baja percepción del riesgo que pone en evidencia una actitud negativa hacia la sexualidad. Por otra parte, aunque el alcohol no ejerce influencia en la emisión de esas conductas de riesgo, está más asociado a las relaciones sexuales con parejas ocasionales.

En tercer lugar, la abstinencia sexual de los no iniciados/as sexualmente está influenciada por la cultura y las creencias religiosas, que en este caso, ejerce una función protectora y preventiva. Sin embargo, la práctica de sexo oral, aunque no es habitual en los no iniciados/as sexualmente, sí que ejerce una conducta de riesgo en aquellos que la practican y no usan el preservativo. Así, ante la probabilidad de tener la primera relación coital, la mayoría de ellos/as refieren que mantendrían esa conducta preventiva con el uso del condón, y aunque otros/as rechazarían la propuesta del debut sexual, en un tercio de ellos/as existe el riesgo de emitir una conducta ineficaz para la salud al ni siquiera preguntar por los antecedentes sexuales de la pareja.

En cuarto lugar, un alto porcentaje de los/as melillenses participantes tienen conocimientos sobre la infección del VIH y reconocen el efecto protector del preservativo; sin embargo, presentan muchas ideas erróneas respecto a las vías de transmisión del VIH, y actitudes negativas frente al SIDA. Por otra parte, en la dimensión erotofobia-erotofilia, aunque presentan más actitudes erotofílicas, las actitudes negativas que poseen influyen en la expresión de la ligera homofobia y sexo no convencional. Si bien, más de la mitad de la muestra son autoeficaces para autogestionar el uso del preservativo, pero probablemente, las ideas erróneas y las actitudes negativas frente al SIDA provocan una baja percepción del riesgo que les impide emitir conductas seguras frente al VIH. Estas variables se asocian a las conductas de riesgo sexual.

En quinto lugar, existen diferencias estadísticamente significativas relativas al género de los/as participantes respecto al debut sexual y al número de parejas en las relaciones sexuales sucesivas. Así, los hombre cambian con mayor frecuencia de pareja sexual a lo largo de la vida sexual activa, mientras que la monogamia de sólo una pareja está más representada por las mujeres. El uso del preservativo en el debut sexual no ofrece diferencias significativas con porcentajes similares entre mujeres y hombres, lo que indica que las chicas se aproximan más al estereotipo del comportamiento sexual masculino.

Por el contrario, en las relaciones sucesivas, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas, los varones presentan una actitud más favorable al uso del preservativo que las mujeres. El hecho de que a lo largo de la vida sexual activa, las chicas tengan más prácticas de monogamia serial motivadas por las relaciones amorosas con sus parejas, confirma la infravaloración que hacen del riesgo en el marco de esas relaciones románticas y que demuestran con la actitud de rechazo hacia el preservativo. Probablemente, esta conducta en las mujeres se sustenta en la idea errónea de que en las relaciones afectivas y de confianza no se requiere protección, junto a la actitud sexista de que el preservativo es cosa de hombres. Circunstancia que marca las diferencias en relación a la mayor vulnerabilidad hacia el VIH del género femenino, suponiendo que utilicen un anticonceptivo hormonal para evitar el END.

Respecto a las motivaciones para el uso del condón no existen diferencias significativas, y tanto los chicos como las chicas tienen una razón más anticonceptiva que preventiva en la primera relación sexual; igualmente, en la vida sexual activa se mantiene esta motivación, pero los chicos expresan mayor preocupación preventiva que las chicas por la infección del VIH. Motivación preventiva que se reitera en las relaciones sexuales casuales, por lo que la percepción del riesgo aumenta en las relaciones con personas desconocidas, principalmente en los varones. Relativo a las motivaciones para el no uso del preservativo en el debut sexual y en la vida sexual activa, existen diferencias significativas a favor de aquellos varones que no lo usan porque no quieren y, porque les resta sensibilidad y placer a la relación, lo que indica el valor instantáneo y consumista que le dan a la actividad sexual.

Igualmente, existen diferencias estadísticamente significativas respecto a las motivaciones para las relaciones coitales con parejas ocasionales. Los varones obtienen mayor porcentaje que las mujeres en este tipo de encuentros sexuales porque se les presenta la oportunidad y por la curiosidad de saber qué se siente. Además, la excitación física del momento y el consumo de alguna droga previo a la relación coital son factores que influyen más en los varones que en las mujeres.

Con respecto al no uso del preservativo en las relaciones sexuales con parejas ocasionales, y a pesar de que las chicas se lo exigen más a sus parejas, en el acto sexual lo usan menos que los chicos. Por otra parte, la actitud de rechazo que presentan los hombres está motivada por el simple hecho de que no les gusta y porque les disminuye la sensibilidad y el placer a la relación. Actitudes que interfieren en la seguridad de las prácticas sexuales al priorizar el placer sobre la protección en el género masculino, y revela la conducta sutil y de aceptación en el género femenino ante esa actividad sexual instantánea y consumista ya mencionada.

Por tanto, el género podría actuar mediando los comportamientos sexuales a través del componente actitudinal. En los hombres se reafirma su masculinidad a partir de una actividad sexual intensa manifestado por el cambio frecuente de pareja y por las relaciones coitales con personas desconocidas, pero ausentes de medidas de precaución. Sin embargo, en las mujeres se reafirma el rol pasivo en la actividad sexual que denota la falta de habilidad para gestionar el uso del preservativo, y la influencia del machismo a través de una actitud negativa (personal y social) hacia los métodos de barrera. Conductas de alto riesgo que reflejan la influencia de roles y estereotipos de género, en un contexto sexual, donde mujeres y hombres consideran que tienen que comportarse según las expectativas propias de su rol de género; así, de ellos se espera que tengan más parejas y más relaciones sexuales, y de ellas lo contrario. Hombres y mujeres, que por unos u otros motivos, son vulnerables a las ITS y/o al END en la actividad sexual.

En sexto lugar, la variable orientación sexual no ofrece diferencias significativas en el debut sexual, aunque alcanza mayor representación en el colectivo homosexual. Por el contrario, existen diferencias significativas en relación al uso del preservativo en la primera relación coital con mayor proporción en el colectivo heterosexual. Sin embargo, en la vida sexual activa son los homosexuales quienes lo usan con mayor frecuencia. No existen diferencias significativas respecto al número de parejas sexuales pero el colectivo bisexual, seguido del homosexual representan los mayores

porcentajes para el cambio de pareja. Asimismo, el colectivo homosexual es más vulnerable al riesgo al practicar en mayor proporción las relaciones coitales fortuitas.

Existen diferencias significativas en el debut sexual respecto a la motivación anticonceptiva del uso del preservativo a favor de la orientación bisexual. En las relaciones sucesivas es el colectivo heterosexual el que más lo utiliza por la razón de evitar un END. Sin embargo, en el colectivo homosexual la motivación preventiva de evitar una ITS compite con las exigencias que les hacen a sus parejas en el debut y en la vida sexual activa. Igualmente, el no uso del preservativo en el debut sexual difiere significativamente a favor del colectivo bisexual en la motivación de no llevarlo a pesar de saber usarlo, lo que indica la baja percepción del riesgo en este colectivo con manifestaciones sexuales instantáneas y consumistas; asimismo, este colectivo es el que menos se protege en las relaciones sexuales aunque no alcanza significación.

En séptimo lugar, relativo a los hábitos sexuales según la adscripción al grupo cultural de pertenencia y/o religioso de los/as participantes, existen diferencias significativas para el debut sexual, más representado en las personas no creyentes, seguidas de las católicas, judías y musulmanas. Sin embargo, no se observan diferencias significativas para el uso del condón en la primera relación, con mayor representatividad en las personas de la confesión católica y con menos representatividad en las personas no creyentes al demostrar una actitud más desfavorable hacia el uso del preservativo. Tampoco es significativo el número de parejas sexuales, pero las personas de la confesión judía son las que más cambian de pareja sexual y las que más relaciones desprotegidas establecen con parejas ocasionales. La práctica del sexo oral de los no iniciados/as, aunque no es significativa, también es más practicada por las personas de la confesión judía, seguidas de las católicas, de las no creyentes y de las musulmanas.

La motivación anticonceptiva de evitar un embarazo ofrece diferencias significativas en el debut sexual a favor de las personas judías, seguidas de las católicas, de las no creyentes y de las musulmanas. En la motivación del uso del condón para

evitar una ITS, no hay diferencias significativas pero son las personas judías las que más se lo exigen a sus parejas, seguidas de las católicas, musulmanas y las no creyentes. Respecto al no uso del preservativo, se encuentran diferencias significativas con mayor porcentajes en las personas judías por la motivación de que no quieren usarlo y porque les resta sensibilidad y placer a la relación. En las relaciones sexuales sucesivas se dan las mismas motivaciones pero invertidas.

7.1 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio señalar que aunque la muestra ha sido relativamente amplia, sería conveniente para futuros trabajos no optar por el muestreo no probabilístico y declinarse por un muestreo aleatorio que permita una mayor generalización de los resultados. Asimismo, a la vista de los resultados, no se considerarán concluyentes los obtenidos en el grupo cultural judío, pues, aun siendo una representación equiparable a la población general de la comunidad judía en la Ciudad Autónoma de Melilla, no parece que debiera tomarse como una pauta comportamental de regularidad en esta comunidad debido a que es una muestra muy pequeña (41 personas). A pesar de todo, se ha creído conveniente analizarlo como un grupo más, entre otras razones, porque la muestra es accidental y los/as encuestados cumplen con los criterios de inclusión en el estudio.

Además, el carácter transversal del estudio nos impide establecer una relación causal clara, por lo que en futuras investigaciones sería conveniente realizar un estudio longitudinal que permita observar los cambios en las conductas sexuales a lo largo del tiempo. Otra limitación es que no se ha tenido en cuenta la variable formación académica, y desconocemos, por tanto, si los conocimientos obtenidos frente a la infección por el VIH y las actitudes hacia la sexualidad se asocian con un mayor o menor nivel de instrucción de los/as participantes. Asimismo, no se ha indagado el género en relación con las creencias religiosas, y no sabemos si esta variable hubiera aportado otras diferencias reveladas en la literatura científica consultada.

7.2 Líneas futuras de investigación

Sería conveniente en futuras investigaciones ampliar la muestra de aquellos grupos culturales en los que la participación ha sido menos representativa. Igualmente, considerar, a la luz de los resultados, la necesidad de establecer un programa de intervención de Enfermería como herramienta para la elección de una sexualidad libre, responsable, basada en valores, desde la autonomía personal y desde la igualdad como principio elemental. Programa de EpS en el que la perspectiva de la afectividad trascienda más allá del coito y de los métodos anticonceptivos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

.....

VII.

Referencias bibliográficas

- Abel, T. (1991). Measuring health lifestyles in a comparative analysis: Theoretical issues and empirical findings. *Social Science and Medicine*, 32, 899-908.
- Abernathy, T.J., Robinson, I.E., Balswick, J.O. y King, K. (1979). A comparison of the sexual attitudes and behavior of rural, suburban and urban adolescents. *Adolescence*, 14, 289-295.
- Afani, A., Jiusán, L., Raby, P., Sitia, G., Puente, J., Sepúlveda, C.,... Lanza, P. (2006). Restauración de la inmunidad innata en pacientes con infección por VIH/SIDA después de inicio de terapia antirretroviral. *Revista Médica Chile*, 134, 689-696.
- Agustí, C., Fernández, L., Mascort, J., Carrillo, R. y Casabona, J. (2013). Barreras para el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual y virus de la inmunodeficiencia humana en Atención Primaria en España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 31, 451-454.
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens, Revista Universitaria de Investigación*, 9, 93-107.
- Aldaz, P., Castilla, J., Moreno-Iribas, C., Irisarri, C., Floristán, Y., Sola-Boneta, J.,... Dorronsoro, I. (2007). Cambios en la mortalidad y en las causas de defunción en las personas con diagnóstico de infección por el VIH, 1985-2004. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 25, 5-10.

- Alemán, S., Cortés, I. y Pérez-Cuevas, R. (2013). Conocimientos y comportamientos sobre planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de enfermería. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 70, 19-25.
- Allen, R.H., Goldberg, A.B. y Grimes, D.A. (2009). Expanding Access to intrauterine contraception. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 201, 456-458.
- Almonte, C. (2006). Trastornos del desarrollo psicosexual. En C. Almonte, M.E. Montt y A. Correa (Eds.), *Psicopatología infantil y de la adolescencia* (pp. 306-322). Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Alonso, M.C., Piñana, A., Cánovas, A., Luquín, R., Muñoz, A.M. y Piñana, J.A. (2011). Embarazo no deseado en adolescente en un área de salud. *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 37, 227-232.
- Alpizar, L. y Bernal, M. (2003). La construcción social de las juventudes. *Última década*, 19, 105-123.
- Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20, 97-102.
- Amado, M.A., Vega, B.R., Jiménez, M.C. y Piña, J.A. (2007). Factores que influyen en el uso de preservativo en mujeres en edad reproductiva de Tunja, Colombia. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 143-151.

- American Academy of Pediatrics. (2001). Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics*, 108, 498-502.
- Anwar, M., Sulaiman, S.A.S., Ahmadi, K. y Khan, T.M. (2010). Awareness of school students on sexually transmitted infections (STIs) and their sexual behaviour: A cross-sectional study conducted in Palau Pinang, Malaysia. *BMC Public Health*, 10, 1-6.
- Aparcero, L.A., Guerrero, A., Maldonado, J., Sánchez, Y., Paz, F. y Morillo, S. (2011). Debut sexual y conocimientos sobre el uso de anticonceptivos en una población adolescente. Programa Forma Joven. *Asociación Española de Enfermería Urológica*, 120, 5-9.
- Apoola, A., Radcliffe, K.W., Das, S., Robshaw, V., Gilleran, G., Kumari, B.S.,... Rajakumar, R. (2006). Patient preferences for partner notification. *Sexually Transmitted Infections*, 82, 327-9.
- Arévalo, L.A. y Ávila, S.P. (2012). Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: revisión literaria. *Revista Facultad de Medicina*, 20, 52-61.
- Armendáriz, L.M. (1994). *La Crisis religiosa, ¿ocaso o aurora?* Madrid: Editorial PPC.
- Arnett, J.J. (1999). Adolescent Storm and Stress, Reconsidered. *American Psychologist*, 54, 317-326.
- Arribas, L. y Del Cura, I. (2010). Anticoncepción. *Actualización en Medicina de Familia*, 6, 567-574.
- Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE. (2010). Interrupción de la edad gestacional: Aportaciones al Modelo de Concertación Andaluz con los centros autorizados. *Boletín de Salud Sexual y Reproductiva*, 1, 22-32.

- Asociación de Clínicas Acreditadas para la IVE. (2011). *El ligero aumento de la tasa de aborto (1'3%) con respecto al año 2009*. Recuperado el 6 de enero de 2012, de <http://www.acaive.com/pdf/Nota%20de%20prensa%20Informe%20Ministerio%20de%20Sanidad-IVE-2010%2013-12-11.pdf>
- Asociación Médica Mundial. (2013). *Declaración del Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Recuperado el 1 de junio de 2014, de [http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/es/30publications/10policias/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Aymerich, M., Planes, M., Gras, M.E. y Vila, I. (2011). La contracepción de emergencia en chicas estudiantes de bachillerato: Uso y uso reiterado en función del número de parejas sexuales. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 97, 25-30.
- Bachanas, P.J., Morris, M.K., Lewis-Gess, J.K., Sarett-Cuasay, E., Sirl, K., Ries, J.K. y Sawyer, MK (2002). Sawyer, M.K. (2002). Predictors of risky sexual behaviour in African-American adolescent Los predictores de la conducta sexual de riesgo en adolescentes afro-americanos niñas: implicaciones para las intervenciones de prevención. *Journal of Pediatric Psychology*, 27, 519-530.
- Balanza Martínez, P. (2003). La adolescencia: una visión desde la Salud Mental. *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 29, 173-174.
- Ballester, R., Gil-Llario, M.D., Ruíz-Palomino, E. y Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82.
- Bandura, A. (1990). Perceived Self- Efficacy in the Exercise of Control over AIDS Infection. *Medien Psychologie*, 1, 23-43.

- Barrón, A., Martínez-Lñigo, D., De Paul, P. y Yela, C. (1999). Romantic beliefs and myths in Spain. *The Spanish Journal of Psychology*, 2, 64-73.
- Barros, L., Lahlou, M., Escoffier, C., Pumares, P. y Ruspini, P. (2002). *La inmigración irregular subsahariana a través y hacia Marruecos*. Programa de Migraciones Internacionales. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo.
- Bauer, G.R. y Welles, S.L. (2001). Beyond assumptions of negligible risk: sexually transmitted diseases and women who have sex with women. *American Journal of Public Health*, 91, 1282-1286.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bayés, R., Pastells, S. y Tuldrà, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 24-31.
- Bearman, P. S. y Bruckner, H. (2001). Promising the future: Virginity pledges and first intercourse. *The American Journal of Sociology*, 106, 859-912.
- Becoña, E., Juan, M., Calafat, A. y Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en jóvenes que se divierten en contextos recreativos nocturnos en función del género y la embriaguez. *Adicciones*, 20, 357-364.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Osorio, J., Fraga, J., Arrojo, M.,... Domínguez, M.N. (2011). Borracheras, conducción de vehículos y relaciones sexuales en jóvenes consumidores de cocaína y éxtasis. *Adicciones*, 23, 205-218.
- Becoña, E., Vázquez, F. y Oblitas, L. (2004). Promoción de los estilos de vida saludables. *Investigación en Detalle*, 5. Recuperado el 20 de marzo de 2014, de <http://www.alapsa.org/detalle/05/index.htm>

- Bellis, M., Hughes, K., Dillon, P., Copeland, J. y Gates, P. (2007). Effects of backpacking holidays in Australia on alcohol, tobacco and drug use of UK residents. *BMC Public Health*, 7, 1-20.
- Berg-Kelly, K. (2011). Ser joven, divertirse y crecer, pero con una enfermedad crónica. En S. García-Tornel (Coord.), *El adolescente y su entorno en el siglo XXI. Instantánea de una década* (pp.63-82). Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déus.
- Bermúdez, M.P. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 89-106.
- Bermúdez, M.P., Buela-Casal G. y Uribe A.F. (2005). Adaptación al español de la escala VIH/SIDA-65. Documento sin publicar.
- Bermúdez, M.P., Castro, A. y Buela-Casal, G. (2009a). Sida en España e inmigración: análisis epidemiológico. *Universitas Psychologica*, 8, 37-48.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Gude, F. y Buela-Casal, G. (2010b). Relationship Power in the Couple and Sexual Double Standard as Predictors of the Risk of Sexually Transmitted Infections and HIV: Multicultural and Gender Differences. *Current HIV Research*, 8, 172-178.
- Bermúdez, M.P., Castro, A., Madrid, J. y Buela-Casal, G. (2010a). Análisis de la conducta sexual de adolescentes autóctonos e inmigrantes latinoamericanos en España. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 89-103.
- Bermúdez, M.P., de los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2006). Escala VIH/SIDA-66. Adaptada y reducida de Panigua, F.A., O' Boyle, M., Wagner, K.D., Ramírez, S.Z., Colmes, W.D., Nieto, J.F., y Smith, E.M. (1994). AIDS-related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9, 311-339.

- Bermúdez, M.P., Ramiro-Sánchez, T. y Ramiro, M.T. (2014). Capacidad predictiva de la erotofilia y variables sociodemográficas sobre el debut sexual. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 5, 55-70.
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buela-Casal, G. (2003). Adaptación castellana del cuestionario VIH/SIDA-164. *Revista Mexicana de Psicología*, 20, 95-112.
- Bermúdez, M.P., Teva-Álvarez, I. y Buela-Casal, G. (2009b). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés social y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21, 220-226.
- Bimbela, J.L., Jiménez, J.M., Alfaro, N., Gutiérrez, P. y March, J.C. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 16, 298-307.
- Blanco, A., Latorre, F., Osma, S., Monturiol, X.J., Medina, M.A., Quintero, L.M. y Alfonso, E.P. (2010). Prevalencia de partos en la adolescencia y factores asociados en el hospital Universitario de Santander, Bucaramanga (Colombia) 2006. Estudio de corte Transversal. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61, 113-120.
- Blanco, M.E., Jordán, M., Pachón, L., Sánchez, T.B. y Medina, R.E. (2011). Educación para la salud integral del adolescente a través de promotores pares. *Revista Médica Electrónica*, 33 (3). Recuperado el 6 de julio de 2011, de <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema12.htm>
- Blázquez-Morales, M.A., Sobeida, L., Torres-Fermán, I.A., Pavón-León, P., Gogeoascoechea-Trejo, M.C. y Blázquez-Domínguez, C.R. (2011). Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Salud en Tabasco*, 16, 883-890.

- Bodega Fernández, M.I., Cebrián de Miguel, J.A. y Martín Lou, M.A. (2006). El crecimiento de la población extranjera en Madrid. Un episodio característico de la inmigración internacional en la España del cambio de siglo. *Estudios Geográficos*, LXVII, 261, 385-416.
- Bolívar Botía, A. y López Calvo, L. (2009). Las grandes cifras del fracaso y los riesgos de exclusión educativa. *Profesorado*, 13, 51-78.
- Brener, N.D., Billy, J.O.G. y Grady, W.R. (2003). Assessment of factors affecting the validity of selfreported health risk behavior among adolescents: Evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436-457.
- Bretón-López, J. y Buela-Casal, G. (2005). Evaluación del efecto de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA en adolescentes. *Psicothema*, 17, 590-596.
- Briceño-León, R. (2000). Bienestar, salud pública y cambio social. En R. Briceño-León, M. De Souza y C. Coimbra (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales* (pp. 15-24). Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Brook, D.W., Brook, J.S., Pahl, T. y Montoya, I. (2002). The longitudinal relationship between drug use and risky sexual behaviors among colombian adolescents. *Archives of Pediatric Adolescence Medicine*, 156, 1101-1107.
- Brooks-Gunn, J., Boyer, CH.B. y Hein, K. (1988). Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents: Behavioral research and intervention strategies. *American Psychologist*, 43, 958-964.
- Caballero-Hoyos, J.R. y Villaseñor-Sierra, A. (2003). Conocimientos sobre el VIH/sida en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45, 108-114.

- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A. y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema*, 21, 227-233.
- Calatayud, M.P. y Serra, E. (2009). *Las relaciones de amor en los adolescentes de hoy*. Barcelona: Octaedro.
- Calatrava, M., López-del Burgo, C. y De Irala, J. (2012). Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. *Medicina Clínica*, 138, 534-540.
- Calvo, K. (2003). Disidencia sexual y diferencia. El movimiento de lesbianas y gays en España en perspectiva comparada. En R. Osborne y O. Guasch (Comps.), *Sociología de la sexualidad* (pp. 299-322). Madrid: Siglo XXI. Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L.A. y Ceballos-Ospino, G.A. (2009). Concordancia entre dos formas de investigar la orientación sexual en adolescentes de Santa Marta, Colombia. *Universitas Psychologica*, 8, 423-428.
- Carballo, S. (2006). Educación de la expresión de la sexualidad y la inteligencia emocional en niñas, niños y adolescentes con derechos. *Actualidades Investigativas en Educación*, 6, 1-14.
- Caricote, E. (2006). La participación del adolescente en etapa media sobre la promoción de su salud sexual. *Revista Ciencias de la Educación*, 1, 47-62.
- Caricote, E. (2009). La salud sexual en la adolescencia tardía. *Investigación Arbitraria*, 45, 415-425.
- Caricote, E., Figueroa de Sánchez, E. y Granada, M. (2009). La salud y los estilos de vida. *Revista Educación en Valores. Universidad de Carabobo*, 2, 86-103.

- Caro-Murillo, A.M., Catalán, J.C. y Valero, J.A. (2010). Epidemiología de la infección por VIH en inmigrantes en España: fuentes de información, características, magnitud y tendencias. *Gaceta Sanitaria*, 24, 81-88.
- Carpintero E. y Fuertes A. (1994). Validación de la versión castellana del "Sexual Opinion Survey" (SOS). *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 31, 52-61.
- Casas, J.J., y González, C. (2005). Desarrollo del adolescente. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Revista Integral*, IX, 20-24.
- Casco, F.J. y Oliva, A. (2004). Ideas sobre la adolescencia entre padres, profesores, adolescentes y personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22, 171-185.
- Casquero, A. y Navarro, M.L. (2010). Determinantes del abandono escolar temprano en España: un análisis por género. *Revista de Educación*, número extraordinario, 191-223.
- Castañeda, M. (2000). *La experiencia homosexual: Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera*. México, D.F., México: Paidós.
- Castro, A., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Variables relacionadas con la Infección por VIH en adolescentes inmigrantes latinoamericanos: una revisión. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 227-240.
- Castro, A., Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. y Madrid, J. (2011). Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 83-94.
- Casullo, M.M. (2005). El capital psíquico. Aportes de la Psicología Positiva. *Psicodebate*, 6, 59-71.
- Catalá-López, F., Génova-Maleras, R., Álvarez-Martín, E., Fernández de Larrea-Baz, N. y Morant-Ginestarg, M. (2013). Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 6, 80-85.

- Celedón, R. y Garri, M. (2014). Familias adolescentes: Entre no ser, no tener y no acceder. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 13, 67-78.
- Centers for Disease Control. (2000). *Preventing the sexual transmission of HIV, the virus that causes AIDS: What you should know about oral sex. HIV/AIDS Update*. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.cdcnpin.org/updates/oralsex.pdf>
- Cerezo de Diego, P. (2011). Migraciones, desarrollo, remesas y crisis económica internacional. *Anuario Jurídico y Económico Escurialense*, XLIV, 187-208.
- Choi, A. y Calero, J. (2011). *Ideas para superar el fracaso escolar en España: análisis y propuesta de futuro*. Madrid: Fundación Ideas.
- Civic, D. (1999). The Association between Characteristics of Dating Relationships and Condom Use among Heterosexual Young Adults. *AIDS Education and Prevention*, 11, 343-52.
- Clemente, C., Puente, I., López, M.J., Laso, S., Aranda, D. y Puiggali, M. (2011). Efecto de la educación sanitaria en la demanda de anticoncepción de urgencias. *Emergencias*, 23, 99-103.
- Coll Capdevilla, C. (2006). Anticoncepción hormonal. En L. Cabero, L. Abad, L. Bajo, L. Calaf, V. Cararach y J. Carrera (Eds.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción* (pp.1464-1482). Madrid: Editorial Panamericana.
- Coll Capdevilla, C. (2009). Anticoncepción en los jóvenes españoles. *Boletín informativo sobre la salud de la mujer*, 24.
- Comisión Interamericana de Derechos Humanos "CIDH" en cumplimiento de la resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11). (2012). *Orientación sexual, identidad de género y expresión de género: algunos términos y estándares relevantes*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos.

- Comisión Internacional de Juristas. (2007). *Principios de Yogyakarta. Principios relativos a la aplicación del derecho internacional de los derechos humanos en relación con la orientación sexual e identidad de género*. Recuperado el 7 de mayo de 2014, de www.refworld.org/docid/48244e602
- Consejería de Fomento. (2008). *Plan General. Dirección General de la Vivienda y Urbanismo. Memoria de Información*. Melilla: Ciudad Autónoma de Melilla.
- Consejería de Salud y Bienestar Social. (2012). *Programas de promoción de la salud en los centros educativos de Andalucía. Valoración de profesionales de Atención Primaria. Curso 2010-2011*. Recuperado el 15 de mayo de 2014, de http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_cifras_datos/201261142144686.pdf
- Consejo de la Juventud de España. (2012). *Observatorio Joven de la Vivienda en España. Ceuta y Melilla (1/8). Segundo trimestre de 2011*. Recuperado el 2 de abril de 2013, de [http://www.cje.org/C2/C10/OBJOVI%2035%20\(Segundo%20trimestre%20d/Document%20Library/11.%20Ceuta_MelillaPROV.pdf](http://www.cje.org/C2/C10/OBJOVI%2035%20(Segundo%20trimestre%20d/Document%20Library/11.%20Ceuta_MelillaPROV.pdf)
- Consejo Superior de Investigaciones Científicas. (2011). *Una investigación del CSIC aporta datos por comunidades autónomas sobre maternidad adolescente*. Nota de prensa. Recuperado el 2 de febrero de 2012, de http://www.iegd.csic.es/sites/default/files/prensa/pdf/np_maternidad_adolescente191011.pdf
- Cortes Generales. (1978). *Constitución Española. Título I. De los derechos y deberes fundamentales. Capítulo I, de los españoles y los extranjeros, artículo 12*. (BOE nº 311 de 29 de diciembre de 1978).
- Cutié, J.R., Laffita, A. y Toledo, M. (2005). Primera relación sexual en adolescentes cubanos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 70, 83-86.

- Dake, J.A., Price, J.H., McKinney, M. y Ward, B. (2011). Midwestern rural adolescents' anal intercourse experience. *The Journal of Rural Health*, 27, 196-204.
- Dancy, B.L., Crittenden, K.S. y Ning, H.Y. (2010). African-American adolescents girls initiation of sexual activity. *Women's Health Issues*, 20, 146-155.
- Davidson, J.K., Moore, N.B., Earle, J.R. y Davis, R. (2008). Sexual attitudes and behavior at four universities: do region, race, and/or religion matter? *Adolescence*, 43, 189-220.
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. Última década, 21, 83-114.
- Dávila Tapia, M. y Piña López, J.A. (2008). Caracterización, predictores de comportamientos sexuales de riesgo y uso de preservativo en mujeres universitarias. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 13, 279-299.
- Davó, M.C., Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., y La Parra, D. (2008). Las investigaciones sobre promoción y educación para la salud en las etapas de infantil y primaria de la escuela española: Una revisión de los estudios publicados entre 1995 y 2005. *Gaceta Sanitaria*, 22, 58-64.
- De Irala, J., Osorio, A., Carlos, S., Ruiz-Canela, M. y López-del Burgo, C. (2011). Mean Age of First Sex: Do They Know What We Mean? *Archives of Sexual Behavior*, 40, 853-855.
- De la Cruz Martín-Romo, C. (2003). *Educación de las sexualidades: los puntos de partida de la educación sexual*. Madrid: Cruz Roja Juventud.
- De la Cruz Martín-Romo, C., Fernández Cuesta, M.A. y Bataller i Perelló, V. (2007). *Educar y Atender la Sexualidad desde Pediatría*. Madrid: UNAF.

- De Sanjose, S., Cortés, X., Méndez, C., Puig-Tintore, L., Torné, A., Roura, E.,... Castellsagué, X. (2008). Age at sexual initiation and number of sexual partners in the female Spanish population Results from the AFRODITA survey. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 2, 234-240.
- Del Pino, R. y Martínez, J.R. (2007). Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. *Revista de Administración Sanitaria*, 5, 311-337.
- Del Río Olvera, F.J., Cabello, F., Cabello, M.A. y López, D.J. (2012). SOSPECHA (Sexual Opinion Survey en Población Española Con Historial De Adicciones). *Revista Internacional de Andrología: salud sexual y reproductiva*, 10, 125-131.
- Del Río Olvera, F.J., López, D. J. y Cabello, F. (2013). Adaptación del cuestionario Sexual Opinion Survey: Encuesta Revisada de Opinión Sexual. *Revista Internacional de Andrología*, 11, 9-16.
- Delgado, M. y Barrios, L. (2007). *Determinantes sociales de la interrupción del embarazo en España*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., Bronislaw, G.,... Zhou, M. (1997). *La Educación Encierra un Tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional de Educación para el Siglo XXI. París: UNESCO.
- Diamond, M. (1993). Homosexuality and bisexuality in different populations. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 291-310.
- Díaz de Greñu, S. (2012). *Igualdad entre hombres y mujeres en la formación del profesorado*. Berlín: Editorial Académica Española.
- Díaz, A. y Díez, M. (2012). Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2010. *Boletín epidemiológico semanal*, 20, 63-69.

- Díaz-Loving, R. (2001). Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 35, 25-39.
- Díaz-Loving, R. y Torres, K. (2009). *Juventud y SIDA: Una visión psicosocial*. México: Porrúa.
- Diclemente, R.J., Crosby, R.A. y Wingood, G.M. (2002). La prevención del VIH en adolescentes: Deficiencias detectadas y enfoques nuevos. *Perspectivas*, 32, 25-39.
- Diéguez, J.L., Diz, M.C., Sueiro, E. y Chas, M.D. (2003). Actitudes hacia la sexualidad de adolescentes que residen en el medio rural gallego (2ª Parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 66, 56-67.
- Diéguez, J.L., López, A. Sueiro, E. y López, F. (2005). Propiedades psicométricas de la escala de actitudes hacia la sexualidad (ATSS) ampliada. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 74, 46-56.
- Díez, M. y Díaz, A. (2011). Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 13, 58-66.
- Dunkle, K.L. y Decker, M.R. (2013). Gender-based violence and HIV: Reviewing the evidence for links and causal pathways in the general population and high-risk groups. *American Journal of Reproductive*, 69, 20-26.
- Durán Ruiz, F.J. (2011). Los derechos de los menores no acompañados y solicitantes de asilo en la Unión Europea. *TRACE*, 60, 9-17.
- Elias, Y., Guridi, M.Z., Dorta, Z., Noda, L. y Reyes, Z. (2006). Comportamiento de la sexualidad en un grupo de adolescentes del Área de Salud de Mulgoba. *Revista Electrónica Psicología-Científica.com*. Recuperado el 3 de mayo de 2011, de <http://es.scribd.com/doc/169405886/Psicologiapdf-157-Comportamiento-de-La-Sexualidad-en-Un-Grupo-de-Adolescentes-Del-Area-de-Salud-De>

- Elliot, D.S. (1993). Health-enhancing and health-compromising lifestyles. In S.G. Millstein, A.C. Petersen and E.O. Nightingale (Eds.), *Promoting the health of adolescents. New directions for the twenty-first century* (pp.119-145). Oxford: Oxford University Press.
- Elliott, L., Morrison, A., Ditton, J., Farrall, S., Short, E., Cowan, L. y Gruer, L. (1998). Alcohol, Drug Use and Sexual Behaviour of Young Adults on a Mediterranean Dance Holiday. *Addiction Research*, 6, 319-340.
- Engels, R., Finkenauer, C., Meeus, W. y Dekovic, M. (2001). Parental attachment and adolescents' emotional adjustment: The associations with social skills and relational competence. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 428-439.
- Equipo Daphne. (2011). *VII Encuesta de anticoncepción en España*. Bayer Schering Pharma. Recuperado el 11 de noviembre de 2013, de <http://www.acaive.com/pdf/Encuesta-anticoncepcion-Equipo-Daphne-26-10-11-2.pdf>.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2012) *¿Qué quieren saber adolescentes y jóvenes sobre sexualidad en Andalucía?* Recuperado el 4 de abril de 2014 de, http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_cifras_datos/2012326114930355.pdf
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2004). *Guía Forma joven: una estrategia de salud para adolescentes y jóvenes de Andalucía*. Recuperado el 2 de abril de 2014, de http://www.formajoven.org/documentos/guia_forma_joven.pdf
- Espada, J.P., Huedo-Medina, T, Orgilés, M., Secades, R., Ballester, R. y Remor, E. (2009). Psychometric properties of the HIV/AIDS Knowledge Scale for Spanish adolescents (HIV-KS). *Health Addictions*, 9, 149-164.
- Espada, J.P., Morales, A. y Orgilés, M. (2013). Relación entre la edad de debut sexual y el sexo bajo los efectos de las drogas en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencia*, 38, 25-35.

- Espada, J.P., Morales, A. y Orgilés, M. (2014). Riesgo sexual en adolescentes según la edad de debut sexual. *Acta Colombiana de Psicología*, 17, 53-60.
- Espada, J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 85, 29-36.
- España, A., Guerrero, R., Farré, J.M., Canella-Soler, J. y Abós, R. (2001). La homofobia en el medio universitario. Un estudio empírico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 59, 41-55.
- Esteban, F.O. (2011). Inmigración extranjera y crisis económica en España. *Revista Crítica de Ciencias Sociales*, 1, 57-69.
- Faílde, J.M., Lameiras-Fernández, M. y Bimbela, J.L. (2008). Prácticas sexuales de chicos y chicas españoles de 14-24 años de edad. *Gaceta Sanitaria* 22, 511-519.
- Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Consorcio Internacional sobre Anticoncepción de Emergencia. (2011). *Anticoncepción de emergencia. Posicionamiento*. Recuperado el 2 de mayo de 2013, de [http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/ICEC%20FIGO%20\(MOA_FINAL_2011%20SPA\).pdf](http://www.icmer.org/documentos/anticoncepcion_de_emergencia/ICEC%20FIGO%20(MOA_FINAL_2011%20SPA).pdf)
- Feldman, M.J., Bird, H.R., Hoven, C., Moore, R.E. y Bin, F. (2000). Sexual attitudes and associated psychiatric features among youth in a community sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1047-1054.
- Fenton K.A. y Lowndes, C.M. (2004). Recent trends in the epidemiology of sexually transmitted infections in the European Union. *Sexually Transmitted Infections*, 80, 255-363.
- Fenton, K.A. y Hughes, G. (2003). Sexual behaviour in Britain: why sexually transmitted infections are common. *Clinical Medicine*, 3, 199-202.

- Fernández Candela, F., Rebolledo, D.M., y Velandia, A.L. (2006). Salud escolar, ¿por qué el profesional de Enfermería en las escuelas españolas? *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 21-28.
- Fernández Castillo, R. y Fernández Gallegos R. (2008). Educación para la salud, aprendizaje y cambio. *Metas de Enfermería*, 11, 58-61.
- Fernández del Valle, J. (1996). Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida. En G. Buena-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1071-1089). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández Rodríguez, M.C. (2013). En torno al rechazo, la salud mental y la resiliencia en un grupo de jóvenes universitarios gays, lesbianas y bisexuales. *Revista Griot*, 6, 44-65.
- Fernández, A.M., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Dufey, M., Corrêa, M.A. y Benedetti, J.H. (2013). Sexualidad juvenil: prácticas, actitudes y diferencias según sexo y variables de personalidad en universitarios chilenos. *Revista Médica de Chile*, 141, 160-166.
- Fernández-Dávila, P. (2007). "Amigos con derecho a roce": una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta sanitaria*, 21, 471-478.
- Fernández-Dávila, P. y Zaragoza Lorca, K. (2011). Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres: ¿un colectivo en alto riesgo para la infección por el VIH? *Gaceta Sanitaria*, 25, 372-378.
- Fernández-Dávila, P., Lupiáñez-Villanueva, F. y Zaragoza Lorca, K. (2012). Actitudes hacia los programas de prevención *on-line* del VIH y las ITS, y perfil de los usuarios de Internet en los hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 26, 123-130.

- Ferrer Gallardo, X. (2008). Acrobacias fronterizas en Ceuta y Melilla. Explorando la gestión de los perímetros terrestres de la Unión Europea en el continente africano. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 51, 129-149.
- Ferrer, V.A., Bosch, E. y Navarro, C. (2010a). Los mitos románticos en España. *Boletín de Psicología*, 99, 7-31.
- Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C. y Ferreiro, V. (2010b). El mito romántico de los celos y su aceptación en la sociedad española actual. *Apuntes de Psicología*, 28, 391-402.
- Ferrer, V.A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M.C. y García, M.E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20, 589-595.
- Fierros, L.E., Rivera, B.M. y Piña, J.A. (2011). Sexual behavior with casual partners among university women. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2, 165-183.
- Fisher, W.A., Byrne, D., White, L.A. y Kelley, K. (1988). Erotophobia-Erotophilia as a Dimension of personality. *Journal of Sex Research*, 25, 123-151.
- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y prevención*. Bogotá: Manual Moderno.
- Folch, C., Casabona J., Muñoz R., González, V. y Zaragoza, K. (2010). Incremento en la prevalencia del VIH y en las conductas de riesgo asociadas en hombres que tienen sexo con hombres: 12 años de encuestas de vigilancia conductual en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*, 24, 40-46.
- Folch, C., Fernández-Dávila, P., Ferrer, L., Soriano, R., Díez, M. y Casabona, J. (2013). Conductas sexuales de alto riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres según tipo de pareja sexual. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Recuperado el 28 de abril de 2014 de, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.09.017>

- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2007). *Pobreza infantil en perspectiva. Un panorama del bienestar infantil en los países ricos*. Florencia: Centro de Investigaciones Innocenti.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2010). *BLAME AND BANISHMENT. The underground HIV epidemic affecting children in Eastern Europe and Central Asia*. Recuperado el 20 de mayo de 2011, de http://www2.unicef.org/childsurvival/files/UNICEFBlame_and_Banishment.pdf
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). (2003). *El estado de la población mundial 2003: promoción de comportamientos más saludables*. Nueva York: UNFPA. Recuperado el 24 de octubre de 2011, de <http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch4/index.htm>.
- Forhan, S.E., Gottlieb, S.L., Sternberg, M.R., Xu, F., Datta, S.D., McQuillan, G.M.,... Markowitz, L.E. (2009). Prevalence of sexually transmitted infections among female adolescents aged 14 to 19 in the United States. *Pediatrics*, 124, 1505-1512.
- Frade, L. (2011). *Diseño de situaciones didácticas*. México: Inteligencia Educativa.
- Frías Osuna A. (2000). *Salud Pública y Educación para la Salud*. Barcelona: Masson.
- Frómeta, O. y Ponce, T.M. (2013). Salud sexual y desarrollo de la sexualidad de mujeres lesbianas, en edad adulta. *Revista Sexología y Sociedad*, 19, 102-115.
- Fuentes, M.D., López, A. y Alonso, M.M. (2008). Demanda de anticoncepción de emergencia en el punto de atención continuada de Verín. *Cuadernos de Atención Primaria*, 15, 189-192.
- Gamarra-Tenorio, P. y Iannacone, J. (2010). Factores asociados que influyen en el inicio de actividad sexual en adolescentes escolares de Villa San Francisco-Santa Anita, Lima-Perú, 2009. *The Biologist (Lima)*, 8, 54-72.

- Garaigordobil, M., Cruz, M.S. y Pérez, J.I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24, 113-134.
- García Ayala, J.A. (2011). *Melilla y sus primeros 25 años en la Unión Europea (1986-2011)*. Melilla: GEEPP Ediciones.
- García de Olalla, P. (2007). Comentario. "Amigos con derecho a roce". *Gaceta Sanitaria*, 21, 479.
- García, A. y Martín, P. (2011). La sexualidad en adolescentes y jóvenes. *Evidencias en Pediatría*, 7, 27.
- García-Carpintero, A., Gonçalves, R. y Dutra, A. (2014). Conductas sexuales en el cotidiano de adolescentes y jóvenes de la cultura hip hop. *Texto Contexto Enfermería Florianópolis*, 23, 126-133.
- García-García, M.A., Cañadas-De la Fuente, G.A., González-Jiménez, E., Fernández, R. y García-García, I. (2011). Educar en conductas sexuales saludables: una innovación docente en promoción de la salud. *Revista Médica de Chile*, 139, 1269-1275.
- García-Merita, M., Tomás, S., González, L., Castillo, I., Mars, L. y Balaguer, I. (2012). Estudio descriptivo longitudinal sobre el consumo de sustancias en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 37, 63-80.
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Rico, R. (2010). Influencia del sexo y del género en el comportamiento sexual de una población adolescente. *Psicothema*, 22, 606-612.
- García-Vega, E., Menéndez, E., Fernández, P. y Cuesta, M. (2012). Sexualidad, anticoncepción y conducta sexual de riesgo en adolescentes. *International Journal of Psychological Research*, 5, 79-87.

- Garmendia, M., Garitaonandia, C., Martínez, G. y Casado, M.A. (2011). *Riesgos y seguridad en internet: Los menores españoles en el contexto europeo*. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Garrido, L.J. y Requena, M. (1995). El acceso de los jóvenes a la vivienda y al trabajo. *Revista Asturiana de Economía*, 2, 27-54.
- Gavidia, V. (2001). La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 505-516.
- Gil Calvo, E. (1985). *Los depredadores audiovisuales. Juventud urbana y cultura de masas*. Madrid: Tecnos.
- Gil Calvo, E. (2001). *Nacidos para cambiar. Cómo construimos nuestras biografías*, Madrid: Taurus Pensamiento.
- Gillis, J.R. (1981). *Youth and History: Tradition and Change in European Age Relations, 1770-present*. London: Academic Press.
- Giraldo, A., Toro, M.Y., Macías, A.M., Valencia, C.A. y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15, 128-143.
- Godoy, P. (2011). La vigilancia y el control de las infecciones de transmisión sexual: todavía un problema pendiente. *Gaceta Sanitaria*, 25, 263-266.
- Gómez, C., Bretín, H. y Puente, R. (2011). *Anticoncepción en Andalucía. 1- Representaciones, discursos y prácticas profesionales*. Junta de Andalucía: Consejería de Salud.
- Gómez, E.A. y Fonseca, C. (2012). Los retos de las mujeres frente a la vulnerabilidad de la infección por VIH. *Revista Digital Universitaria*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013, de, <http://www.revista.unam.mx/vol.13/num4/art39/art39.pdf>.

- Gonçalves de Freitas, M. (2004). Los Adolescentes como agentes de cambio social: algunas reflexiones para los psicólogos sociales comunitarios. *Psyke, 13*, 131-142.
- González de Haro, M.D. (2008). La Educación para la salud: "asignatura pendiente para la escuela". *XXI Revista de Educación, 10*, 123-136.
- González Enríquez, C. (2009). Inmigración: Propuestas para un nuevo período. *Informes Elcano, 12*, 1-82. Recuperado el 21 de abril de 2013, de <http://www.realinstitutoelcano.org>
- González Fernández, V. y López-Guzmán, T. (2011). Política turística de un destino singular: Melilla (España). *Aldaba, 35*, 13-31.
- González Fernández, V., López-Guzmán, T., Herrera Torres, L. y Lorenzo Quiles, O. (2007). Melilla: ciudad fronteriza internacional e intercontinental. Análisis histórico, económico y educativo. *Frontera Norte, 19*, 7-33.
- González Varas, A. (2009). *Derecho y conciencia en las profesiones sanitarias*. Madrid: Dykinson.
- González Varas, A. (2010). Aspectos ético-jurídicos del aborto en España. *Revista General de Derecho Canónico y de Derecho Eclesiástico del Estado, 22*, 1-31.
- González, E., Martínez, V., Leyton, C. y Bardi, A. (2004). Orientación sexual: Un desafío actual para la atención de adolescentes. *Revista Sogía, 11*, 69-78.
- González, E., Montero, A., Martínez, V., Mena, P. y Varas, M. (2010). Percepciones y experiencias del inicio sexual desde una perspectiva de género, en adolescentes consultantes en un centro universitario de salud sexual y reproductiva. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, 75*, 84-90.

- González, R., Vassileva, J., Bechara, A., Grbesic, S., Sworowski, L., Novak, R.M. y Martin, E.M. (2005). The influence of executive functions, sensation seeking, and HIV serostatus on the risky sexual practices of substance-dependent individuals. *Journal of International Neuropsychological Society*, 11, 121-131.
- González-Jiménez, E. (2012). La enfermera en el ámbito escolar: importancia en la prevención y promoción de la salud. *Enfermería Comunitaria*, 8, 1. Recuperado el 18 de agosto de 2014, de <http://www.index-f.com/comunitaria/v8n1/ec7813.php>
- Graber, J.A. y Brooks-Gunn, J. (1996). Transitions and turning points: Navigating the passage from childhood through adolescence. *Developmental Psychology*, 32, 768-776.
- Green, E.C. (2003). *Faith-Based Organizations: Contributions to HIV Prevention*. Washington, DC: U.S. Agency for International Development, Synergy Project.
- Grimaldo, M.P. (2010). Calidad de vida y estilo de vida saludable en un grupo de estudiantes de posgrado de la ciudad de Lima. *Pensamiento Psicológico*, 8, 17-38.
- Grupo de Trabajo sobre ITS. (2014). *Diagnósticos de sífilis y gonococia en una red de centros de ITS: características clínico-epidemiológicas. Resultados julio 2005 a diciembre 2011*. Centro Nacional de Epidemiología/Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología-Plan Nacional sobre el Sida. Recuperado el 3 de septiembre de 2014, de https://www.mssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeITS2005_2011.pdf

- Güemes, D., Mondragón, A., Madrigal, H.G., Ponce, E.R., González, C. y Jiménez, I. (2011). Perfil sociodemográfico de pacientes que solicitan la prueba de VIH en un Centro de Salud de la Ciudad de México. *Atención Familiar, 18*, 15-19.
- Guerrero Masiá, M.D., Guerrero Masiá, M., García Jiménez, E. y Moreno López, A. (2008). Conocimiento de los adolescentes sobre salud sexual en tres institutos de educación secundaria valencianos. *Revista Pediátrica de Atención Primaria, 10*, 433-442.
- Guerrero, L.M. y León, A.R. (2010). Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. *Artículos arbitrados, 49*, 287-295.
- Gutiérrez, J.P., Bertozzi, S.M., Conde-González, C.J. y Sánchez-Alemán, M.A. (2006). Risk behaviors of 15-21 yearolds in Mexico lead to a high prevalence of sexually transmitted infections: results of a survey in disadvantaged urban areas. *BMC Public Health, 6*, 49-59.
- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M.P., Teva-Álvarez, I. y Buela-Casal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema, 19*, 661-666.
- Halpern-Felsher, B.L., Cornell, J.L., Kropp, R.Y. y Tschann, J.M. (2005). Oral versus vaginal sex among adolescents: perceptions, attitudes, and behavior. *Pediatrics, 115*, 845-851.
- Harvey, S.M. y Henderson, J.T. (2006). Correlates of condom use intentions and behaviors among a community based sample of Latino men in Los Angeles. *Journal of Urban Health, 83*, 558-574.
- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2001a). *Salud y juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España.

- Hernán, M., Ramos, M. y Fernández, A. (2001b). Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Revista Española de Salud Pública*, 75, 491-504.
- Hernández Peinado, M. y Montero González, B. (2011). Un análisis de la situación laboral de los jóvenes: Una perspectiva regional. *Revista de estudios regionales*, 92, 173-198.
- Hernández-Martínez, A., García-Serrano, I., Simón-Hernández, M., Coy-Auñon, R., García-Fernández, A.M., Liente-Peñarrubia, E.,... Mateos-Ramos, A. (2009). Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. *Enfermería Clínica*, 19, 121-128.
- Hernando, A., Oliva, A. y Pertegal, M.A. (2013). Diferencias de género en los estilos de vida de los adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 22, 15-23.
- Herrera, C. y Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Revista de Salud Pública*, 44, 554-564.
- Hidalgo, I., Garrido, G. y Hernández, M. (2000). Health status and risk behavior of adolescents in the north of Madrid, Spain. *Journal of Adolescent Health*, 27, 351-360.
- Holguín, Y.P., Mendoza, L.A., Esquivel, C.M., Sánchez, R., Daraviña, A.F. y Acuña, M. (2013). Factores asociados al inicio de la actividad sexual en adolescentes de Tuluá, Colombia. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 78, 209-219.
- Hoppe, M.J., Graham, L., Wildson, A., Wells, E.A, Nahom, D., y Morrison, D.M. (2004). Los adolescentes hablan del VIH/SIDA: discusiones en grupos de enfoque sobre el riesgo y la toma de decisiones. *Journal of Adolescent Health*, 35, 345-346.

- Horvath, M.A.H., Alys, L., Massey, K., Pina, A., Scally, M. y Adler, J.R. (2013). *"Basically... porn is everywhere" A Rapid Evidence Assessment on the Effect that Access and Exposure to Pornography has on Children and Young People*. London: Middlesex University.
- Ilkcaracan, P. y Jolly, S. (2007). *Género y sexualidad*. Informe General. Brighton: Bridge, Development Gender. Recuperado el 3 de marzo de 2014, de [www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality OR SP Final.pdf](http://www.bridge.ids.ac.uk/reports/Sexuality%20OR%20SP%20Final.pdf)
- Infante, O.E., Pérez, M. y Díaz, J.A. (2005). La psicología de la salud en la atención primaria. En E. Hernández y J. Grau (Comps.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 253-272). México: Universidad de Guadalajara.
- Instituto de la Juventud. (2008). *Sondeo de opinión y gente joven 1ª encuesta temática: jóvenes salud y sexualidad*. Recuperado el día 4 de junio de 2011, de <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos>
- Instituto Nacional de Estadística. (2002). *Movimiento natural de la población*. Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadística. Recuperado el 3 de enero de 2012, de http://www.ine.es/revistas/cifraine/cifine_mnp1202.pdf
- Instituto Nacional de Estadística. (2005). *Movimiento natural de la población. Datos provisionales 2004*. Notas de prensa. Recuperado el 3 de febrero de 2012, de <http://www.ine.es/prensa/np376.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2008). *Tasa de natalidad por CCAA*. Recuperado el 20 de noviembre de 2011, de <http://www.ine.es/prensa/np507.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística. (2009a). *Encuesta Nacional de Inmigrantes 2007*. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. Cifras INE. Recuperado el 5 de mayo de 2013, de <http://www.ine.es/revistas/cifraine/0109.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2009b). *Movimiento natural de la población. Datos provisionales. Año 2008*. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://www.ine.es/prensa/np552.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2011). *Avance del Padrón municipal a 1 de enero de 2011. Datos provisionales*. Notas de prensa. Recuperado el 7 de diciembre de 2011, de <http://www.ine.es/prensa/np648.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2012). *Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011*. Notas de prensa. Recuperado el 20 de febrero de 2012, de <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013a). *Casos acumulados de Sida (1) desde 1981 hasta 30 de Junio de 2012 por CCAA de residencia, categoría de transmisión (2) y sexo*. Recuperado el 3 mayo de 2014, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013b). *Movimiento Natural de la Población. Nacimientos (cifras anuales). Por lugar de residencia, estado civil y edad de la madre. Total nacional y comunidades autónomas*. Recuperado el 28 de febrero de 2014, de <http://www.ine.es/jaxiBD/tabla.do?per=12&type=db&divi=MNP&idtab=8>

- Instituto Nacional de Estadística. (2013c). *Estadísticas del Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Avance de resultados del primer semestre de 2013 y datos definitivos de 2012*. Nota de prensa. Recuperado el 19 de mayo de 2014, de <http://www.ine.es/prensa/np819.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2013d). *Principales series de población desde 1998. Comunidades autónomas. Población (españoles/extranjeros) por edad (grupos quinquenales), sexo y año*. Recuperado el 5 de febrero de 2014, de <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p08/10/&file=02002.px&type=pcaxis&L=0>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014a). *Avance de la Explotación estadística del Padrón a 1 de enero de 2014. Datos provisionales a 22 de abril de 2014*. Nota de prensa. Recuperado el 5 de julio de 2014, de <http://www.ine.es/prensa/np838.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014b). *Encuesta de Población Activa. Tasas de paro y actividad de la población de 16 y más años y de la población de 16 a 64 años por sexo y comunidad autónoma. Segundo trimestre de 2014*. Recuperado el 14 de agosto de 2014, de <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4248>
- Instituto Nacional de Estadística. (2014c). *Encuesta Continua de Hogares Año 2013. Datos Provisionales*. Nota de prensa. Recuperado el 6 de junio de 2014, de <http://www.ine.es/prensa/np837.pdf>
- Izazola-Licea, J.A., Gortmaker, S.L., De-Gruttola, V., Tolbert, K. y Mann, J. (2003). Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. *Salud Pública de México*, 45, 662-671.

- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jiménez, M.I. (2010). Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 107-129.
- Jiménez-Torres, M.G., Guerrero-Ramos, D. y López-Sánchez, M. (2013). Publicaciones sobre educación para la salud en las instituciones educativas españolas (1993-2013). *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4, 65-79.
- Jones, G. (1995). *Leaving Home*. Buckingham: Open University Press.
- Jones, R.K., Darroch, J.E. y Singh, S. (2005). Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the U.S. *Journal of Adolescent Health*, 36, 279-288.
- Jordahl, T. y Lohman, B.J. (2009). A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young adolescents. *Children and Youth Services Review*, 31, 1272-1282.
- Jorquera Rojas, G. (2012). *Impacto de la crisis. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España 2009-2010*. Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social. EAPN Madrid. Recuperado el 1 de abril de 2013, de http://www.plataformaong.org/upload/96/71/NP_IMPACTOS_DE_LA_CRISIS.pdf
- Juan, M.L. (2011). El amor romántico es una construcción cultural y social. *Agathos: Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 2, 58-61.

- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4, 70-79.
- Karibu, C.W. y Orpinas, P. (2009). Correlates of condom use among male high school students in Nairobi, Kenya. *Journal of School Health*, 79, 425-432.
- Kesseru, E., Larrañaga, A. y Parada, J. (1973). Postcoital Contraception with D-Norgestrel. *Contraception*, 7, 367-379.
- Knight, D. (2004). Health Care Screening for Men Who Have Sex with Men. *American Family Physician*, 69, 2149-2156.
- Koffi, A.K. y Kawahara, K. (2008). Sexual abstinence behavior among never-married youths in a generalized HIV epidemic country: evidence from the 2005 Cote d'Ivoire AIDS indicator survey. *BMC Public Health*, 8 (408). Recuperado el 25 de mayo de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2628901/>
- Laborda, A. (2012). Radiografía del paro en España. *Informe Económico ESADE*, 47-53.
- Lameiras-Fernández, M. (1998). El estudio de la sexualidad en los jóvenes españoles. *InterAÇÃO em psicologia*, 2, 133-161.
- Lameiras-Fernández, M. (1999). La sexualidad de los/as adolescentes en la era del SIDA. *Anuario de Sexualidad*, 5, 31-46.
- Lameiras-Fernández, M. y Faílde Garrido, J.M. (1998). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH. *Revista de Análisis y Modificación de la Conducta*, 23, 27-63.
- Lameiras-Fernández, M. y González, M. (1993). Adolescencia y sexo. En M. González (Ed.), *Adolescencia y Sida* (pp. 115-138). Salamanca: KADMOS.

- Lameiras-Fernández, M., Ricoy, M.A., Carrera, M.V., Faílde, J.M. y Núñez-Mangana, A.M. (2011). Evaluación del uso del preservativo femenino promovido desde un programa de educación para la salud: un enfoque cualitativo. *Saude e Sociedade*, 20, 410-424.
- Lameiras-Fernández, M., Faílde, J.M., Bimbela, J.L. y Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 4, 401-415.
- Lameiras-Fernández, M., Núñez, A.M., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud*, 16, 253-267.
- Lameiras-Fernández, M., Nuñez-Mangana, A.M., Rodríguez-Castro, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and theath Psuychology*, 7, 207-216.
- Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema*, 14, 255-261.
- Lameiras-Fernández, M., Rodríguez-Castro, Y., Calado, M. y González, L. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psicológica*, 3, 27-34.
- Lara, M.L., Berenzon, S., Juárez, F., Medina-Mora, M.E., Natera, G., Villatoro, J.A. y Gutiérrez, M.L. (2012). Estudio poblacional sobre los síntomas depresivos y los factores de riesgo en adolescentes mexicanas embarazadas o con hijos. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 31, 102-108.

- Larrañaga, E., Yubero, S. y Yubero, M. (2012). Influencia del género y del sexo en las actitudes sexuales de estudiantes universitarios españoles. *Summa Psicológica UST*, 9, 5-13.
- Larrañaga, I., Martín, U. y Bacigalupe, A. (2014). Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 109-115.
- Larson, R. y Richards, M.H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of fathers, mothers, and adolescents*. Nueva York: Basic Books.
- Laurenzo Copello, P. (2011). Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: un nuevo paradigma para la regulación del aborto. *Anuario de derechos humanos*, 7, 99-106.
- Laursen, B., Coy, K.C. y Collins, W.A. (1998). Reconsidering Changes in Parent-Child Conflict across Adolescence: A Meta-Analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Lavielle-Sotomayor, P., Jiménez-Valdez, F., Vázquez-Rodríguez, A., Aguirre-García, M.C., Castillo-Trejo, M. y Vega-Mendoza, S. (2014). Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52, 38-43.
- Lázaro, I. (2007). Menores Extranjeros No Acompañados: la situación en España. *Prolegómenos. Derechos y Valores de la Facultad de Derecho*, 10, 149-162.
- Leickness, C., Simbayi, L.C., Kalichman, S.C., Jooste, S., Cherry, C., Mfecane, S. y Caín, D. (2005). Los factores de riesgo para el VIH-SIDA entre los jóvenes en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. *SIDA y Comportamiento*, 9, 53-61
- Lema, L.F., Salazar, I.C., Varela, M.T. y Tamayo, J.A. (2009). Comportamiento y salud de los jóvenes universitarios: satisfacción con el estilo de vida. *Pensamiento Psicológico*, 5, 71-88.

- Lete, I., De Pablo, J.L., Martínez, C. y Parrilla, J.J. (2001). Embarazo en la adolescencia. En C. Buil, I. Lete, R. Ros y J.L. De Pablo (Coords.), *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia* (pp.803-835). Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción.
- Li, S.H., Huang, H., Cai, Y., Xu, G., Huang, F.R. y Shen, X.M. (2009). Characteristics and determinants of sexual behavior among adolescents of migrant workers in Shanghai (China). *BMC Public Health*, 9 (195). Recuperado el 30 de marzo de 2014 de, <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/195>
- López, F. (2005). *La educación sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- López, F., Carcedo, R., Fernández-Rouco, N. Blázquez, M.I. y Kilani, A. (2011). Diferencias sexuales en la sexualidad adolescente: afectos y conductas. *Anales de Psicología*, 3, 791-799.
- López-Amorós, M., Schiaffino A., Moncada, A. y Pérez, G. (2010). Factores asociados al uso autodeclarado de la anticoncepción de emergencia en la población escolarizada de 14 a 18 años de edad. *Gaceta Sanitaria*, 24, 404-409.
- López-Guzmán, T. J., González, V., Herrera, L. y Lorenzo, O. (2007). Melilla: Ciudad fronteriza internacional e intercontinental. Análisis histórico, económico y educativo. *Frontera Norte*, 19, 7-33.
- Louie, K.S., De Sanjose, S., Díaz, M., Castellsagué, X., Herrero, R., Meijer, C.J.,... Bosch, F.X. (2009). Early age at first sexual intercourse and early pregnancy are risk factors for cervical cancer in developing countries. *British Journal of Cancer*, 7, 1191-1197.
- Louro Bernal, I. (2003). La familia en la determinación de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29, 48-51.

- Machado, M.I. y Gaspar de Matos, M. (2011). Educação em meio escolar em Portugal: avaliação de acção entre 2000 e 2005. *Journal of Child and Adolescent Psychology*, 3, 77-93.
- Madrid Gutiérrez, J. (2009). El preservativo entre los más jóvenes. *Evidencias en Pediatría*, 5, 34.
- Makiwane, M., y Mokomane, Z. (2010). South Africa youths' higher-risk sexual behaviour: an eco-developmental analysis. *African Journal of AIDS Research*, 9, 17-24.
- Maldonado, A.L. y Castillo, L. (2001). Adaptación al Castellano de la Escala VIH/SIDA-65 (Paniagua et al., 1994). *Centro de Psicología ALBORAN*. Recuperado el 4 de julio de 2012, de <http://www.alboranpsicologia.com/articulos/Sida.htm>
- Marchesi Ullastres, A. (2003). *El fracaso escolar en España*. Madrid: Fundación Alternativa.
- Marcus, S. (2007). España y la geopolítica de la inmigración en los albores del siglo XXI. *Cuadernos Geográficos*, 40, 31-51.
- Marin, B.V., Kirby, D.B., Hudes, E.S., Coyle, K.K. y Gómez, C.A. (2006). Boy friends, girlfriends and teenagers risk of sexual involvement. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 38, 76-83.
- Marmolejo Martín, J.A. y Huete Morales, M.D. (2008). Cambios demográficos en la inmigración ilegal de la Ciudad Autónoma de Melilla. *Entelequia Revista Interdisciplinar*, 8, 139-164.
- Marston, C. y King, E. (2006). Factors that shape young people's sexual behaviour: A systematic review. *The Lancet*, 368, 1581-1586.

- Martínez Bueno, C. (2002). Posparto en la madre adolescente. *Matronas Profesionales*, 7, 19-25.
- Martínez Salmean, J. (2010). "Póntelo, pónselo" la barrera que nos separa de Europa. *Boletín informativo sobre la salud de la mujer*, 26.
- Martínez, D., Alvarado, J., Campos, H., Elizando, K., Esquivel, H., Mancía, A.,... Quirós, D. (2013a). Intervención de Enfermería en la adolescencia: experiencia en una Institución de Estudios Secundarios Pública. *Revista Actual en Costa Rica*, 24, 1-13.
- Martínez, J., Maya, N.A., Parada, L. y Duarte, K. (2013b). Diferencias de las prácticas sexuales entre hombres y mujeres universitarios. *Duazary Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 10, 112-118.
- Martínez, J.L., Orgaz, B., Vicario-Molina, I., González, E., Carcedo, R.J., Fernández-Fuertes, A.A. y Fuertes, A. (2011). Educación sexual y formación del profesorado en España: diferencias por sexo, edad, etapa educativa y comunidad autónoma. *Revista de Formación del Profesorado e Investigación Educativa*, 24, 37-47.
- Martínez, M.A., Bellart, J., Coll, O. y Balasch, J. (2005). Anticoncepción poscoital con levonorgestrel: estudio sociodemográfico. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125, 75-79.
- Martínez-Sabater, A., Llorca-Tauste, J., Blasco-Roque, M., Escrivá-Aznar, G., Martínez-Puig, C. y Marzá, A. (2013b). Estudio descriptivo del consumo de alcohol en los adolescentes de Gandía. *Medicina de Familia, SEMERGEN*, 40, 12-17.
- Martínez-Villarreal, R.T. (2013). Cambios sociales y comportamientos de riesgo en adolescentes. *Revista Medicina Universitaria*, 15, 1-2.
- Martín-Pérez, A., Menoyo, C., Poveda, A., Rodés, A. y Zaragoza, K. (2008). *Cuídate.info. El sexo que practicamos*. Barcelona: Stop Sida.

- Maswanya, E.S., Moji, K., Aoyagi, K. y Takemoto, T. (2011). Sexual behavior and condom use in female students in Dar-es-Salaam, Tanzania: differences by steady and casual partners. *East African Journal of Pub Health*, 8, 69-76.
- Maté, C. y Acarín, N. (2011). Encuesta sobre la elección de pareja a estudiantes de la Universitat Pompeu Fabra, Barcelona (20 a 27 años). *Summa Psicológica UST*, 8, 37-46.
- Mayoral del Amo, J.F. (2003). El contexto de Melilla, en el aprendizaje del castellano del alumnado Amazight. V Curso de Intercultura. Melilla, abril. *Revista Aldaba* 29, 33-56.
- Mayoral del Amo, J.F. (2005). El mosaico de Melilla. En J.L. López Belmonte (Coord.), *Experiencias interculturales en Melilla* (pp. 23-40). Melilla: SATE-STEs.
- McNair, R. (2005). Risks and prevention of sexually transmissible infections among women who have sex with women. *Sexual Health*, 2, 209-217.
- Meekers, D. y Ahmed, G. (2000). Contemporary patterns of adolescent sexuality in urban Botswana. *Journal of Biosocial Science*, 32, 467-485.
- Melo, J. y Miret, P. (2010). Transición a la vida adulta en España: una comparación en el tiempo y en el territorio utilizando el análisis de entropía. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas (REIS)*, 131, 75-107.
- Mendoza, L.A., Arias, M., Pedroza, M., Micolta, P., Ramírez, A., Cáceres, Ch.,... Acuña, M. (2012). Actividad sexual en adolescencia temprana: problema de salud pública en una ciudad colombiana. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 77, 271-279.
- Mendoza-Pérez, J.C. y Ortiz-Hernández, L. (2009). Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. *Revista Salud Pública*, 11, 700-712.

- Merino, V., Jiménez, F. y Sánchez, G. (1994). Análisis de factores de salud mental en la mujer sometida a esterilización tubárica. *Revista de Psicología, XII*, 73-125.
- Mesa Franco, M.C. y Sánchez Fernández, S. (1996). *Educación y situaciones bilingües en contextos multiculturales. Estudio de un caso: Melilla*. Granada: Laboratorio de Estudios Interculturales-CIDE.
- Mesa García, B. (2012). *Ceuta y Melilla: una visión de futuro*. Instituto Español de estudios Estratégicos. DOCUMENTO de opinión. Recuperado el 4 de marzo de 2013, de http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2012/DIEEEEO03-2012_FuturoCeutayMelilla_BMesa.pdf
- Mesa, M.I., Barella, J.L. y Cobeña, M. (2004). Comportamientos sexuales y uso de preservativos en adolescentes de nuestro entorno. *Atención Primaria, 33*, 374-380.
- Ministerio de Administraciones Públicas. (2002). *Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo*. (BOE nº 185 de 3 de agosto de 2002).
- Ministerio de Educación (2010). *El abandono escolar temprano en las ciudades de Ceuta y Melilla*. Madrid: Secretaría General Técnica.
- Ministerio de Educación y Ciencias. (1990). *Ley Orgánica 1/1990, de 3 de Octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)*. (BOE nº 238 de 4 de Octubre de 1990).
- Ministerio de Educación y Ciencias. (2002). *Ley Orgánica 10/2002, de 23 de Diciembre, de Calidad de Educación (LOCE)*. (BOE nº 307 de 24 de Diciembre de 2002).
- Ministerio de Educación y Ciencias. (2006). *Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación (LOE)*. (BOE nº 106 de 4 de mayo de 2006).

- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2011a). *Informe sobre el estado y situación del sistema educativo. Ceuta y Melilla. Curso 2009/2010*. Recuperado el 20 de enero de 2012, de <https://sede.educacion.gob.es/publiventa/ImageServlet?img=E-14574.jpg>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2011b). *Alumnado matriculado. Enseñanzas de Régimen General. Curso 2010-2011*. Recuperado el 17 de febrero de 2012, de <http://www.educacion.gob.es/dctm/ministerio/horizontales/estadisticas/no-universitarias/alumnado/matriculado/2010-2011/2-rdos-prov-rg-10-alumnado.pdf?documentId=0901e72b80d19b6d>
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2013a). *Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE)*. (BOE nº 295 de 10 de diciembre de 2013).
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2013b). *Informe 2013 sobre el estado del sistema educativo. Curso 2011-2012. Consejo Escolar del Estado*. Recuperado el 7 de julio de 2014, de <http://www.mecd.gob.es/dctm/cee/informe2013/i2013-d-resultados.pdf?documentId=0901e72b8194ae90>
- Ministerio de Justicia. (2013). *Anteproyecto de Ley Orgánica de 20 de diciembre de 2013, de protección de la vida del concebido y derechos de la mujer embarazada*. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://www.mjusticia.gob.es/cs/Satellite/es/1215198252237/ALegislativa_P/1288774452773/Detalle.html
- Ministerio de la Presidencia. (2005). *Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de Derecho a Contraer Matrimonio*. (BOE nº 157 de 2 de julio de 2005).

- Ministerio de la Presidencia. (2007). *Ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas*. (BOE nº 65 de 16 de marzo de 2007).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de reforma del artículo 417 bis del Código Penal*. (BOE nº 166 de 12 de julio de 1985).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1996). *Real Decreto 2210/1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. (BOE nº 21 de 24 de enero de 1996).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*. (BOE nº 222 de 16 de septiembre de 2006).
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Aproximación a la salud sexual y reproductiva en España. Observatorio de Salud de la Mujer*. Federación de planificación de la familia. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Secretaría General de Sanidad. Recuperado el 6 de junio de 2012, de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Estudio_salud_sexual_y_reproductiva._Observatorio.pdf.
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. (2010). *Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo* (BOE nº 55 de 4 de marzo de 2010).
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009a). *Los farmacéuticos informarán sobre métodos anticonceptivos a los jóvenes*. Nota de prensa, 13 de mayo 2009. Recuperado el 10 de marzo de 2011, de <http://www.msps.es/gabinetePrensa/notaPrensa/desarrolloNotaPrensa.jsp?id=1510>

- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009b). *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *Carta de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido*. Madrid: Sistema Nacional de Salud.
- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (1978). *Ley 45/1978, por la que se modifican los artículos 416 y 343 bis del Código Penal, de 7 de octubre*, (BOE nº 243 de 11 de octubre de 1978).
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011a). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2010*. Recuperado el 2 de febrero de 2012, de http://www.msps.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/publicacionIVEcompleto_2009.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011b). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Situación a 30 de junio de 2012. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de sida*. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHsida_Junio2012.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2013). *Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Situación a 30 de junio de 2013. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH. Registro nacional de casos de sida*. Recuperado el 6 de mayo de 2014, de http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIHSida_Junio2013.pdf

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014a). *Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012*. Recuperado el 6 mayo 2014, de http://msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2012.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014b). *Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana* (Actualización enero 2014). Recuperado el 7 de mayo de 2014, de http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/borrador/gesida-gc-2014-BR-TAR_GESIDA_PNS.pdf
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2011a). *Informe del Mercado de trabajo General y Colectivos de Melilla 2010 y de las ocupaciones*. Madrid: Servicio Público de Empleo Estatal.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración. (2011b). *Resolución de 21 de junio de 2011, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio de colaboración con la Ciudad de Melilla, sobre atención a menores extranjeros no acompañados*. (BOE nº 157 de 2 de julio de 2011. III. Otras disposiciones).
- Mitjans Lafont, I. (2005). Sexualidad y adolescencia. *Revista pediátrica de atención primaria*, 7, 89-95.
- Mohtasham, G., Shamsaddin, N., Bazargan, M., Anosheravan, K., Elaheh, M. y Fazlolah, G. (2009). Correlates of the Intention to Remain Sexually Inactive Among Male Adolescents in an Islamic Country: Case of the Republic of Iran. *Journal of School Health*, 79, 23-129.
- Molina Garuz, M.C. y Cabra Soler, Q. (2005). Nuevos retos de la educación para la salud: las sociedades multiculturales y las nuevas prioridades. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 12-13, 71-85.

- Monzó, A. (2006). Métodos de barrera y métodos naturales. En L. Cabero, L. Abad, L. Bajo, L. Calaf, V. Cararach y J. Carrera (Eds.), *Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproducción* (pp.1459-1463). Madrid: Editorial Panamericana.
- Mora Ripoll, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (Barcelona)*, 5, 48-52.
- Moral de la Rubia, J. (2009). Conducta homosexual en estudiantes universitarios y aspectos diferenciales de género. *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 29, 206-235.
- Moral de la Rubia, J. y Valle de la O, A. (2014). Las dos dimensiones del rechazo hacia las personas homosexuales. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 14, 103-116.
- Moraleda, M. (1989). Privación cultural, dificultades verbales y fracaso escolar. *Revista de Psicología y Aplicada*, 42, 357-366.
- Moreno, B., Garrosa, E. y Gálvez, M. (2005). Personalidad positiva y salud. En L. Flórez-Alarcón, M.M. Botero y B. Moreno-Jiménez (Eds.), *Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp.59-76). Bogotá: ALAPSA.
- Moreno, M., González, A. y Ros, M. (2007). Enamoramiento y violencia contra las mujeres. En V.A. Ferrer y E. Bosch (Comps.), *Los feminismos como herramientas de cambio social (II): de la violencia contra las mujeres a la construcción del pensamiento feminista* (pp. 21-34). Palma de Mallorca: UIB.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P.J. y Sánchez-Queija, I. (2004). *Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Muhammad Rizvi, S. (1999). *Sexualidad en el Islam*. Biblioteca Islámica Ahlul Bait. Recuperado el 20 de abril de 2012, de <http://www.biab.org/pdf/l004.pdf>
- Mullor, M. (2011). *Inmigrantes subsaharianos. Una aproximación a las claves de exclusión*. Recuperado el 8 de enero de 2012, de http://www.africafundacion.org/IMG/pdf/Mullor_Inmigrantes_subsaariana.pdf
- Munuce, M.J., Nascimento, J.A.A., Rosano, G., Faundes, A. y Bahamondes, L. (2006). Doses of levonorgestrel comparable to that delivered by the levonorgestrel releasing intrauterine system can modify the in vitro expression of zone binding sites of human spermatozoa. *Contraception*, 73, 97-101.
- Muñoz-Silva, A., Sánchez-García, M., Martius, A. y Nunes, C. (2009). Gender differences in HIV-Related sexual behaviour among college students from Spain and Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 485-495.
- Musso, S., Fanget, F. y Cherabi, K. (2002). La religión y la educación para la prevención del VIH/SIDA: una perspectiva árabe-musulmana. *Perspectivas. UNESCO*, 21, 114-122.
- Mwale, M. (2009). Behavioural change vis-a-vis HIV/AIDS knowledge mismatch among adolescents. The case of some selected schools in Zomba, Malawi. *South African Journal of Science*, 39, 460-467.
- Navarro, P.A. (2012). La juventud de la crisis. *El Siglo*, 955, 32-38.
- Navarro, Y., Carrasco, A. M., Sánchez, J.C. y Torrico, E. (2004). Comportamiento y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 10, 167-182.
- Nieto, J.A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa.

- Olasode, O.A. (2007). Sexual behaviour in adolescents and young people attending a sexually transmitted disease clinic, Ile Ife, Nigeria. *Indian Journal of Sexual Transmitted Diseases*, 28, 83-86.
- Oliva Delgado, A. (2003). Adolescencia en España a principios del siglo XXI. *Cultura y Educación*, 15, 373-383.
- Oliva Delgado, A. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 25, 234-254.
- Oliveira, M. (1998). *La educación sentimental. Una propuesta para adolescentes*. Barcelona: Icaria.
- Ompad, D.C., Strathdee, S.A., Celentano, D.D., Latkin, C., Poduska, J.M., Kellam, S.G. y Lalongo, N.S. (2006). Predictors of early initiation of vaginal and oral sex among urban Young adults in Baltimore, Maryland. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 53-65.
- ONUSIDA. (2007). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2007*. Recuperado el 6 de junio de 2011, de http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf
- ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2008*. Recuperado el 6 de junio de 2011, de http://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510_2008_global_report_pp325_358_es.pdf
- ONUSIDA. (2009). Situación de la epidemia de sida diciembre 2009. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Organización Mundial de la Salud. Ginebra: ONUSIDA. Recuperado el 15 de mayo de 2012, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restore/2009_epidemic_update_es.pdf

- ONUSIDA. (2010). *Podemos empoderar a los jóvenes para que se protejan del VIH. Acción Conjunta para Obtener Resultados*. Marco de Resultados de ONUSIDA: Caso Práctico 2009-2011. Recuperado el 19 de mayo de 2011, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/2010-12-16_JC1830_young_people_es.pdf
- ONUSIDA. (2010a). *UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Recuperado el 20 de mayo de 2011, de http://issuu.com/unaids/docs/unaids_globalreport_2010/17?mode=a_p
- ONUSIDA. (2011a). *El Secretario General de las Naciones Unidas describe las nuevas recomendaciones para alcanzar los objetivos de 2015 relacionados con la respuesta al sida. Nairobi*. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 6 de junio de 2011, de http://www.portalsida.org/Article_Details.aspx?ID=12015
- ONUSIDA. (2011b). *Cómo llegar a cero: Más rápido. Más inteligente. Mejor*. Informe para el día mundial del SIDA, 2011. Recuperado el 6 de diciembre de 2011, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- ONUSIDA. (2013). *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*. Recuperado el día 14 de marzo de 2014, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf
- ONUSIDA. (2014). *El informe de ONUSIDA revela que 19 de los 35 millones de personas que viven con el VIH en la actualidad desconocen que son VIH-positivas*. Recuperado el día 10 de septiembre de 2014, de <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2014/july/20140716prgapreport/>

- Orejón de Luna, G. y González Rodríguez, M.P. (2010). Los adolescentes con mejores resultados académicos y más habilidades sociales tienen menos conductas de riesgo en sus relaciones sexuales. *Evidencias en Pediatría*, 6, 1-4.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2010). *Orientaciones Técnicas Internacionales sobre Educación en Sexualidad. Un enfoque basado en evidencia orientado a escuelas, docentes y educadores de la salud*. Paris: UNESCO.
- Organización de las Naciones Unidas. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Observación General n° 14. Ginebra: ONU. Recuperado el 4 de mayo de 2013, de <http://www.cetim.ch/es/documents/codesc-2000-4-esp.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo (2010). *Informe Tendencias Mundiales del Empleo Juvenil 2010*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Actas de una reunión de consulta convocada por la Organización Panamericana de la (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Asociación Mundial de Sexología (WAS). Antigua Guatemala, Guatemala del 19 al 22 de mayo de 2000. Recuperado el 28 de mayo 2011, de http://www.paho.org/Spanish/AD/FCH/AI/salud_sexual.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2007b). *Estrategia mundial de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: 2006-2015: romper la cadena de transmisión*. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789243563473_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria. Alma-Ata*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Primera Conferencia Internacional de promoción de la Salud. Ottawa, Canadá. Recuperado el 28 de julio de 2011, de <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1989). *Documento Básico para las Discusiones Técnicas sobre la Salud de los Jóvenes*. 42ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *El ejercicio de la enfermería: Informe de un Comité de expertos de la OMS*. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Organización Panamericana de la Salud. *Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001. División de Promoción y Protección en Salud. Programa de salud de la familia, población y salud del adolescente*. Recuperado el 1 de septiembre de 2011, de http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Políticas%20juveniles%20OPS_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1999). *Programming for adolescent health and development*. Serie de Informes Técnicos, n° 886. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Política de la OMS en materia de género. Recuperado el 4 de junio de 2014, de <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Ginebra: OMS. Recuperado el 4 de mayo de 2011, de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2007a). *El derecho a la salud*. Nota descriptiva n° 323. Recuperado el 1 de septiembre de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Seguridad de la anticoncepción de emergencia, las píldoras de levonorgestrel (LNG-PAE)*. Hoja informativa. Recuperado el 7 de octubre de 2011, de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HRP_RHR_10_06
- Organización Mundial de la Salud. (2011). *Riesgos para la salud de los jóvenes*. Nota descriptiva n° 345. Recuperado el 1 de septiembre de 2011, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2013a). *Lidiar con el VIH en la adolescencia*. Recuperado el 10 de julio de 2014, de <http://www.who.int/features/2013/adolescents-hiv/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013b). *Infecciones de transmisión sexual*. Nota descriptiva n° 110. Recuperado el 25 de julio de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013c). *VIH/SIDA*. Nota descriptiva n° 360. Recuperado el 8 de marzo de 2014, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2013d). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. Recuperado el 4 de septiembre de 2014, de <http://www.who.int/features/qa/71/es/>

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2012). *Equidad y calidad de la educación. Apoyo a estudiantes y escuelas en desventaja*. Recuperado el 2 de abril de 2012, de <http://www.oecd.org/dataoecd/4/34/49620052.pdf>
- Orgaz, M.P., Segovia, M., López de Castro, F. y Tricio, M.A. (2005). Consumo de alcohol en escolares toledanos: motivos y alternativas. *Atención Primaria*, 36, 297-302.
- Ortega, V., Ojeda, P., Sutil, F. y Sierra, J.C. (2005). Culpabilidad sexual en adolescentes: estudio de algunos factores relacionados. Red de revistas Científicas de América latina y el Caribe, España y Portugal. *Anales de psicología*, 21, 268-271.
- Ortega, V., Zubeidat, I., y Sierra, J.C. (2006). Further examination of measurement properties of the Spanish version of the sexual desire inventory with undergraduates and adolescent students. *Psychological Reports*, 99, 147-165.
- Ortiz-Hernández, L. y Torres, M.I.G. (2005). Internalized oppression and high-risk sexual practices among homosexual and bisexual males, Mexico. *Revista Saude Publica*, 3, 956-964.
- Ospina Sánchez, G.I. (2011). Diez años de política migratoria: avanzando hacia la responsabilidad. *UNISCI Discussion Papers*, 27, 251-263.
- Oviedo, H., Lira, J., Ibargüengoitia, F. y Ahued, R. (2005). Cuantificación del riesgo perinatal en adolescentes mexicanas: consecuencias del bajo peso materno. *Ginecología Obstétrica de México*, 73, 365-370.
- Padilla de Gil, M. (2000). Aspectos médicos y sociales de la maternidad en la adolescencia. *Revista SOGIA*, 7, 16-25.
- Palacios, J. (1993). Introducción conceptual a la psicología evolutiva. En C. Triadú (Coord.), *Psicología evolutiva*. UB, UAB, (pp. 21-22). Barcelona: Eumo.

- Panel de Expertos del Pan Nacional sobre el Sida y el Grupo de Estudio de Sida (GeSIDA). (2014). Documento de consenso sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 32, 99 e1-99.e14.
- Paniagua, F.A., O'Boyle, M. y Wagner, K.D. (1997).The assessment of HIV/AIDS knowledge, attitudes, self-efficacy, and susceptibility among psychiatrically hospitalised adolescents. *Journal of HIV/AIDS prevention and Education for adolescents and children*, 1, 65-104.
- Paniagua, F.A., O'Boyle, M., Wagner, K.D., Ramírez, S.Z., Holmes, W.D., Nieto, J. F., y Smith, E.M. (1994). AIDS-Related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9, 311-339.
- Parra, A. y Oliva, A. (2007). Una mirada longitudinal y transversal sobre los conflictos entre madres y adolescentes. *Estudios de Psicología*, 28, 93-107.
- Pecheny, M. (2013). Desigualdades Estructurales, Salud de Jóvenes LGBT y Lagunas de Conocimiento: ¿Qué Sabemos y qué Preguntamos? *Temas em Psicología*, 21, 961-972.
- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Pérez Ortiz, L., Resa Nestares, C. (2003). El trabajo y las relaciones laborales en zonas fronterizas: el caso de Melilla. *Trabajo*, 12, 111-130.
- Pérez Solís, M. (2011). Profesional especializado frente al no especializado: la paradoja del profesor orientador. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, 32, 232-241.

- Petersen, J.L. y Hyde, J.S. (2010). A meta-analytic review of research on gender differences in sexuality, 1993-2007. *Psychological Bulletin*, 136, 21-38
- Pichardo Galán, J.I. (2009). *Adolescentes ante la diversidad sexual: homofobia en los centros educativos*. Madrid: Los libros de la Catarata.
- Piña López, J.A. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20, 23-32.
- Piña López, J.A. (2008). Variaciones sobre el Modelo Psicológico de Salud Biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña López, J.A. (2009). Motivación en Psicología y salud: motivación no es sinónimo de intención, actitud o percepción de riesgo. *Diversitas. Perspectivas en Psicología*, 5, 27-35.
- Piña López, J.A. y Rivera Icedo, M. (2009). Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. *Acta colombiana de Psicología*, 12, 53-65.
- Piña López, J.A. y Urquidi Treviño, L.E. (2004). Conducta de riesgo para la infección por VIH en adultos jóvenes con pareja regular. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 9, 227-236.
- Piña, J.A., Dávila, M., Lozano, D.I., Carrillo, I.C. y Vázquez, P. (2009). Relaciones con múltiples parejas en mujeres universitarias: estudio comparativo en dos instituciones del noroeste de México. *Colombia Médica*, 40, 51-60.
- Piña, J.A., Fierros, L.E., García, C.H. e Ybarra, J.L. (2011). Psicología y Salud (II): tendiendo puentes entre la Psicología Básica y la Aplicada. El rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 203-212.
- Piña, J.A., Lozano, I., Vázquez, P. y Carrillo, I.C. (2010a). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de Psicología*, 26, 18-26.

- Piña, J.A., Robles, S. y Rivera, B.M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22, 295-303.
- Piña, J.A., Ybarra, J.L., Alcalá, I.G. y Samaniego, R.A. (2010b). Psicología y salud (I): La importancia de llamarse Modelo y apellidarse Teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29.
- Planet, A. (1998). *Melilla y Ceuta, espacios-frontera hispano marroquíes*. Ciudad Autónoma de Melilla: la Biblioteca de Melilla.
- Pliszka, S.R., Glahn, D.C., Semrud-Clikeman, M., Franklin, C., Perez, R., Xiong, J. y Liotti, M. (2006). Neuroimaging of inhibitory control areas in children with attention deficit hyperactivity disorder who were treatment naive or in long-term treatment. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1052-1060.
- Ponce Herrero, G. (2010). La persistencia del urbanismo musulmán: los "pueblos jóvenes" en Melilla y el debate urbanístico. *Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales Scripta Nova*. Recuperado el 20 de enero de 2012 de, http://www.ub.edu/geocrit/sn/sn-320.htm#_edn4
- Pons, X. y Gil, M. (2008). Patrones de comportamiento relacionados con la salud en una muestra española de población general. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 97-106.
- Portero, P., Cirne, R. y Mathieu, G. (2002). La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Revista Española de Salud Pública*, 6, 577-584.
- Prado, G., Schwartz, S.J., Pattatucci-Aragon, A., Clatts, M., Pantin, H., Fernández, M.I.,... Szapocznik, J. (2006). The prevention of HIV transmission in Hispanic adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 84 (Supl.), 43-53.

- Prinstein, M.J., Meade, C.S. y Cohen, G.L. (2003). Adolescent oral sex, peer popularity, and perceptions of best friends' sexual behavior. *Journal of Pediatric Psychology, 28*, 243-249.
- Puerta, T., Rodríguez, M.J., Menéndez, B., Rodríguez, C., Ballesteros, J., Clavo, P.,... Romero, J. (2010). Brote de linfogranuloma venéreo en la Comunidad de Madrid. *Congreso Nacional de GESIDA*. Noviembre 2010. Madrid.
- Ramírez-Aranda, J.M., Gómez-Gómez, C., Villarreal-Pérez, J.Z., García-Elizondo, J.F., Rodríguez-Rodríguez, I., Rosas-Herrera, C.H. y Flores-Cavazos, M. (2013). Factores de protección y riesgo del embarazo en la adolescencia. *Revista Medicina Universitaria, 15*, 64-72.
- Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P., Sierra, J.C. y Buela-Casal, G. (2013). Predicción del tipo de experiencia sexual en función de variables psicológicas y sociodemográficas en adolescentes panameños. *Terapia Psicológica, 31*, 175-186.
- Reis, M., Ramiro, L., Gaspar de Matos, M. y Diniz, J.A. (2013). Determinants influencing male condom use among university students in Portugal. *International Journal of Sexual Health, 25*, 115-127.
- Ribe E. (2005). ¿Qué se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamental, 13*, 37-52.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud*. Un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, S. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y psicométrico*. México, DF: Editorial Trillas. Trillas
- Ribes, E. y Sánchez, S. (1990). El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad. En E. Ribes (Ed.), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano* (pp. 79-99). México: Trillas

- Rincón, E.T. y Monterrosa, A. (2010). ¿Cuál es el estado actual de la anticoncepción de emergencia? *Revista de Ciencias Biomédicas*, 1, 226-236.
- Robles, S. y Montijo, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 8, 748-755.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, C., Barroso, R., Díaz, E.,... Hernández, R. (2006b). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22, 60-71.
- Robles, S., Piña, J.A. y Frías, M. (2006a). Predictores de conductas relacionadas con el uso del condón en estudiantes universitarios. *Psicología y salud*, 16, 71-78.
- Robles, S., Piña, J.A. y Moreno, D. (2006c). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. *Anales de Psicología*, 22, 200-204.
- Roca Cobo, E. (2010). El abandono temprano de la educación y la formación en España. *Participación Educativa*, 15, 58-85.
- Rodríguez Campuzano, M.L. y Díaz-González, A. (2011). Relación entre la consistencia en el uso del condón y factores disposicionales en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*, 21, 17-24.
- Rodríguez Carrión, J. y Traverso Blanco, C.I. (2012). Conductas sexuales en adolescentes de 12 a 17 años de Andalucía. *Gaceta Sanitaria*, 26, 519-526.
- Rodríguez López, J., Melwani, P., Sanz, O. y Pérez-Arellano, J.L. (2010a). Enfermedades de transmisión sexual importadas. *Medicine*, 10, 3785-3789.
- Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.

- Rodríguez Mendes, L., De Oliveira, M.L. y Ferrerira, M.A (2010b). Bebida alcohólica en la adolescencia: el cuidado-educación como estrategia de acción de la enfermería. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14, 158-164.
- Rodríguez Molinero, L. (2005). *Adolescencia prolongada. Jóvenes en casa de los padres*. XVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Albacete: SEMA. Recuperado el 20 de junio de 2011, de http://www.adolescenciasema.org/ficheros/Congreso16/MR_%20Adolescencia_Prolongada.pdf
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., Romo, N., García, J.M. y Gutiérrez J.L. (2006). ¿Tienen adolescentes y jóvenes que consumen drogas no inyectadas mayor probabilidad de transmisión sexual del VIH? *Adicciones*, 18, 61-72.
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras-Fernández, M., Carrera-Fernández, V. y Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Homofobia Moderna en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 29, 523-533.
- Rodríguez-Larralde, A. y Paradisi, I. (2009). Influencia de factores genéticos sobre la orientación sexual humana. Una revisión. *Investigación Clínica*, 50, 377-391.
- Rodríguez-Shadow, M. y López Hernández, M. (2009). Antropología y arqueología de la sexualidad: premisas teóricas y conceptuales. *Contribuciones desde Coatepec*, 16, 77-89.
- Rojas, G., Alemany, I. y Ortiz, M.M. (2011). Influencia de los factores familiares en el abandono escolar temprano. Estudio de un contexto multicultural. *Electronic Journal of Research in Educational*, 9, 1377-1402. Recuperado el 8 de febrero de 2013, de <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293122852019.pdf>

- Romero-Estudillo, E. (2010). *Salud sexual y significación de la sexualidad en los adolescentes y jóvenes de Melilla*. Ciudad Autónoma de Melilla: Consejería de Educación y Colectivos Sociales.
- Romero-Estudillo, E., Santos-Iglesias, P., Vázquez, M.I., Fernández, D., Bermúdez, M.P. y Castro, A. (2009a). Conocimientos y actitudes sexuales en jóvenes católicos y musulmanes en Melilla. En E. Soriano Ayala, R.M. Zapata Boluda y A.J. González Jiménez (Eds.), *La formación para el desarrollo de una sociedad intercultural* (pp. 874-878). Almería: Universidad de Almería.
- Romero-Estudillo, E., Santos-Iglesias, P., Vázquez, M.I., Fernández, D., Bermúdez, M.P. y Castro, A. (2009b). Influencia de la cultura y la religión en la conducta sexual de adolescentes y jóvenes en Melilla. En E. Soriano Ayala, R.M. Zapata Boluda y A.J. González Jiménez (Eds.), *La formación para el desarrollo de una sociedad intercultural* (pp. 879-884). Almería: Universidad de Almería.
- Ros, R., Morandi, T., Cozzetti, E., Lewintal, C., Cornellá, J. y Surís, J.C. (2001). La adolescencia: consideraciones biológicas, psicológicas y sociales. En C. Buil, I. Lete, R. Ros y J.L. De Pablo (Coords.), *Manual de salud reproductiva en la adolescencia* (pp. 27-85). Zaragoza: Sociedad Española de Contracepción.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22, 27-50.
- Routi A. (1994). Patología obstétrica en la adolescente embarazada. *Revista Sogía*, 1, 70-72.
- Ruiz-Ramos, M., Ivañez-Gimeno, L. y García León, F.J. (2012). Características sociodemográficas de la interrupción voluntaria del embarazo en Andalucía: diferencias entre población autóctona y extranjera. *Gaceta Sanitaria*, 26, 504-511.

- Sahagún, A. (2003). *Integración sexual humana*. México: Trillas.
- Sanabria-Ferrand, P.A., González, L.A. y Urrego, D.Z. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Médica*, 15, 207-217.
- Sánchez, S., Mesa, M.C., Seijo, D., Alemany, I., Rojas, G., Ortiz, M.M.,... Fernández, A.M. (2010). *Convivencia escolar y diversidad cultural. Estudio sobre la convivencia escolar en centros educativos de Melilla*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Santín, C., Torrico, E., López, M.J. y Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anales Psicología*, 19, 81-90.
- Santos-Iglesias, P. y Sierra, J.C. (2010). El papel de la asertividad sexual en la sexualidad humana: Una revisión sistemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10, 553-577.
- Santos-Preciado, P.J., Villa-Barragán, J.P., García-Avilés, M.A., León-Álvarez, G., Quezada-Bolaño, S. y Tapia-Conyer, R. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45, 140-152.
- Savall, R. (2005). Enfermedades de transmisión sexual. *Atención Primaria*, 36, 278-279.
- Savin-Williams, R. y Cohen, K. (2004). Homoerotic development during childhood and adolescence. *Child Adolescence Psychiatry Clinical North American*, 13, 529-549.
- Savin-Williams, R.C. y Ream, G.L. (2007). Prevalence and stability of sexual orientation components during adolescence and young adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 385-394.

- Sayles, J.N., Pettifor, A.E., Wong, M.D., MacPhail, C., Lee, S.J., Hendriksen, E.,... Coates, T. (2006). Factors associated with self-efficacy for condom use and sexual negotiation among South African youth. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndromes*, 43, 226-233.
- Schäfer, G. (2008). Romantic love in heterosexual relationships: women's experiences. *Journal of Social Sciences*, 16, 187-197.
- Segura Vázquez, P. (2010). *Pobreza y exclusión social. Diagnóstico de los distritos 4 y 5 de Melilla*. Informe inédito encargado por el Ministerio de Trabajo e Inmigración, el INEM y Acción Social sin Fronteras.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Nueva York, NY: Free Press/Simon and Schuster.
- Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. *Revista cubana Medicina General Integral*, 15, 453-460.
- Serrano Fuster, I. (2011). La educación sexual en la nueva ley. *Boletín informativo sobre la salud de la mujer*, 27.
- Serrano, M.I. (2002). *La educación para la salud del siglo XXI: Comunicación y salud*. (2ª. Ed.). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Servicio Andaluz de Salud. (2014). *Encuentros y desencuentros entre el alumnado adolescente y Forma Joven. Estudio cualitativo de una estrategia de promoción de la salud*. Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de Cádiz. Servicio de Salud Pública. Distrito Sanitario de Atención Primaria Bahía de Cádiz la Janda. Recuperado el 15 de junio de 2014, de http://www.formajoven.org/AdminFJ/doc_cifras_datos/201452715548273.pdf

- Sierra, J. C. y Buela-Casal, G. (2004). Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. En G. Buela-Casal y J. C. Sierra (Eds.), *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos* (pp. 439-485). Madrid, España: Biblioteca Nueva.
- Sierra, J. C., Zubeidat, I., Carretero-Dios, H. y Reina, S. (2003). Estudio psicométrico preliminar del Test del Deseo Sexual Inhibido en una muestra española no clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 489-504.
- Sierra, J., Reyes, P.O. y Córdoba, M.A. (2010). El papel de la comunicación en la búsqueda de la identidad en la etapa adolescente. *Adolescencia: Identidad y Comunicación. Vivat Academia*, 110, 1-34.
- Sierra, J.C., Ortega, V. y Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2008). Encuesta de opinión sexual: fiabilidad, validez y datos normativos de una versión reducida en muestras salvadoreñas. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 139-150.
- Siguán, M. (1998). *La escuela y los inmigrantes*. Barcelona: Paidós.
- Siguán, M. y Mackey, W.E. (1986). *Educación y bilingüismo*. Madrid: Santillana.
- Sociedad Española de Contracepción. (2011). *En marcha la campaña "la píldora del día anterior"*. Gabinete de prensa. Noticias y comunicados. Recuperado el 15 de febrero de 2012, de <http://www.sec.es/prensa/noticias/2011.02.10.php>
- Sociedad Española de Contracepción. (2014a). *La primera encuesta anticoncepción SEC 2014*. Área de prensa. Recuperado el 3 de junio de 2014, de <http://sec.es/la-primera-encuesta-anticoncepcion-sec-2014-certifica-que-el-727-de-las-espanolas-usan-algun-metodo-anticonceptivo/>

- Sociedad Española de Contracepción. (2014b). *La SEC remite a los ministros de Justicia y Sanidad el manifiesto y las adhesiones que reclaman y justifican la retirada de la nueva ley del aborto*. Gabinete de prensa. Noticias y comunicados. Recuperado el 2 de mayo de 2014, de <http://www.sec.es/prensa/noticias/2014.04.11.php>
- Solares, M., Enríquez, O.S. y Rodríguez, A. (2009). La infección por virus del papiloma humano, una amenaza real para las adolescentes. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 52, 505-510.
- Somogy, L. y Mora, E. (2011). Métodos anticonceptivos: entonces y ahora. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*, 71, 118-123.
- Sosa Sánchez, I.A. (2005). *Significados de la salud y la sexualidad de los jóvenes*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.
- Sosman Selowski, V. (2010). Sexualidad adolescente, informada y responsable ligada a los afectos. *Revista Obstétrica Ginecológica*, 5, 133-138.
- Spear, L.P. (2007). The psychobiology of adolescence. In K. Kline (Ed.), *Authoritative Communities: The Scientific Case for Nurturing Children in Body, Mind, and Spirit* (295-302). Nueva York: Springer Publishing.
- Staras, S.A., Livingston, M.D., Maldonado-Molina, M.M. y Komro, K.A. (2013). The influence of sexual partner on condom use among urban adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53, 742-748.
- Steel, J.L., Herlitz, C., Snyder, W., Mazaferro, K. y Theorell, T. (2004). Are we really assessing HIV/AIDS-related knowledge? Competing beliefs that may put a "knowledgeable" person at risk for HIV. *International Journal of STD y AIDS*, 15, 637-638.

- Steinberg A. y Halperin. (2002). La religión y la educación para la prevención del VIH/SIDA. Una perspectiva judía. *Perspectivas Revista trimestral de Educación Comparada (UNESCO)*, 32, 136-158.
- Steinberg, L. (2007). Risk-taking in adolescence: New perspectives from brain and behavioral science. *Current Directions in Psychological Science*, 16, 55-59.
- Steinitz, L. (2005). The AIDS Pandemic: Jewish Values and Responsibilities. *Journal of Jewish Communal Service*, 81, 115-120.
- Stone, G.C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20, 15-26.
- Suárez-Navaz, L. (2004). Niños entre fronteras: migración de menores no acompañados en el Mediterráneo Occidental. *Migración y desarrollo*, 002, 35-48.
- Suárez-Navaz, L. y Jiménez Álvarez, M. (2011). Menores en el campo migratorio transnacional. Los niños del centro (Drari d'sentro). *Papers Revista de Sociología*, 96/1, 11-33.
- Terrasa, S., Mackintosh, R. y Piñero, A. (2011). Actualización: La atención de pacientes lesbianas, gays y bisexuales y transgénero (primera parte). *Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 14, 57-62.
- Terraza-Estrada, J.J. (2011). A treinta años de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Alergia México*, 58, 205-212.
- Tesouro, M., Palomanes, M.L., Bonachera, F. y Martínez, L. (2013). Estudio sobre el desarrollo de la identidad en la adolescencia. *Tendencias Pedagógicas*, 21, 211-224.

- Teva-Álvarez, I., Bermúdez, M.P., Buela-Casal, G. (2011). Búsqueda de sensaciones sexuales, estilos de afrontamiento, estrés social y su relación con la conducta sexual adolescente. *Anales de Psicología*, 27, 35-46.
- Teva-Álvarez, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009a). Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 309-320.
- Teva-Álvarez, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2009b). Characteristics of Sexual Behavior in Spanish Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 471-84.
- Tornero, C., Mafe, M.C., Castejón, P. y Alonso, C. (2009). Estrategias de intervención para detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual en personas que ejercen la prostitución. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 27, 606-609.
- Toro Merlo, J. (2011). Anticoncepción de emergencia. *Revista Obstétrica Ginecológica Venezolana*, 71, 149-150.
- Toro-Alfonso, J. (2005). El estudio de las homosexualidades: Revisión, retos éticos y metodológicos. *Revista de Ciencias Sociales*, 14, 78-97.
- Torres, P., Walker, D.M., Gutiérrez, J.P. y Bertozzi, S.M. (2006). Estrategias novedosas de prevención de embarazo e ITS/VIH/SIDA entre adolescentes escolarizados mexicanos. *Salud Pública México*, 48, 308-316.
- Tran, B.R., Thomas, A.G., Ditsela, M., Vaida, F., Phetogo, R., Kelapile, D.,... Shaffer, R. (2014). An intervention study examining the effects of condom wrapper graphics and scent on condom use in the Botswana Defence Force. *AIDS Care*, 26, 890-898.

- Tribunal Constitucional de España. (1985). *Sentencia 53/1985, de 11 de abril, sobre la constitucionalidad de la ley despenalizadora del aborto en determinados supuestos*. Recuperado el 20 de febrero de 2014, de http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-T-1985-9096
- Triviño, M., Muñoz, D., Trenchs, V., Valls, A. y Luaces, C. (2011). Evolución de la incidencia de test de embarazo positivo en adolescentes atendidas en un servicio de urgencias. *Anales de Pediatría*, 75, 110-114.
- Trueba-Lara, J.L. (2008). *Historia de la sexualidad en México*. Mexico: Grijalbo Mondadori.
- Turck, D. y Hocking, J. (2005). Brief report: The effects of condom insistence on the perceptions of adolescents in first time and repeated occasions of sexual intercourse. *Journal of Adolescence*, 28, 589-594.
- United Nations. (2009). *World Contraceptive Use*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Recuperado el 1 de noviembre de 2011, de http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2009/contracept2009_wallchart_front.pdf
- United States Preventive Services Task Force. (2008). Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine*, 149, 491-496. W95.
- Uribe, J.I., Amador, G., Zacarías, X. y Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10, 481-494.
- Uribe, J.I., Andrade, P., Zacarías, X. y Betancourt, D. (2013). Predictores del uso del condón en las relaciones sexuales de adolescentes, análisis diferencial por sexo. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 15, 75-92.

- Uribe, J.I., Covarrubias, K. y Andrade, P. (2008). La cultura sexual de los adolescentes colimenses aspectos característicos de la cultura local. *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas, XIV*, 61-95.
- Uribe, R.F., Valderrama, L., Sanabria, A.M., Orcasita, L. y Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes y autoeficacia frente al VIH/Sida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico, 12*, 29-43.
- Valdés, L.E., Malfrán, M.D., Ferrer, Y. y Salazar, E. (2012). Knowledge, attitudes and sexual practices in Santiago de Cuba province. *MEDISAN, 16*, 1-13.
- Valenzuela, C. (1993). Fenotipos sexuales psicosociales. Una proposición y su ontogenia. *Revista Médica de Chile, 121*, 693-698.
- Vallès, X., Carnicer-Pont, D. y Casabona, J. (2011). Estudios de contactos para infecciones de transmisión sexual. ¿Una actividad descuidada? *Gaceta Sanitaria, 25*, 224-232.
- Vall-Mayans, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en el medio penitenciario. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 15*, 1-2.
- Vall-Mayans, M., Casals, M., Vives, A., Loureiro, E., Armengol, P. y Sanz, B. (2006). Reemergencia de la sífilis infecciosa en varones homosexuales y coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Barcelona: 2002-2003. *Medicina Clínica, 126*, 94-96.
- Van Griensven, F., Kilmarx, P.H., Jeeyapant, S., Manopaiboon, C., Korattana, S., Jenkins, R.A.,... Mastro, T.D. (2004). The prevalence of bisexual and homosexual orientation and related health risks among adolescents in northern Thailand. *Archives of Sexual Behavior, 33*, 137-147.
- Varela Salgado, M. y Paz Esquete, J. (2010). Estudio sobre conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes y jóvenes. *Revista Internacional de Andrología, 8*, 74-80.

- Vargas Barrantes, E. (2013). Bases de la diferenciación sexual y aspectos éticos de los estados intersexuales. *Revista Reflexiones*, 92, 141-157.
- Vázquez, F. (2011). El incremento de las infecciones de transmisión sexual en el siglo XXI: nuevos retos y aparición de nuevas patologías. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 29, 77-78.
- Vázquez, G. y Ponce, J. (2009). Salud sexual y consulta de enfermería. *Index de Enfermería*, 18, 209-210.
- Vega Fuente, A. y Aramendi Jáuregui, P. (2010). Entre el fracaso y la esperanza. Necesidades formativas del alumnado de cualificación profesional inicial. *Educación XXI*, 13, 39-63.
- Velásquez Vélez, S. y Bedoya Serna, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH/SIDA. *Medicina UPB*, 29, 144-154.
- Vélez-Pastrana, M.C., González-Rodríguez, R.A. y Borges-Hernández, A. (2005). Family functioning and early onset of sexual intercourse in Latino adolescents. *Adolescence*, 40, 777-791.
- Venegas, J.M. (2006). Rendimiento Escolar y "situación diglósica" en una muestra de escolares de educación primaria en Ceuta. *Revista electrónica de Investigación Educativa*, 8 (1). Recuperado el 13 de febrero de 2012, de [www.http//redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-roa.html](http://redie.uabc.mx/vol8no1/contenido-roa.html)
- Vieta, A. y Badia, X. (2009). Desigualdades en la financiación de medicamentos entre comunidades autónomas en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 132, 354-368.
- Vinaccia, S., Quiceno, J., Gaviria, M. y Soto, A.M. (2007). Conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes colombianos. *Terapia Psicológica*, 5, 39-50.

- Vives Iglesia, A.E. (2007). *Estilo de vida saludable puntos de vista para una opción actual y necesaria*. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Policlínico Docente Mártires de Calabazas.
- Vives Suñer, A. y Sarquella Geli, J. (2011). Infecciones de transmisión sexual. *Medicine, 10*, 4202-4211.
- Weisse, C.S., Nesselhof-Kendall, S.E., Fleck-Kandath, C. y Baum A. (1990). Psychosocial aspects of AIDS prevention among heterosexuals. In J. Edwards, R.S. Tindale, L. Heath and E.J. Posavac (Eds.), *Social influence processes and prevention* (pp. 39-70). Nueva York: Plenum Publishing Corporation.
- Weissmann, P. (2012). Adolescencia. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado el 18 de marzo de 2014 de, <http://www.rieoei.org/deloslectores/898Weissmann.PDF>
- White, R.C. y Carr, R. (2005). Homosexuality and HIV/AIDS stigma in Jamaica. *Culture Health Sexuality, 7*, 347-359.
- World Association for Sexual Health (WAS). (2008). *Salud Sexual para el Milenio: Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, MN, USA: World Association for Sexual Health.
- World Health Organization. (2009). *World Contraceptive Use 2009*. Department of Economic and Social Affairs. Population Division. Recuperado el 29 de Julio de 2011, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598682_eng.pdf
- Yago Simón, T. y Tomás Aznar, C. (2013). Condicionantes de género en anticoncepción: diseño y validación de un cuestionario. *Atención Primaria, 45*, 418-425.

- Yotebieng, M., Halpern, C.T., Mitchell, E.M., y Adimora, A.A. (2009). Correlates of condom use among sexually experienced secondary school male students in Nairobi, Kenya. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS SAHARA-J*, 6, 9-16.
- Zacarés, J.J. y Serra, (1996). Creencias sobre la madurez psicológica y desarrollo adulto. *Anales de psicología*, 12, 41-46.
- Zimmer-Gembeck, M. J. y Helfand, M. (2008). Ten years of longitudinal research on US adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender and ethnic background. *Developmental Review*, 28, 153-224.
- Zou, J., Yamanaka, Y., Muze, J., Watt, M., Ostermann, J. y Thielman, N. (2009). Religion and HIV in Tanzania: influence of religious beliefs on HIV stigma, disclosure, and treatment attitudes. *BMC Public Health*, 9, 75-87.
- Zubeidat, I., Ortega, V. y Sierra, J.C. (2004). Evaluación de algunos factores determinantes del deseo sexual de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 30, 105-128.
- Zubeidat, I., Ortega, V., Del Villar, C. y Sierra, J.C. (2003). Un estudio sobre la implicación de las actitudes y fantasías sexuales en el deseo sexual de los adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 67/68, 71-78.
- Zucker, K. (2001). Biological influences on psychosexual differentiation. In R.K. Unger (Ed.), *Handbook of the psychology of women and gender* (pp. 101-115). New York: Wiley.

IX. ANEXOS

.....

9.1 Anexo I

Consentimiento y confidencialidad.

9.2 Anexo II

Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes (Piña, Robles y Rivera, 2007).

9.3 Anexo III

Escala VIH/SIDA-66 (Bermúdez, de los Santos-Roig y Buela-Casal, 2006. Adaptada y versión reducida de Paniagua, F.A., O'Boyle, M., Wagner, K.D., Ramírez, S.Z., Holmes, W.D., Nieto, J.F. y Smith, E.M. (1994). AIDS-related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9, 311-339).

9.4 Anexo IV

Escala Sexual Opinion Survey, revisada y actualizada por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988). Adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994).

9.1

Anexo I. Consentimiento y confidencialidad

ANEXO I

Consentimiento y confidencialidad

A continuación encontrarás una serie de preguntas acerca de las relaciones de pareja, concretamente sobre la salud sexual y los comportamientos que se llevan a cabo en relación a la misma. No tienes que responder a las preguntas que no quieras y puedes terminar esta entrevista en el momento que lo desees, pero te garantizamos que la información suministrada será completamente anónima y confidencial, y será utilizada única y exclusivamente para los objetivos de esta investigación.

Son tres tipos de cuestionarios: el primero nos da a conocer los comportamientos en la iniciación y actividad de sexual; el segundo recoge los conocimientos y actitudes frente a la infección del VIH (virus del Sida); y el tercero las actitudes frente a la sexualidad.

Tu sinceridad al contestar estas preguntas nos ayudará a comprender qué piensan, dicen y hacen los jóvenes sobre su vida reproductiva y su sexualidad, y nos brindará la oportunidad de actuar con programas educativos en función de los resultados.

Agradecemos tu ayuda al responder estos cuestionarios, lo que te llevará cerca de 30 minutos.

9.2

**Anexo II. Instrumento para la evaluación
de variables psicológicas y comportamien-
tos sexuales de riesgo en jóvenes**

ANEXO II

Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes

Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes (Piña, Robles y Rivera, 2007).

DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES	
1. Edad:	(1.1) ____ Años cumplidos
2. Sexo:	(2.1) ____ Masculino (2.2) ____ Femenino
3. Orientación sexual:	(3.1) ____ Heterosexual (3.2) ____ Homosexual (3.3) ____ Bisexual
4. Estado civil:	(4.1) ____ Soltera/o (4.2) ____ Casada/o (4.3) ____ Unión libre (4.4) ____ Separada/o (4.5) ____ Divorciada/o (4.6) ____ Viuda/o
5. Ingresos económicos:	(5.1) ____ No tengo ingresos fijos (5.2) ____ Menos de 300 € al mes (5.3) ____ Entre 300 a 600 € al mes (5.4) ____ Entre 600 a 1.200 € al mes (5.5) ____ Más de 1.200 al mes
6. Institución en donde estudias/trabajas/desempleo:	(6.1) ____
7. Estudios que cursas:	(7.1) ____ (Poner nombre completo)

» »

DATOS DEMOGRÁFICOS Y SOCIALES

- 8. Año que cursas:**
- (8.1) ___ Primero
 (8.2) ___ Segundo
 (8.3) ___ Tercero
 (8.4) ___ Cuarto
 (8.5) ___ Quinto
- 9. ¿Tipo de religión en la que crees y/o practicas?:**
- (9.1) ___ Ninguna
 (9.2) ___ Católica
 (9.3) ___ Musulmana
 (9.4) ___ Judía
 (9.5) ___ Otra
- 10. ¿Qué nivel de estudios tiene tu Padre?:**
- (10.1) ___ No sé
 (10.2) ___ No tiene estudios
 (10.3) ___ Primaria
 (10.4) ___ Secundaria
 (10.5) ___ Bachillerato
 (10.6) ___ Universitarios
 (10.7) ___ Algún tipo de postgrado
- 11. ¿Qué nivel de estudios tiene tu Madre?**
- (11.1) ___ No sé
 (11.2) ___ No tiene estudios
 (11.3) ___ Primaria
 (11.4) ___ Secundaria
 (11.5) ___ Bachillerato
 (11.6) ___ Universitarios
 (11.7) ___ Algún tipo de postgrado

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

- 1. ¿Has tenido relaciones sexuales con penetración?**
- (1.1) ___ Sí (Ir a la pregunta 2 y seguir respondiendo de acuerdo con las indicaciones)
 (1.2) ___ No (Ir directamente a la pregunta 20)
- 2. Si has tenido relaciones sexuales con penetración, ¿a qué edad las tuviste?**
- (2.1) ___ (Especificar la edad)

» »

» »

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

3. De los motivos que se señalan abajo, ¿qué determinante fue cada uno de ellos para que hayas iniciado tu vida sexual activa? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(2.1) Porque se presentó la oportunidad de tener relaciones

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(3.2) Porque tenía interés en experimentar y saber qué se sentía

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(3.3) Porque me atrajo físicamente la otra persona

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(3.4) Porque existía una relación afectiva importante con la otra persona

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

4. De algunos estados biológicos que se señalan abajo, ¿Cuánto influyó cada uno de ellos para que hayas iniciado tu vida sexual activa? (RESPONDER A LAS TRES OPCIONES)

(4.1) Me encontraba excitada/o físicamente

1. INFLUYÓ DEMASIADO 2. INFLUYÓ MÁS O MENOS NADA 3. INFLUYÓ MUY POCO 4. NO INFLUYÓ

(4.2) Me encontraba bajo la influencia de alcohol

1. INFLUYÓ DEMASIADO 2. INFLUYÓ MÁS O MENOS NADA 3. INFLUYÓ MUY POCO 4. NO INFLUYÓ

(4.3) Me encontraba bajo la influencia de alguna droga

1. INFLUYÓ DEMASIADO 2. INFLUYÓ MÁS O MENOS NADA 3. INFLUYÓ MUY POCO 4. NO INFLUYÓ

5. De las situaciones sociales que se señalan abajo, ¿Cuánto facilitó cada una de ellas las cosas para que hayas tenido tu primer relación sexual con penetración? (RESPONDER A LAS TRES OPCIONES)

(5.1) Encontrarme a solas con la pareja en algún lugar privado

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

(5.2) Encontrarme con la pareja en una fiesta o reunión

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

(5.3) Encontrarme en un lugar de espectáculos para adultos

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

» »

» »

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

6. Cuando tuviste tu primera relación sexual con penetración, ¿usaste preservativo?

(6.1) ___ Sí (Ir a la pregunta 7, no contestar la 8 y luego pasar a la 9)

(6.2) ___ No (Ir a la pregunta 8 y seguir con la 9)

7. Si usaste preservativo durante tu primer relación sexual con penetración, de los motivos que se señalan abajo, ¿nos podrías decir qué tan determinante fue cada uno de ellos para haberlo usado? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(7.1) Para evitar un embarazo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(7.2) Para evitar una infección de transmisión sexual

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(7.3) Porque se lo exigí a mi pareja

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(7.4) Porque mi pareja me lo exigió

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

8. Si no usaste preservativo durante tu primer relación sexual con penetración, de los motivos que se señalan abajo, ¿nos podrías decir qué tan determinante fue cada uno de ellos para no haberlo usado? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(8.1) Porque mi pareja no quiso usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(8.2) Porque yo no quise usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(8.3) Porque le resta sensibilidad y placer a la relación

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(8.4) Porque en ese momento no traía uno conmigo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

» »

>>>

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

9. Ahora, a lo largo de tu vida sexual activa, ¿con qué frecuencia has usado preservativo?

(9.1) ___ Siempre (*Ir a la pregunta 10, no contestar la 11 y seguir luego con la 12*)

(9.2) ___ La mayoría de las veces (*Ir a la pregunta 11 y seguir luego con la 12*)

(9.3) ___ Muy pocas veces (*Ir a la pregunta 11 y seguir luego con la 12*)

(9.4) ___ Nunca (*Ir a la pregunta 11 y seguir luego con la 12*)

10. Si siempre has usado preservativo a lo largo de tu vida sexual, ¿de los motivos que se señalan abajo nos podrías decir qué tan determinante ha sido cada uno para que hayas usado preservativo siempre? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(10.1) Para evitar un embarazo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(10.2) Para evitar una infección de transmisión sexual

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(10.3) Porque se lo exigí a mi pareja

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(10.4) Porque mi pareja me lo exigió

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

11. Si a lo largo de tu vida sexual activa no has usado preservativo siempre, es decir, si lo has usado la mayoría de las veces, muy pocas veces o nunca, ¿de los motivos que se señalan abajo, nos podrías decir qué tan determinante fue cada uno para que no hayas usado preservativo siempre? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(11.1) Porque yo no quise usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(11.2) Porque mi pareja no quiso usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(11.3) Porque le resta sensibilidad y placer a la relación

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(11.4) Porque a pesar de saber usarlo, en ese momento no traía uno conmigo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

>>>

» »

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

12. Desde que iniciaste tu vida sexual activa y hasta el día de hoy, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?

- (12.1) ___ Sólo una (*HAS TERMINADO, GRACIAS*)
 (12.2) ___ Entre dos y cuatro parejas (*seguir respondiendo de acuerdo con las indicaciones*)
 (12.3) ___ Entre cinco y siete parejas (*seguir respondiendo de acuerdo con las indicaciones*)
 (12.4) ___ Ocho o más parejas (*seguir respondiendo de acuerdo con las indicaciones*)

13. ¿Has tenido relaciones con penetración con parejas ocasionales, es decir, con personas a las que no conocías o conocías poco?

- (13.1) ___ Sí (*seguir con la 14 y luego de acuerdo con las indicaciones*)
 (13.2) ___ No (*HAS TERMINADO, GRACIAS*)

14. De los motivos que se señalan abajo, ¿qué tan determinante fue cada uno para haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, es decir, con parejas que conocías poco o no conocías? (RESPONDER A LAS TRES OPCIONES)

- (14.1) Porque se presentó la oportunidad de tener relaciones
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE
- (14.2) Porque quería experimentar y saber qué se sentía
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE
- (14.3) Porque me atrajeron físicamente las otras personas
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

15. De algunos estados biológicos que se señalan abajo, ¿Cuánto influyó cada uno para haber tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales? (RESPONDER A LAS TRES OPCIONES)

- (15.1) Me encontraba excitada/o físicamente
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE
- (15.2) Me encontraba bajo la influencia de alcohol
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE
- (15.3) Me encontraba bajo la influencia de alguna droga
 1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

» »

» »

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

16. De las situaciones sociales que se señalan abajo, ¿Cuánto consideras que facilitó cada una de ellas para que tuvieras relaciones sexuales con parejas ocasionales? (RESPONDER A LAS TRES OPCIONES)

(16.1) Encontrarme a solas con las parejas en algún lugar privado

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

(16.2) Encontrarme con las parejas en una fiesta o reunión

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

(16.3) Encontrarme en un lugar de espectáculos para adultos

1. LA FACILITÓ DEMASIADO 2. LA FACILITÓ ALGO 3. LA FACILITÓ POCO 4. NO LA FACILITÓ PARA NADA

17. Ya que tú mencionas que has tenido relaciones sexuales con parejas ocasionales, es decir, con parejas a las que conocías poco o simplemente no conocías, ¿nos podrías decir con qué frecuencia has usado preservativo con este tipo de parejas?

(17.1) ___ Siempre (Ir a la pregunta 18 y no contestar la 19)

(17.2) ___ La mayoría de las veces (Ir a la pregunta 19)

(17.3) ___ Muy pocas veces (Ir a la pregunta 19)

(17.4) ___ Nunca (Ir a la pregunta 19)

18. De los motivos que se señalan abajo, ¿qué determinante fue cada uno de ellos para que usaras preservativo siempre cada vez que tuviste relaciones sexuales con parejas ocasionales? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(18.1) Para evitar un embarazo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(18.2) Para evitar una infección de transmisión sexual

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(18.3) Porque en cada caso se lo exigí a mis parejas

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(18.4) Porque en cada caso mis parejas me lo exigieron

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

» »

» »

ANTECEDENTES Y COMPORTAMIENTOS SEXUALES

19. De los motivos que se señalan abajo, ¿nos podrías señalar qué determinante fue cada uno de ellos para que no usaras condón siempre, cuando tuviste relaciones sexuales con parejas ocasionales, es decir, parejas a las que conocías poco o no conocías? (RESPONDER A LAS CUATRO OPCIONES)

(19.1) Porque a mi no me gusta usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(19.2) Porque a mis parejas no les gustaba usarlo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(19.3) Porque le resta sensibilidad y placer a la relación

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(19.4) Porque no disponía de uno en el momento de la relación

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

APARTADO PARA PERSONAS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN

Ya que tú no has tenido relaciones sexuales con penetración, es importante que contestes a las siguientes preguntas:

20. ¿Qué determinante ha sido para ti cada uno de los motivos que se mencionan abajo para que no hayas tenido relaciones con penetración? (CONTESTAR A CADA UNA DE LAS PREGUNTAS).

(20.1) Porque quiero evitar una infección de transmisión sexual

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(20.2) Porque quiero tener relaciones cuando este enamorada/o

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(20.3) Porque quiero evitar un embarazo

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(20.4) Porque quiero poner en práctica la forma en que he sido educada/o sexualmente

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

» »

>>>

APARTADO PARA PERSONAS QUE NO HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN

21. ¿Has tenido sexo oral?

(21.1) ___ Sí (pasar a la pregunta 22 y seguir contestando)

(21.2) ___ No (pasar a la pregunta 25)

22. ¿Si te has tenido relaciones sexuales de tipo oral, de qué persona se trataba?

(22.1) ___ Mi novia / o

(22.2) ___ De un /a amigo / a

(22.3) ___ De parejas eventuales o que no conocía mucho

(22.4) ___ De profesionales del sexo

23. Cuando has tenido relaciones sexuales de tipo oral, ¿has usado preservativo?

(23.1) ___ Sí

(23.2) ___ No

24. ¿Qué determinante ha sido para ti cada uno de los motivos que se mencionan abajo para que usaras preservativo cuando has tenido relaciones sexuales de tipo oral? (contestar a cada una de las preguntas).

(24.1) Porque quiero evitar una infección de transmisión sexual

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(24.2) Porque yo lo he querido usar

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(24.3) Porque la pareja me ha pedido que lo use

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

(24.4) Porque desconozco los antecedentes sexuales de la pareja

1. MUY DETERMINANTE 2. MÁS O MENOS DETERMINANTE 3. POCO DETERMINANTE 4. NO FUE DETERMINANTE

>>>

» »

IMAGINA AHORA QUE ESTÁS EN UNA SITUACIÓN DONDE EXISTE UNA ALTA PROBABILIDAD DE TENER RELACIONES SEXUALES CON PENETRACIÓN, ¿QUÉ TAN PROBABLE SERÍA QUE?

25. Preguntes a la pareja sobre sus antecedentes sexuales

- (25.1) ___ Nada probable
- (25.2) ___ Más o menos probable
- (25.3) ___ Muy probable
- (25.4) ___ Bastante probable

26. Rechaces la propuesta de tener relaciones

- (26.1) ___ Nada probable
- (26.2) ___ Más o menos probable
- (26.3) ___ Muy probable
- (26.4) ___ Bastante probable

27. Rechaces la propuesta de inclusive llegar a caricias de las zonas sensibles de tu cuerpo (pechos y clítoris en el caso de las mujeres, y pene o testículos en el caso de los hombres)

- (27.1) ___ Nada probable
- (27.2) ___ Más o menos probable
- (27.3) ___ Muy probable
- (27.4) ___ Bastante probable

28. Pedirle a la pareja que use preservativo

- (28.1) ___ Nada probable
- (28.2) ___ Más o menos probable
- (28.3) ___ Muy probable

9.3

Anexo III. Escala VIH/SIDA-66

ANEXO III

Escala VIH/SIDA-66

Escala VIH/SIDA-66 (Bermúdez, de los Santos-Roig y Buela-Casal, 2006. Adaptada y versión reducida de Paniagua, F.A., O'Boyle, M., Wagner, K.D., Ramírez, S.Z., Holmes, W.D., Nieto, J.F. y Smith, E.M. (1994). AIDS-related items for developing an AIDS questionnaire for children and adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 9, 311-339).

A continuación te presentamos una serie de preguntas relacionadas con el VIH/SIDA y los comportamientos sexuales de los adolescentes españoles. Recuerda los datos son completamente anónimos, por lo que te pedimos que seas realmente sincero/a al contestarlos. Ahora, vas a leer una serie de frases. Con respecto a cada frase que leas, elige sólo una respuesta de las que aparecen, y marca con una cruz aquella que consideres la mejor. Las opciones serán **VERDADERO, FALSO, NO SÉ o DE ACUERDO, EN DESACUERDO, NO SÉ.**

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
1.- Una mujer embarazada que tenga el virus del SIDA puede transmitírselo a su feto			
2.- Se puede transmitir el virus del SIDA a través del semen			
3.- Usar un condón durante la relación sexual puede reducir el riesgo de contraer el virus del SIDA			
4.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo cuchillos, tenedores o vasos			
5.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las relaciones sexuales con penetración			

» »

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
6.- Los hombres con el SIDA pueden infectar a las mujeres			
7.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de gérmenes que hay en el aire			
8.- El SIDA es una enfermedad que amenaza a la vida del sujeto			
9.- Recibir una transfusión de sangre infectada con el virus del SIDA puede transmitirle a una persona el virus del SIDA			
10.- Las mujeres con el SIDA pueden infectar a los hombres			
11.- Todas las mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres tienen el SIDA			
12.- Casi todos los homosexuales varones tienen el virus del SIDA			
13.- Cualquier persona puede contraer el virus del SIDA			
14.- Uno puede contraer el virus del SIDA tocando o estando cerca de una persona con el SIDA			
15.- El SIDA es causado por un virus			
16.- Es posible que una persona contraiga el SIDA o el virus del SIDA hablando a través de un teléfono público			
17.- Se puede contraer el virus del SIDA por los asientos de los baños públicos			
18.- Se puede contraer el virus del SIDA estando en la misma habitación que alguien que tenga el SIDA			
19.- Las personas pueden contraer el virus del SIDA fumando drogas			
20.- Se puede contraer el virus del SIDA compartiendo la ropa con otra persona			
21.- Las personas con el SIDA pueden contraer otras enfermedades debido al SIDA			
22.- En la actualidad, no hay cura conocida para el SIDA			

» »

» »

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
23.- Una persona puede ser infectada con el virus del SIDA y no presentar ningún síntoma de enfermedad			
24.- El uso de píldoras para el control de la natalidad puede reducir la probabilidad de contraer el virus del SIDA			
25.- Las personas pueden tener el virus del SIDA en su cuerpo y no estar enfermas			
26.- Es posible que una persona contraiga el SIDA a través del cocinero de un restaurante			
27.- El virus del SIDA se puede transmitir a través de fluidos vaginales femeninos			
28.- Las transfusiones de sangre son, en la actualidad, generalmente seguras			
29.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de las lágrimas			
30.- Se puede contraer el virus del SIDA usando objetos personales de otra persona como un peine o un cepillo del pelo			
31.- El virus del SIDA debilita la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones			
32.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de penetración anal			
33.- Si besas a alguien con el SIDA contraerás la enfermedad			
34.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de la saliva			
33.- Si besas a alguien con el SIDA contraerás la enfermedad			
34.- Se puede contraer el virus del SIDA a través de la saliva			
35.- El virus del SIDA puede transmitirse entre dos varones que tengan relaciones sexuales			
36.- El estornudar y el toser pueden transmitir el virus del SIDA			
37.- Se puede contraer el virus del SIDA en una piscina			

» »

» »

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
38.- Se puede contraer el virus del SIDA al esnifar drogas (consumiendo drogas por vía nasal)			
39.- Se puede contraer el SIDA a través de alguien que esté infectado aunque no manifiesta ningún síntoma de la enfermedad			
40.- Con un análisis de sangre se puede saber si tú alguna vez contraerás el SIDA			
41.- Soy capaz de pedirle a mi pareja sexual que usemos un condón			
42.- Creo que sólo las personas que se inyectan drogas tienen que preocuparse por el SIDA			
43.- EL SIDA es un problema de salud que suele darse en Estados Unidos y Francia por lo tanto, no es algo de lo que la gente de mi país tenga que preocuparse			
44.- Rechazaría sentarme cerca de una persona que tiene el SIDA			
45.- No soy el tipo de persona que pueda contraer el virus del SIDA			
46.- Soy capaz de decirle a mi pareja sexual con cuántas personas he tenido relaciones sexuales antes que con él/ella			
47.- No me tengo que preocupar sobre la posibilidad de contraer el virus del SIDA			
48.- Me sentiría incómodo usando el mismo servicio y vestuario que personas con el SIDA			
49.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja sexual si él/ella ha practicado sexo anal			
50.- Los homosexuales y los consumidores de drogas por vía intravenosa que contraen el SIDA tienen lo que se merecen			
51.- Soy capaz de comprar o conseguir condones fácilmente			
52.- Las personas que tienen el SIDA deberían ser aisladas para garantizar la seguridad de los demás			

» »

» »

AFIRMACIONES	Verdadero	Falso	No sé
53.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha mantenido relaciones sexuales con alguien que se prostituya			
54.- A personas con el SIDA no se les debería permitir trabajar con comidas en restaurantes			
55.- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si ha tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo			
56.- Soy capaz de contarle a mi pareja si he tenido relaciones sexuales con una persona bisexual			
57.- El SIDA es la forma que Dios tiene de castigar a las personas por sus malas acciones			
58.- Soy capaz de llevar condón por si decido mantener relaciones sexuales			
59.- No debería permitirse que las personas con el SIDA utilicen los autobuses públicos			
60.- No debería permitirse que las personas con el SIDA vivan en bloques de apartamentos			
61.- No debería permitirse que los alumnos que tienen el SIDA asistan a clase			
62.- Utilizo un condón cuando tengo una nueva pareja sexual			
63.- N debería permitirse que las personas que tienen el virus del SIDA puedan ser profesores			
64.- No debería permitirse que las personas que tienen el virus del SIDA sirvan al público (p. ej., camarero/a, cocinero/a, peluquero/a)			
65.- Las personas con el SIDA deberían estar permanentemente aisladas de los demás			
66.- Creo que sólo los homosexuales varones deberían preocuparse del SIDA			

9.4

Anexo IV. Escala Sexual Opinion Survey

ANEXO IV

Escala Sexual Opinion Survey

Escala Sexual Opinion Survey, revisada y actualizada por Fisher, Byrne, White y Kelley (1988). Adaptación española (Carpintero y Fuertes, 1994).

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre diferentes aspectos de la sexualidad. Por favor, marque con un aspa (X) su grado de acuerdo / desacuerdo con cada una de ellas, teniendo en cuenta que:

1 = Totalmente de acuerdo y 7 = Totalmente en desacuerdo

	AC / DESAC
1. Pienso que ver una película o un libro de contenido erótico sexual podría ser algo entretenido	1 2 3 4 5 6 7
2. El material erótico (libros y/o películas de contenido sexual es algo sucio y la gente no debería intentar describirlo de otro modo	1 2 3 4 5 6 7
3. Bañarse desnudo/a con una persona del otro sexo podría ser una experiencia excitante	1 2 3 4 5 6 7
4. La masturbación podría ser una experiencia excitante	1 2 3 4 5 6 7
5. Me sentiría dolido/a si descubriese que un amigo/a íntimo es homosexual	1 2 3 4 5 6 7
6. Sería agobiante para mí que la gente pensara que estoy interesado/a por el sexo oral	1 2 3 4 5 6 7
7. Me resulta entretenida la idea de participar en una experiencia sexual en grupo	1 2 3 4 5 6 7
8. Me resulta excitante pensar en tener una relación coital	1 2 3 4 5 6 7
9. Me excitaría sexualmente viendo una película erótica (de contenido sexual)	1 2 3 4 5 6 7
10. Pensar que puedo tener tendencias homosexuales no me resulta del todo embarazoso	1 2 3 4 5 6 7
11. No es humillante la idea de sentirme atraído/a físicamente por personas de mi propio sexo	1 2 3 4 5 6 7
12. Casi todo el material erótico me produce náuseas	1 2 3 4 5 6 7
13. Me sentiría emocionalmente mal viendo a alguien exhibirse públicamente	1 2 3 4 5 6 7
14. No sería una experiencia muy excitante ver a una persona del otro sexo desnuda	1 2 3 4 5 6 7
15. No me agrada ver una película erótica (de contenido sexual)	1 2 3 4 5 6 7
16. Siento náuseas pensando que puedo ver una película en la que aparezca masturbándose una persona de mi propio sexo	1 2 3 4 5 6 7
17. Es muy excitante imaginar prácticas sexuales poco comunes	1 2 3 4 5 6 7
18. Probablemente sería una experiencia excitante acariciar mis genitales	1 2 3 4 5 6 7
19. No me agrada tener sueños sexuales	1 2 3 4 5 6 7
20. No siento ninguna curiosidad por el material de contenido sexual (libros, películas)	1 2 3 4 5 6 7
21. No me disgusta imaginar que tengo relaciones sexuales duraderas con más de una persona	1 2 3 4 5 6 7